

BF  
20.5  
UL  
1994  
B694

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES

ECOLE DE PSYCHOLOGIE

**L'ÉVOLUTION DU SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE  
CHEZ LES NOUVEAUX PARENTS D'ENFANTS NÉS PRÉMATURÉS**

CHRISTINE BOLTÉ

Mémoire  
présenté  
pour l'obtention  
du grade de Maître en Psychologie (M. Ps.)

ECOLE DES GRADUÉS  
UNIVERSITÉ LAVAL

JANVIER 1994

© Christine Bolté, 1994.





National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street  
Ottawa, Ontario  
K1A 0N4

Bibliothèque nationale  
du Canada

Direction des acquisitions et  
des services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0N4

*Your file* *Votre référence*

*Our file* *Notre référence*

**The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.**

**L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.**

**The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.**

**L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.**

ISBN 0-315-91548-X

**Canada**

## **RÉSUMÉ**

Cette recherche porte sur le sentiment de compétence parentale (SCP) de deux groupes de parents primipares, 36 couples de parents d'enfants nés de petit poids de naissance (PPN) et 36 couples de parents d'enfants nés à terme et en santé (ATS), un mois et huit mois après le retour à la maison de leur enfant. Elle a aussi pour but de déterminer la relation entre le SCP et les facteurs psychosociaux (le soutien conjugal et les préoccupations) et ce, séparément pour les mères et les pères aux deux temps. La version francophone de la mesure de SCP de Gibaud-Wallston (1977) est soumise à une analyse factorielle d'où ressortent trois échelles, dont les deux principales, le sentiment d'efficacité et la satisfaction parentale, s'inspirent de la théorie de Bandura (1986). Des analyses distinctes sont effectuées sur chacune des échelles ainsi que sur le score global du SCP. Les résultats montrent que les parents d'enfants PPN ne se sentent pas moins compétents à un mois que les parents d'enfants ATS. Toutefois, indépendamment du statut de naissance de l'enfant, des différences liées au temps et au sexe du parent sont décelées. Parmi les variables psychosociales, le niveau de préoccupation est la variable la plus fortement liée au SCP, la relation étant plus forte à un mois qu'à huit mois.

## AVANT PROPOS

Je tiens à remercier les personnes qui ont contribué de diverses façons à me rendre la tâche intéressante, agréable et stimulante.

Bien entendu, je pense d'abord à mon superviseur Réjean Tessier, qui a su respecter mon rythme et mes opinions. Ses conseils et les nombreuses lectures qu'il a fait de mes textes ont été grandement appréciés.

Je songe aussi à tous les membres du laboratoire Enfance, famille et santé qui sont pour moi un bel exemple d'une équipe dynamique, positive et supportante. Je pense à Marie-Claude avec qui j'ai entamé l'analyse de mes résultats, à Gina, à George, à Jocelyne, à Josée, à Annie, à Sonia et aussi, plus tardivement et d'autant plus intensément, à Line.

Je remercie mes parents, Edouard et Patricia, et mes frères, Martin, Jacques-Yves et Mathieu qui, même éloignés, se sont montrés encourageants et même curieux! À ma soeur Frédou, je souligne sa présence *téléphonique* toute spéciale car depuis le début, elle assume à part égale nos interurbains Montréal-Québec, souvent exorbitants mais d'un réconfort inestimable.

Finalement, aux familles participantes, je veux d'abord exprimer ma reconnaissance d'avoir bien voulu s'impliquer dans ce projet de recherche de longue haleine d'une durée indéterminée. Enfin, au delà du mémoire réalisé grâce à leur participation, il y a mon espoir de voir nos nombreuses études porter fruit aux futures familles; cet espoir représente souvent la raison première d'une participation si enthousiaste.

## TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ . . . . .	ii
AVANT-PROPOS. . . . .	iii
TABLE DES MATIÈRES. . . . .	iv
LISTE DES TABLEAUX . . . . .	vi
LISTE DES ANNEXES . . . . .	viii
INTRODUCTION . . . . .	1

### CHAPITRE I CONTEXTE THÉORIQUE

1	Transition à la parentalité . . . . .	3
2	Le sentiment de compétence parentale . . . . .	6
3	L'adaptation des parents . . . . .	13
4	Le contexte familial . . . . .	17
5	Objectifs et hypothèses de l'étude . . . . .	21

### CHAPITRE II ÉTUDE PRÉLIMINAIRE

1	Méthode . . . . .	24
	1.1 Population . . . . .	24
	1.2 Instrument (SCP) . . . . .	25
	1.3 Procédure . . . . .	26
2	Résultats . . . . .	27
	2.1 Structure factorielle du SCP . . . . .	27
	2.2 Constitution et indices de consistance interne des échelles . . . . .	29

### CHAPITRE III ÉTUDE PRINCIPALE

1	Méthode . . . . .	31
	1.1 Population . . . . .	31
	1.2 Instruments . . . . .	34
	1.3 Procédure . . . . .	37
2	Résultats . . . . .	38
	2.1 Analyses de normalité des distributions des mesures critères . . . . .	38
	2.2 Analyses confirmatoires: hypothèse 1a, 1b et 2 . . . . .	39
	2.3 Analyse confirmatoire: hypothèse 3 . . . . .	45

### CHAPITRE IV DISCUSSION

1	Propriétés métriques du SCP et de ses échelles . . . . .	55
2	Hypothèse 1a, 1b, 2 . . . . .	57
3	Hypothèse 3 . . . . .	60
4	CONCLUSION . . . . .	62
	BIBLIOGRAPHIE . . . . .	64

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Structure factorielle de la mesure de SCP chez 126 parents primipares. . . . .	28
Tableau 2	Statistiques descriptives de la population de parents à 1 mois. . . . .	32
Tableau 3	Statistiques descriptives de la population des bébés . . . . .	33
Tableau 4	Statistique Z (Kolmogorov-Smirnoff) et indices de dispersion chez les mères selon le temps. . . . .	38
Tableau 5	Statistique Z (Kolmogorov-Smirnoff) et indices de dispersion chez les pères selon le temps. . . . .	39
Tableau 6	Moyennes et rapports F des scores de sentiment de compétence selon la cohorte, le temps et le sexe. . . . .	41
Tableau 7	Moyennes et rapports F des scores de sentiment de compétence à 1 mois selon le poids du bébé chez les parents PPN . . . . .	44
Tableau 8	Moyennes et rapports F des scores SE, PRT, DCT et PRÉOC selon la cohorte, le temps et le sexe . . . . .	46
Tableau 9	Corrélations entre les variables de l'étude chez les mères à 1 mois et à 8 mois. . . . .	50
Tableau 10	Corrélations entre les variables de l'étude chez les pères à 1 mois et à 8 mois . . . . .	51
Tableau 11	Régressions multiples sur le score total du SCP. . . . .	52

<b>Tableau 12</b>	<b>Régressions multiples sur l'échelle de satisfaction parentale. . . . .</b>	<b>53</b>
<b>Tableau 13</b>	<b>Régressions multiples sur l'échelle de sentiment d'efficacité. . . . .</b>	<b>54</b>

**LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE A: FORMULE DE CONSENTEMENT . . . . .	75
ANNEXE B: QUESTIONNAIRE DES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX . . . . .	77
ANNEXE C: QUESTIONNAIRE DE SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE (VERSION MÈRE ET VERSION PÈRE) . . . . .	85
ANNEXE D: QUESTIONNAIRE DE SOUTIEN ÉMOTIONNEL DU CONJOINT .	88
ANNEXE E: QUESTIONNAIRE D'AUTO-ENREGISTREMENT DU PARTAGE DES TÂCHES . . . . .	90
ANNEXE F: LISTE DES PRÉOCCUPATIONS . . . . .	99

## INTRODUCTION

La période de transition à la parentalité atteint tous les nouveaux parents et marque le début de l'acquisition du rôle de parent. Plusieurs d'entre eux admettent éprouver des difficultés à s'ajuster aux demandes relatives aux soins à donner à l'enfant et aux tâches (Rutter & Rutter, 1992). Bien que traditionnellement, la venue du premier enfant était qualifiée de crise, les études plus récentes la voient davantage comme une période de plus ou moins grande sensibilité dépendamment des ressources et des difficultés.

La mesure d'adaptation étudiée se nomme le sentiment de compétence parentale, c'est-à-dire, la perception subjective qu'a le parent de sa compétence dans son rôle. Le cadre théorique de l'étude réfère à la théorie de Bandura (1977, 1982, 1986) portant sur le sentiment d'efficacité personnelle, sentiment qui médiatise la relation entre la connaissance et l'action. Un premier objectif est de préciser le rôle que joue la naissance d'un enfant prématuré sur le sentiment de compétence des parents à un mois et à huit mois. Comme autres objectifs, cette étude vise à vérifier que le passage du temps et la différence sexuelle permettent de distinguer le niveau de sentiment de compétence des parents. Finalement, l'étude de la relation entre ce sentiment et le contexte familial est aussi une partie constituante de cette recherche.

Le premier chapitre développe et appuie empiriquement le concept de sentiment de compétence parentale. Le sentiment de compétence est composé de deux dimensions: l'une, le sentiment d'efficacité parentale, à caractère plus cognitif et l'autre, la satisfaction parentale, à caractère plus affectif (voir aussi Johnston & Mash, 1989). Puis, il tente d'établir que le sentiment de compétence des parents d'enfants prématurés est plus faible que chez les parents d'enfants à

terme, ceci tant par la nature imprévue de l'arrivée de l'enfant, ses caractéristiques comportementales et les inquiétudes provoquées par sa santé fragile.

Le chapitre deux, l'étude préliminaire, présente l'analyse factorielle effectuée sur le questionnaire de sentiment de compétence (Gibaud-Wallston, 1977) modifié légèrement suite à une traduction francophone par Smolla (1988). De cette analyse, sont dégagés trois facteurs qui, à l'aide des scores bruts, sont convertis en trois échelles nommées satisfaction parentale (SP), sentiment d'efficacité parentale (SE) et motivation/valorisation (M/V).

Le chapitre trois, l'étude principale, est constitué de la méthode (population, instruments et procédure) et des résultats. L'analyse des résultats s'effectue d'abord sur la population en tant que telle puis vérifie les hypothèses de recherches. On retrouve, en dernier lieu, une exploration des modèles prédictifs du SCP et de ses trois échelles, pour les mères et les pères et ce, à un mois et à huit mois.

Enfin, au chapitre quatre, les résultats et les différentes hypothèses sont discutés en fonction de la littérature présentée et des limites inhérentes à l'étude. Des suggestions et des observations sont formulées dans le but de développer les recherches futures dans ce domaine.

## CHAPITRE I

### CONTEXTE THÉORIQUE

#### 1. TRANSITION À LA PARENTALITÉ

La venue du premier enfant représente un changement important dans la vie adulte. Une étude américaine (Hoffmann, 1978) rapporte que la majorité des parents des deux sexes identifient le fait de "devenir parent" comme l'événement de vie qui définit le mieux le statut d'adulte. Le plus grand changement pour les mères et les pères est le fait qu'ils perdent leur indépendance et doivent prioriser les besoins et les soins à l'enfant. La plupart des parents primipares admettent éprouver des difficultés à s'ajuster aux demandes relatives aux soins à donner et à l'exécution des tâches (Rutter & Rutter, 1992) ainsi qu'à plusieurs éléments du quotidien: cela compromet leur temps libre, leur sommeil et leur relation de couple (Cowan & Cowan, 1988). En somme, l'ensemble des changements et des ajustements nécessaires sont considérables mais, souvent, la naissance d'un enfant en santé aplanit ces difficultés (Easterbrooks, 1988).

##### 1.1 Période de crise ou sensibilité accrue?

Traditionnellement, la période entourant la naissance était qualifiée de crise majeure chez les parents, particulièrement chez les mères (Dyer, 1964; LeMasters, 1957). Toutefois, l'état actuel des connaissances ne fait pas consensus quant à l'intensité du stress chez les nouveaux parents et plusieurs auteurs le qualifient plutôt de modéré ou de faible (Cowan, Cowan, Coie & Coie, 1978; Tessier, Smolla, Piché, Fillion & Boutin, en préparation). Tessier et al. concluent que chez les mères d'enfants nés à terme et en santé, cette période post-natale est un moment de plus grande sensibilité, plutôt qu'une période de crise, laquelle les

rendrait vulnérables et réactives aux fluctuations, mêmes petites, de leur environnement. L'hypothèse d'une période de sensibilité accrue met l'accent sur les différences individuelles, c'est-à-dire que l'expérience d'une première naissance n'est pas la même pour tous, tant au niveau de la durée que de l'intensité (Goldberg & Michaels, 1988). Bon nombre d'études suggèrent que la transition par laquelle passe le couple qui devient famille constitue un processus d'ajustements graduels médiatisé par les ressources et les circonstances (Cowan & Cowan, 1988; Goldberg & Michaels, 1988). Le principe d'*accentuation* proposé par Elder et Caspi (1987, cités dans Rutter & Rutter, 1992) suggère que les caractéristiques personnelles et les relations pré-existantes ressortent davantage lorsque surviennent des situations nouvelles et/ou stressantes comme celle de la venue d'un premier enfant.

## 1.2 Acquisition du rôle et identité parentale

Les notions d'acquisition du rôle (role attainment) et d'identité parentale décrivent le processus psychologique qui s'installe progressivement pendant la grossesse ainsi qu'à la période post-partum. L'acquisition du rôle culmine lors de la formation de l'identité parentale lorsque l'enfant a environ un an (Mercier, 1981; Rubin, 1984). L'identité parentale implique le développement d'une relation réciproque où le parent a établi clairement les liens à maintenir et les limites à poser à son enfant. Les nouveaux parents débutent "leur carrière" en adhérant rigoureusement à des règles et à des façons de faire qui, avec le temps, s'assouplissent et mènent à une interprétation personnelle de leur rôle (Mercier, 1981). Selon Mercier, des facteurs tels l'âge, le soutien social, la personnalité, le tempérament de l'enfant et le statut socio-économique influencent la rapidité avec laquelle les mères primipares atteignent leur identité parentale.

Dans le but d'étudier de façon plus systématique et empirique la notion d'acquisition du rôle, Walker, Cain et Thompson (1986) observent que la parité (primipare ou multipare) représente un facteur déterminant la familiarité/ l'aisance avec le rôle maternel. D'abord, les mères multipares ont davantage confiance en leurs habiletés à prendre soin de leur enfant que les mères primipares et ce, quelques jours après la naissance et quatre à six semaines plus tard. Par contre, dans le temps, on observe un gain d'assurance plus considérable chez les primipares. En deuxième lieu, il y a, chez les mères primipares uniquement, une

corrélation significative entre la perception qu'elles ont de leur relation avec l'enfant et leur confiance face au rôle. Ces résultats suggèrent qu'ayant déjà traversé ce processus d'acquisition du rôle une première fois, la mère multipare serait moins vulnérable à la perception qu'elle a de son enfant.

La littérature touchant la formation de la famille s'est intéressée presque uniquement aux mères ou à l'évaluation des hommes et des femmes non-conjoints. Pour cette raison, les similitudes et les différences sexuelles lors de la transition à la parentalité demeurent peu investiguées chez les couples. Or, on sait que dans les premiers mois de vie de l'enfant, la plupart des mères arrêtent de travailler et consacrent leur temps et leur énergie à s'occuper de l'enfant alors que l'emploi du temps des pères change sensiblement moins puisque ces derniers conservent leur travail pour assumer seuls les responsabilités financières grandissantes. Les résultats de Cowan et Cowan (1988) démontrent que l'implication psychologique face aux rôles de parent, de travailleur et de partenaire-amoureux est différente selon les sexes chez les parents primipares. Dans cette étude, chaque parent indique, en termes d'importance, la part qu'occupe pour lui chacun de ces rôles à un mois pré-partum, à six mois post-partum et à 18 mois post-partum. Pour les parents des deux sexes, il semble que le rôle parental occupe de plus en plus de place, bien que l'augmentation soit plus considérable chez les mères (11% à 38%) que chez les pères (5% à 24%). Le rôle de partenaire-amoureux diminue entre la première et la troisième prise de mesure chez les mères (30% à 18%) et chez les pères (28% à 21%). Chez les mères, la part consacrée au rôle de travailleur passe de 19% à 11% à six mois pour remonter ensuite à 17% à dix-huit mois. Elle est plus importante chez les nouveaux pères et croît dans le temps (28% à 33%).

Pour leur part, Tessier et al. (en préparation) observent que la période post-partum n'implique pas une réaction similaire chez les mères et chez les pères primipares. Les différences de moyennes obtenues sur une mesure d'état de stress à un mois pré-partum, un mois, quatre mois et huit mois post-partum, indiquent une stabilité temporelle ainsi qu'une absence de différence entre mères et pères. Toutefois, la corrélation entre l'état de stress et l'évaluation cognitive des stressés en terme de menace, de contrôle et de "coping" est de plus en plus forte avec le temps mais elle devient significative à un mois post-partum chez les mères et seulement à huit mois chez les pères. Selon cette étude, la magnitude de

la relation correspond à l'importance que le parent accorde à la situation. Ainsi, l'arrivée de l'enfant constituerait un événement mobilisant plus rapidement les mères au début du post-partum ce qui suggère que le processus d'acquisition du rôle démarre plus tôt chez elle. Vers huit mois, la sensibilité et la réactivité accrues des pères correspondent, selon les auteurs, au retour des mères sur le marché du travail; cette situation accroît les demandes familiales et exige d'eux une plus grande implication.

### 1.3 Les différentes mesures d'adaptation

Les études portant sur l'adaptation des parents utilisent des variables dépendantes telles le bien-être psychologique, la satisfaction envers la vie en général (Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson & Basham, 1984), l'estime de soi (Cowan & Cowan, 1988,) l'état de stress (Smolla, 1988), et la dépression (Cutrona & Troutman, 1986); plusieurs de ces mesures constituent des indices globaux mais non-spécifiques au domaine parental. D'autres travaux tentent de comprendre l'expérience parentale en utilisant des mesures spécifiques à l'objet d'étude dont les cognitions parentales, qui contribuent de façon importante à expliquer les styles dans les interactions parent-enfant (Azar, Robinson, Hekimian & Twnetyman, 1984; Masse, 1991). Les études portant sur les attributions (Dix, Rublu, Grusec & Nixon, 1986), les perceptions (Williams et al., 1987), les attentes (Azar et al., 1984) et les systèmes de croyances parentales (Sigel, 1985) sont d'autres variables plus spécifiques fréquemment utilisées.

## 2. LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE

### 2.1 Définition

Le sentiment de compétence parentale représente, selon plusieurs auteurs, un élément essentiel de l'adaptation parentale (Sander, 1976) et, tel que mentionné précédemment, le sentiment de compétence (que certains nomment la confiance) serait également une bonne mesure du niveau d'acquisition du rôle. De plus, les chercheurs s'accordent pour dire qu'il représente un déterminant important, voire la force majeure à l'établissement de saines relations parent-enfant (Cutrona & Troutman, 1986; Johnston & Mash, 1989; Walker, Cain & Thompson, 1986; Williams & al., 1987; Zahr, 1991). Par exemple, Cutrona et

Troutman trouvent une corrélation négative entre le sentiment d'efficacité et la dépression chez les mères ( $r = -,46$ ) et ils ébauchent un modèle dans lequel le sentiment d'efficacité joue un rôle de médiateur entre la perception du tempérament de l'enfant et la dépression post-partum. Le sentiment dépressif des parents se traduit par une absence de disponibilité émotionnelle, de l'apathie et de la confusion et ne favorise donc pas un mode d'interactions parent-enfant dit optimal (Donavan & Leavitt, 1989).

Le sentiment de compétence parentale se caractérise par la confiance en ses habiletés à répondre aux besoins de l'enfant, la valorisation à être parent, les connaissances et l'expérience des tâches à accomplir et des gestes à poser auprès de l'enfant (Ballenski & Cook, 1982; Goldberg, 1977). Un parent se sent compétent dans la mesure où les décisions sont faciles à prendre et où ses interactions avec l'enfant sont suivies de réponses désirées (Goldberg, 1977). Ceci suggère également que la satisfaction ou la frustration que ressent le parent lors des interactions avec son enfant est une dimension significative de son sentiment de compétence (Abernethy, 1973; Chilman, 1979; Gibaud-Wallston, 1977).

Le cadre théorique de cette étude réfère à la théorie de Bandura (1977, 1982, 1986) portant sur le sentiment d'efficacité personnelle. D'abord, Bandura définit l'efficacité personnelle comme la capacité à engendrer et à organiser les habiletés cognitives, sociales et comportementales afin de produire une action. Il précise que l'efficacité exige des habiletés et des connaissances mais aussi, et surtout, la croyance ou l'impression subjective que l'on peut y arriver. Ainsi, il conçoit le sentiment d'efficacité personnelle comme un médiateur entre la connaissance et l'action. Le sentiment d'efficacité se définit comme la conviction que l'on peut exercer un contrôle sur les événements qui affectent notre vie. Il réfère aussi aux attentes qu'ont les individus quant à leur adaptation future à des situations pouvant contenir des éléments nouveaux, imprévisibles et/ou stressants. Ces attentes joueraient un rôle motivateur dans l'activation et la persistance d'un comportement car, plus les attentes d'un individu sont élevées, plus ses efforts seront soutenus, ce qui contribuera à maintenir ou même à hausser son sentiment d'efficacité. Par contre, lorsque le sentiment d'efficacité d'un individu est faible, on remarque une tendance à lâcher plus facilement, à internaliser les échecs et à vivre des niveaux plus élevés de dépression et

d'anxiété, et par conséquent, une diminution de satisfaction personnelle (Bandura, 1982).

Le sentiment d'efficacité personnelle prend forme dans les divers domaines de vie de l'individu (domain-specific) et c'est à ce niveau qu'il est significatif (Bandura, 1986). Dans le domaine parental, la compétence ou l'efficacité réfère à l'habileté *réelle* du parent à répondre aux besoins de son enfant (Ballenski & Cook, 1982). Le sentiment d'efficacité, lui, se traduit par une *perception* de contrôle face aux tâches à exécuter et aux situations nouvelles, imprévisibles et/ou stressantes reliées à l'enfant (Gross, Rocissano & Roncoli, 1989; Johnston & Mash, 1989). L'aspect affectif de l'expérience parentale, que certains auteurs définissent comme un sentiment de satisfaction ressenti par le parent face à son rôle, est lié au sentiment d'efficacité (Gibaud-Wallston, 1977; Johnston & Mash, 1989). Ainsi, la perception subjective de compétence serait composée de deux aspects: le sentiment d'efficacité, plus cognitif et influencé par l'expérience et la réalité objective et, la satisfaction parentale, à caractère plus émotif et plus sensible aux distortions cognitivo-émotives (Dreman, Orr & Aldor, 1990; Gibaud-Wallston, 1977; Johnston & Mash, 1989).

### Définition populaire

Parmi 127 parents québécois d'enfants de moins de cinq ans, 91 % des mères et 85 % des pères répondent par l'affirmative à la question: "Vous considérez-vous compétent comme parent?" (Masse, 1991). À la question "Pourquoi?", les répondants identifient, en premier lieu, des facteurs personnels (disponibilité, patience, capacité de s'adapter à l'enfant), puis, en second lieu, des facteurs reliés aux résultats obtenus avec l'enfant. Ces deux mêmes facteurs ressortent à la question plus générale "Que signifie pour vous être un parent compétent?" suggérant une cohérence entre les raisons qu'ils attribuent à leur propre compétence et à celles des autres parents de leur entourage qu'ils jugent comme tel. Comme le fait remarquer Masse, même si des critères tels le niveau d'éducation, la stabilité d'emploi, le revenu suffisant sont sûrement sous-jacents à la capacité de répondre aux besoins de l'enfant, les parents ne les retiennent pas. De la même façon, ni les caractéristiques de l'enfant, ni le contexte psychosocial ne sont mentionnés. Ainsi, c'est davantage une vision individualiste qui ressort des définitions populaires de compétence et de perception de compétence tandis

que l'approche écologique, adoptée par plusieurs chercheurs, aborde davantage les dimensions sociales et psychosociales.

#### L'expérience: source première d'information

La source principale d'information qui permet à un individu de juger du sentiment d'efficacité personnelle est la maîtrise réelle de la tâche ou de la situation (Bandura, 1982). En ce sens, la réussite antérieure d'une tâche comparable devrait favoriser le sentiment d'efficacité du parent à refaire cette tâche dans le futur. C'est en partie en répétant les tâches quotidiennes que les gens forment un jugement de leur efficacité; ce processus se continue tant et aussi longtemps que la tâche n'est pas maîtrisée. Lorsque leur performance est en accord avec ce qu'ils savent pouvoir et ne pas pouvoir faire et que survient un changement de tâche ou de circonstance, le jugement d'efficacité redevient un guide d'action (Bandura, 1982). Puisque la venue du premier enfant occasionne une foule de nouveaux apprentissages au cours des premiers mois, voire même de la première année, il est raisonnable de croire que l'évaluation de leur propre efficacité constitue un guide d'action pour eux. D'autres sources d'information appelées à modifier le jugement d'efficacité sont la persuasion verbale, le façonnement et les réactions physiologiques (Bandura, 1986).

Des études empiriques rendent compte de la relation entre le sentiment de compétence et l'expérience que les parents acquièrent à développer leurs habiletés et à prodiguer des soins à leur enfant (Gross, Rocissaro & Roncoli, 1989; Rutledge & Pridham, 1987; Smolla, 1988; Walker, Crain & Thompson, 1986). Les résultats de Walker et al. indiquent qu'entre les jours entourant la naissance et quatre à six semaines plus tard, les mères se sentent de plus en plus efficaces à exécuter diverses tâches reliées à l'enfant. Smolla trouve cette même consolidation du sentiment de compétence chez les mères primipares d'enfants nés à terme et en santé entre une semaine et quatre mois post-partum. Shereshefsky et Yarrow (1973, cités dans Walker & al., 1986) soutiennent, par une analyse factorielle, que la façon avec laquelle les mères croient s'être ajustées aux besoins physiques de leur enfant est le premier facteur définissant l'adaptation des mères à un mois. En somme, en développant un style qui leur est propre, une consolidation du sentiment de compétence chez les parents s'installe. Tel que le soulignent Walker et al., la confiance avec laquelle les mères

*primipares* dispensent les soins à l'enfant semble constituer un bon indice du degré d'acquisition de leur rôle au début du post-partum. Ces résultats sont en accord avec la théorie de Bandura puisque, sur une période de plus d'un mois, les nouveaux parents répètent plusieurs fois les tâches reliées à l'enfant et acquièrent ainsi une plus grande maîtrise de celles-ci ce qui contribue à hausser leur sentiment d'efficacité.

## 2.2 Qualité des interactions parent-enfant et sentiment de compétence

Goldberg (1977) tente d'expliquer la relation entre les comportements de l'enfant et le sentiment de compétence du parent. Selon l'auteure, les interactions contrôlables et dépendantes de l'individu, appelées expériences de contingence, favorisent la réciprocité des interactions. Elles mettent ainsi en branle un système de renforcement mutuel du sentiment de compétence qui favorise le maintien de comportements compétents de part et d'autre. Les échanges contingents que vit le parent avec son nouveau-né sont les premières expériences qui forgent son sentiment de compétence dans ce rôle. Du point de vue du parent, trois qualités des comportements de l'enfant contribuent à la qualité des échanges: l'interprétabilité, la prévisibilité et la sensibilité de l'enfant (Goldberg, 1977).

L'*interprétabilité* réfère à la clarté des comportements de l'enfant; elle aide les parents à comprendre et à discriminer les signaux émis par l'enfant. En termes plus concrets, l'interprétabilité est associée à la facilité avec laquelle on peut percevoir que l'enfant a faim, est fatigué, etc. La *prévisibilité* se définit par la régularité avec laquelle l'enfant émet ses comportements. Ceci permet au parent d'anticiper les comportements de son enfant à partir d'indices contextuels ou de comportements précédants. Un même comportement peut faciliter la tâche du parent si l'enfant le reproduit régulièrement mais peut rendre l'anticipation difficile si l'enfant est imprévisible. Par conséquent, un enfant prévisible et facilement interprétable favorise un sentiment de compétence chez le parent car ses prédictions sont souvent justes et, en plus, les décisions sont faciles à prendre et elles produisent souvent l'effet escompté. Finalement, la *sensibilité* réfère à la qualité et la quantité des réactions de l'enfant aux stimulations de son environnement. Un enfant sensible est celui qui réagit rapidement à la stimulation et y répond par des comportements appropriés. Il contribue donc, par des

réponses contingentes au parent, à favoriser le sentiment de compétence de ce dernier.

En conclusion, l'enfant a un rôle important à jouer dans l'établissement et le maintien de l'harmonie dyadique et dans l'adaptation du parent: s'il est plus facilement décodable, le parent peut établir des réponses contingentes et plus compétentes, c'est-à-dire plus ajustées aux besoins et aux comportements de son enfant. Un enfant difficilement interprétable, imprévisible et insensible constitue un risque pour un parent de vivre des interactions moins contingentes, engendrant un sentiment d'incompétence, même chez celui initialement sensible et réceptif.

### 2.3 Relation entre la compétence et le sentiment de compétence

Certaines études notent une absence de relation entre la compétence et la perception de compétence des parents (Gross & Rocissaro, 1988; Seashore, Leifer, Barnett & Leiderman, 1973; Zahr, 1991). Par exemple, Zahr examine la relation entre la compétence observée de façon objective par des juges et celle rapportée par les mères. Deux grilles d'évaluation mesurent la compétence parentale à quatre et huit mois respectivement: la situation du boire évalue des éléments tels que l'aisance avec laquelle la mère prend le bébé et son utilisation du langage, tandis que la situation de jeu évalue la patience de la mère et le soutien qu'elle offre à son enfant durant le jeu. L'étude ne décèle pas de corrélation entre ces mesures objectives de compétence et la perception de soi rapportée par la mère.

Tel que le mentionne Julian (1983), les perceptions et les attitudes ne sont pas facilement associables aux comportements puisque les comportements sont complexes et difficiles à évaluer à partir de quelques observations ponctuelles. L'opérationnalisation de la compétence pose des problèmes liés au choix des critères. Quelques études retiennent des caractéristiques de l'enfant comme mesure du niveau de compétence du parent: la curiosité, la compétence sociale ou le désir d'accomplissement. D'autres évaluent les comportements du parent en interaction avec son enfant en usant de normes de réussite déterminées *a priori* telles la façon de tenir l'enfant et de communiquer avec lui (Zahr, 1991). Bien que cette évaluation soit plus proximale, le problème demeure quant au choix

des critères de compétence car, dépendamment des critères retenus, on risque de tracer un portrait incomplet et/ou distorsionné de la compétence parentale.

Goldberg (1977) souligne l'importance de considérer la compétence du parent et du nouveau-né en fonction de l'harmonie dyadique qui émerge de la relation. L'harmonie, c'est-à-dire la synchronie entre les besoins de l'enfant et la réponse du parent, varie considérablement dans la population normale puisque celle-ci dépend des caractéristiques des deux partenaires. Ceci rend plus exigeante et complexe la définition de critères objectifs de compétence (Sander, 1976); cet aspect proprement dit ne relève pas de cette étude.

#### 2.4 Mesures de sentiment de compétence parentale

Campis, Lyman, et Prentice-Dunn (1986) définissent le sentiment d'efficacité parentale en fonction du lieu de contrôle. Le questionnaire contient 47 items parmi lesquels un facteur d'efficacité parentale de dix items est obtenu. Bien que cette mesure ne discrimine pas les parents d'enfants normaux de ceux de la population clinique, cette étude obtient une faible consistance interne et aucune relation n'est relevée avec une mesure du lieu de contrôle plus générale et avec une mesure de stress parental (Parenting Stress Index de Abidin, 1973). Guidubaldi et Cleminshaw (1985) ont développé un questionnaire de 50 items mesurant la satisfaction parentale dans divers domaines. La consistance interne de cinq des facteurs est satisfaisante et elle est modérée pour "satisfaction maritale" et "vie en générale". Mouton et Tuma (1988) ont par la suite évalué les propriétés psychométriques des questionnaires de Campis et al. et de Guidubaldi et Cleminshaw. Ces deux mesures discriminent adéquatement les populations de parents d'enfants normaux et cliniques. De plus, elles sont corrélées entre elles et corréllent avec le Parenting Stress Index d'Abidin. Toutefois, ces deux instruments ne distinguent pas la dimension cognitive et émotive du sentiment de compétence et des données normatives ne sont pas disponibles.

#### Mesure de Gibaud-Wallston & Wandersman

La mesure de Sentiment de Compétence Parentale (SCP) de Gibaud-Wallston et Wansderman (1978), contenant 17 items, est conceptuellement partagée en deux dimensions, l'une appelée "skill-knowledge" rejoint le concept

de sentiment d'efficacité et l'autre, "value-conforting," fait appel à la satisfaction parentale. Ces dernières sont également dégagées par Johnston et Mash (1989) à l'aide d'une analyse factorielle chez des parents d'enfants de quatre à neuf ans.

Une étude de Gibaud-Wallston et Wandersman (1978) indique que, de façon générale, les mères de nouveaux-nés rapportent un sentiment d'efficacité plus élevé que les pères et, qu'à l'intérieur d'une période de six semaines à partir de deux mois, les parents des deux sexes rapportent une hausse de leur sentiment d'efficacité. De plus, une mesure d'estime de soi est corrélée positivement avec l'échelle de sentiment d'efficacité chez les mères et celle de la satisfaction pour les pères. Cette mesure a également été validée sur un échantillon de parents primipares et témoigne d'une consolidation du sentiment de compétence avec le temps (Gibaud-Wallston, 1977). Le score global est lié négativement à la perception de difficulté de l'enfant, positivement au soutien social ainsi qu'au bien-être parental. De plus, Wandersman, Wandersman et Kahn (1980) observent un lien positif entre les scores de sentiment d'efficacité et ceux de la cohésion conjugale chez les nouveaux pères. L'ensemble de ces résultats démontre que les deux dimensions se traduisent différemment selon le sexe du parent et le temps de passation et que le score global varie en fonction de variables jugées pertinentes.

### 3. L'ADAPTATION DES PARENTS

#### 3.1 Transition chez les parents d'enfants prématurés

Bien que l'adaptation des parents varie considérablement d'un individu à l'autre, la naissance d'un bébé prématuré entraîne un sentiment d'impuissance et de doute face à leur capacité d'ajustement (Easterbrooks, 1988; Fraley, 1986). Après l'accouchement, les parents retournent à la maison sans leur enfant et ce, souvent pendant plusieurs semaines. Les réactions exprimées par les mères après la naissance sont beaucoup moins positives que dans le cas d'un enfant né à terme et en santé; elles relatent une diminution de l'estime de soi, de la culpabilité, de la tristesse, de la colère, un sentiment d'avoir échoué et d'être loin de l'enfant (Goldberg & DiVitto, 1983, Odom & Chandler, 1990). Dans un échantillon de mères interviewées avant que l'enfant ne quitte l'hôpital, celles-ci se révèlent

significativement plus fragiles émotionnellement que les mères d'enfants à terme et en santé (Pederson, Jenkins, Evans Chance & Fox, 1985). Au plan méthodologique, les données sont ponctuelles plutôt que rétrospectives ce qui élimine les biais de mémoire.

Une étude menée auprès de parents d'enfants nés à terme et nés prématurément fait état d'une différence liée au sexe du parent (Trause & Kramer, 1983). Contrairement aux parents d'enfants à terme et en santé, les parents d'enfants prématurés ont le souvenir d'avoir été plus en détresse, c'est-à-dire qu'ils se sentaient plus impuissants, étaient plus préoccupés, pleuraient davantage et doutaient davantage de leur capacité de s'adapter. Toutefois, indépendamment du statut de naissance de l'enfant, l'intensité de la réaction émotionnelle des mères après l'accouchement est plus marquée que celle des pères. En somme, bien que rétrospectifs, ces résultats suggèrent que les mères et les pères d'enfants prématurés réagissent de façon similaire mais que la réaction de ces derniers est de moindre intensité.

La prématurité de naissance survient à un âge gestationnel de moins de 37 semaines, par conséquent, le bébé est, la plupart du temps, soit de petit poids de naissance (PPN; < 2 500 g), de très petit poids de naissance (TPPN; < 1 500 g) ou d'extrême petit poids (< 1 000 g). Le nombre de semaines de gestation est un indicateur de maturité biologique et le poids de naissance est également lié à la qualité de la croissance intra-utérine. Plusieurs études utilisent le critère du poids de naissance comme facteur de risque médical puisqu'il représente un double indice de maturité biologique et de qualité du milieu intra-utérin. Pour l'ensemble du Québec, le bureau de la statistique du Québec rapporte un taux de 5.89% de naissances dont le poids est inférieur à 2 500 grammes au cours de l'année 1991.

## 3.2 Aspect comportemental

### 3.2.1 Différences entre enfants prématurés et enfants à terme et en santé

En plus d'arriver plus tôt que prévu, avant que les parents ne soient prêts à l'accueillir, l'enfant prématuré se distingue par son apparence physique, ses cris, ses besoins nutritionnels, son mode d'interaction et son processus de développement (Parke & Beitel, 1988). Les cris, davantage aigus, sont perçus

par les parents comme étant plus irritants, dérangeants et énervants; les interactions sont moins plaisantes pour ces parents que pour ceux d'enfants nés à terme et en santé. Socialement, l'enfant prématuré est souvent décrit comme un partenaire difficile à comprendre et à décoder car il présente davantage de problèmes de rythme et de persistance que les enfants à terme et en santé (Spungen & Farren, 1986). Ses comportements moins clairs et la fréquence avec laquelle il passe d'un état à l'autre contribuent à ce que les interactions avec lui soient moins positives (Mc Geehee & Eckerman, 1983). Certains travaux rapportent que plus le poids de naissance est faible moins les scores d'interactions entre la mère et son enfant sont favorables (Minde, Shosenberg & Marton, 1983; Zahr, 1991b).

Même lorsque les enfants prématurés sont hors de danger médical, des différences comportementales sont observées chez les parents. Le style d'interaction des pères en situation de jeu est moins physique chez les pères avec un enfant prématuré qu'elle ne l'est avec un enfant à terme: dans la première année de vie, leur style de jeu ne diffère pas de celui des mères ce qui n'est pas le cas chez les pères d'enfants à terme (Parke & Beitel, 1988; Yogman, 1985). Aussi, les mères d'enfants prématurés sont plus verbales et moins affectueuses avec leur enfant que les mères d'enfant à terme (Parke & Beitel, 1988). Même à 24 mois, les mères d'enfants PPN obtiennent des scores significativement plus faibles que les mères d'enfants à terme et en santé sur l'affect positif et la stimulation (Barnard, Bee & Hammond, 1984).

L'état actuel des connaissances permet de dire que l'arrivée d'un enfant prématuré, tant par la nature imprévisible de sa venue, sa santé fragile et ses caractéristiques comportementales, peut rendre plus difficile le processus d'adaptation des nouveaux parents.

### 3.2.2 Perceptions des parents

Au-delà des différences comportementales, Stern et Hildebrant (1984) observent que la perception des mères diffère selon qu'un enfant, observé sur vidéo, est étiqueté "prématuré" ou "à terme". Les mères qualifient l'enfant "prématuré" de moins bien développé physiquement, moins attentif, plus lent, moins intelligent, plus tranquille, moins éveillé et plus passif que *le même* enfant

étiqueté "à terme". Ces résultats témoignent de l'importance de l'information concernant le statut de naissance prématuré de l'enfant sur la perception des parents. Les résultats obtenus par Minde, Perrota et Marton (1985) documentent la différence existant entre les perceptions des mères et les comportements de l'enfant prématuré. Alors que les comportements des enfants PPN et à terme se distinguent à un mois après leur sortie de l'hôpital, les enfants à terme étant plus éveillés et concentrés pendant le boire, ils sont comparables à deux et trois mois. Toutefois, les perceptions de leurs mères affichent des différences aux trois prises de mesure, les mères d'enfants prématurés ayant des perceptions plus négatives. Ces résultats suggèrent que les comportements des deux groupes d'enfants pourraient être moins différents que les perceptions négatives et les attentes de difficultés qu'entretiennent les mères d'enfants prématurés.

### 3.3 Retour à la maison du bébé et adaptation des parents

L'adaptation à cette situation peut prendre plus de temps et demander des efforts particuliers lors de la transition de l'hôpital à la maison. La santé et le bien-être du nourrisson représentent un fardeau supplémentaire d'inquiétudes et de stressors que les parents d'enfants nés à terme et en santé ne subissent pas avec autant d'intensité (Goldberg & DiVitto, 1983). Les mères ressentent de l'appréhension face au contact physique de leur enfant et aux soins à lui apporter (Brown & Bakerman, 1977). Pederson et al. (1987) précisent que leurs inquiétudes majeures ont trait à la survie de l'enfant et aux soins à long terme qu'elles devront leur dispenser.

Malgré le fait que les parents soient maintenant encouragés à participer aux soins de leur enfant à l'hôpital, l'ensemble des soins sont néanmoins pris en charge par les professionnels. Au retour à la maison, les parents se trouvent dans un contexte peu structuré et moins soutenant pour faire face aux difficultés spécifiques de l'enfant prématuré, situation qui risque de retarder la consolidation de leur sentiment de compétence. L'étude de Jeffcoate, Humphrey et Lloyd (1979) rapporte que 91% des mères et des pères d'enfants prématurés se sentent mal préparés à prendre soin de l'enfant lors de son retour à la maison comparativement à 50% chez les parents d'enfants à terme et en santé. La sensibilité émotionnelle des mères d'enfants prématurés (primipares et multipares),

telle qu'obtenue à l'aide d'entrevues par Hodapp et Young (1992), est très présente à un mois mais peu présente à quatre mois, ce qui délimiterait la période de plus grande fragilité à moins de quatre mois. Douze mois après la naissance, l'étude de Gross, Rocissara & Roncoli (1989) rapporte que le sentiment de compétence des mères d'enfants nés prématurés et à terme ne diffère pas.

Dans la littérature, deux études ne soulèvent pas de différences significatives entre les parents d'enfants prématurés et ceux d'enfants à terme un mois après leur retour à la maison. Dans la première, celle de Crnic, Greenberg, Robinson et Ragozin (1983), une mesure de satisfaction est utilisée. Les énoncés de la mesure se regroupent sous deux dimensions: une de plaisir avec l'enfant comprenant cinq items dont l'indice de consistance interne est de ,48 et, une seconde de satisfaction avec rôle qui en comprend sept et dont le alpha est de ,61. Parmi les énoncés, les domaines abordés sont variés et touchent tant la satisfaction avec l'enfant, qu'avec l'entourage et les professionnels témoignant de l'hétérogénéité de la mesure. L'étude est effectuée auprès d'un pourcentage égal de mères primipares et multipares mais ne contrôle pas statistiquement cette variable. On peut croire que la parité serait plus déterminante chez les parents d'enfants prématurés que chez les parents d'enfants à terme; cette possibilité n'est toutefois pas bien documentée. La seconde étude est menée auprès de couples d'enfants prématurés (N=38) et d'enfants à terme (N=19) (Trause & Kramer, 1983). Un mois après le retour à la maison, la réaction émotionnelle ne diffère plus entre les deux groupes de parents. Il est à noter que l'échantillon est constitué d'enfants prématurés en santé (poids de naissance moyen: 1 900 gr., âge gestationnel moyen: 33,7 semaines). Sept jours après la naissance, ces enfants ne nécessitaient plus de respirateur et trois jours plus tard, ils toléraient la nourriture; ceci rend compte de l'état de santé relativement bon de ces bébés. Ces deux études suggèrent que les qualités métriques des mesures utilisées, la parité du parent et l'état de santé du bébé seraient des variables à considérer.

#### 4. LE CONTEXTE FAMILIAL

Bien que les caractéristiques de l'enfant, dans ce cas-ci son statut de naissance, semblent contribuer à la façon dont l'adaptation sera vécue par les parents, elles ne constituent pas les seules variables "explicatives" dans leur environnement. Des chercheurs suggèrent que des facteurs au-delà de la

présence d'un risque à la naissance sont associés à l'adaptation parentale chez les familles de jeunes enfants (Bristol, 1987; Kasak, 1986). Pour cette raison, la présente étude s'intéresse à la contribution des variables psychosociales en rapport avec le SCP des parents à un et huit mois dans un contexte de transition à la parentalité.

#### 4.1 Soutien social

Le soutien social dans sa forme générale est défini par Cobb (1976) comme une information qui fait en sorte que l'individu se croit aimé, estimé, entouré d'attention et faisant partie d'un réseau d'obligations mutuelles. Plusieurs études dénotent que la présence de divers types de soutien social contribue à faciliter l'adaptation des parents à leur nouveau rôle (Cobb, 1976; Hough & Stevens, 1981). On attribue au soutien social deux types de fonctions qui résident principalement en un soutien émotionnel et instrumental. Le premier est une expression d'amour, de solidarité, de soins et de réponse aux besoins personnels. Le soutien instrumental réfère à l'échange de biens et services en plus d'une assistance concrète (ex: argent, aide pour les tâches à accomplir) (Wandersman, Wandersman & Kahn, 1980). L'étude de Cutrona et Troutman (1986) explore le mécanisme par lequel le soutien social prévient ou atténue le sentiment dépressif des mères au post-partum. Leurs résultats suggèrent que le sentiment d'efficacité, tel que mesuré par l'échelle de Gibaud-Wallston, sert de médiateur entre les deux: le soutien de l'entourage faisant en sorte que les mères se sentent plus efficaces, ce qui les rend moins sujettes à vivre une dépression post-partum.

#### Soutien conjugal

Des études se sont intéressées au soutien extra-familial qui assiste les nouveaux parents; toutefois le soutien mutuel que les conjoints s'apportent est plus immédiat et souvent plus intime surtout lors d'une première naissance (Belsky, 1984). Michaels, Hoffman et Goldberg (1982) observent que la naissance d'un premier enfant est associée à une prédominance des valeurs familiales et à une diminution des préoccupations sociales, donc un certain isolement. En ce sens, l'arrivée d'un premier enfant rend d'autant plus essentiel le soutien que les deux conjoints peuvent s'apporter. Brown et Harris (1978) constatent qu'après l'accouchement, les femmes dépressives rapportent en plus

grand nombre des situations d'abandon (let down) de la part de leur conjoint. L'abandon est surtout ressenti lorsque le conjoint apportait un soutien satisfaisant avant la naissance mais qu'il le diminue de façon significative après la venue de l'enfant. Ainsi, le niveau de soutien antérieur crée des attentes, ceci dans une période de plus grande vulnérabilité où le besoin de soutien est encore plus présent.

Une étude menée par Crnic et al. (1983) auprès de 105 mères d'enfants de quatre mois, nés prématurés ou à terme, conclue que le soutien du conjoint est fortement corrélé à une foule de mesures d'attitudes et de comportements maternels positifs. Le soutien conjugal est lié à la satisfaction parentale ainsi qu'à des relations mère-enfant de meilleure qualité, plus sensibles et plus affectueuses (Pederson, Anderson & Cain, 1977). Ainsi, le soutien conjugal serait associé au niveau de bien-être psychologique du parent et à la qualité des relations parent-enfant. De plus, certaines études témoignent d'un lien entre le soutien conjugal et le sentiment de compétence chez les pères. Le sentiment de compétence des pères est plus élevé lorsqu'ils sont satisfaits du soutien reçu de leur conjointe et ce, indépendamment du tempérament difficile de leur enfant (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978).

#### 4.2 Implication des pères

Lamb (1986) explique que plusieurs pères "traditionnels", en ne s'impliquant pas dans les tâches et les soins de l'enfant, permettent aux mères d'acquérir de l'expérience tandis qu'eux, demeurent peu expérimentés. Le père, se percevant moins efficace que sa conjointe dans l'exécution des tâches, la laissera prendre de plus en plus de place auprès de l'enfant, ce qui favorisera une hausse de son sentiment de compétence maternelle. Bien que les soins et les tâches parentales soient traditionnellement exécutés par les femmes, lorsque les pères réalisent que le rôle de "caretaker" n'est pas si compliqué et si inaccessible, leur rôle de père devient une expérience plus complète et plus enrichissante. Les résultats de Russell (1982, citée dans Lamb, 1986) indiquent que la situation des pères qui partagent à part égale les tâches reliées à l'enfant les amène à se sentir plus efficaces comme parents.



Pour les mères, la participation active des pères aux tâches semble avoir des conséquences positives chez celles qui la valorisent et, de la même façon, le peu de participation des pères est perçu négativement uniquement chez celles qui souhaiteraient davantage d'implication de leur conjoint (Lamb, 1986). Ceci met en évidence la variabilité des besoins à l'intérieur de chaque famille et, plus précisément, la notion subjective de satisfaction avec le partage des tâches plutôt que sa répartition objective. Pour un individu, la distance existant entre sa contribution idéale aux tâches et ce qu'il fait en réalité représente son désir de changement: plus il y a convergence entre les deux, plus le désir de changement sera nul. Des études indiquent que le désir de changement, que certains appellent la *satisfaction* face au soutien instrumental, est souvent plus important que le partage réel en ce qui touche l'adaptation parentale (Bristol, Gallagher, & Schopler, 1988; Crnic & al., 1983)

#### 4.3 Les préoccupations des parents

Cette période sensible que constitue la transition à la parentalité éveille des émotions plus intenses et le moindre tracasserie peut être transformé en stress ou en préoccupation (Tessier & al., en préparation). Aussi, le parent réalise que les besoins du bébé ne sont pas négociables (LaRossa & LaRossa, 1981), que les tâches domestiques et parentales augmentent, que le temps libre diminue et les heures de sommeil aussi. Cette situation exige aussi de lui une adaptation au rythme et aux besoins de l'enfant sans qu'il n'y ait eu beaucoup de préparation aux tâches parentales (Power & Parke, 1984). Les préoccupations quotidiennes du parent dans plusieurs domaines de vie, notamment, la relation conjugale, les caractéristiques et les soins à donner à l'enfant, le travail et l'argent, constituent des stressseurs susceptibles de provoquer cet état de stress psychologique (Crnic & al., 1983; Houde, 1987). Un des objectifs de l'étude est de vérifier le lien entre le niveau de préoccupations et le sentiment de compétence parentale. L'évaluation cognitive des stressseurs, adaptée au contexte d'une première naissance, est effectuée à l'aide d'un inventaire d'événements quotidiens potentiellement préoccupants. Ceci permet d'obtenir des données concernant l'impact qu'exercent sur les parents diverses situations ou pensées en tenant compte du fait qu'un stressseur n'est pas perçu de la même façon par tous.

## 5. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE

Deux dimensions du sentiment de compétence parentale, le sentiment d'efficacité et la satisfaction, sont proposées par Gibaud-Wallston et dégagées empiriquement par Johnston et Mash (1989). Toutefois, suite à la traduction et aux travaux effectués par Charbonneau et Robitaille (1989), certains énoncés ont été modifiés et d'autres ajoutés afin d'assurer une meilleure qualité psychométrique à l'instrument. Avant de procéder à la vérification des hypothèses proprement dites, cette étude s'attardera à établir la structure factorielle de la version francophone du questionnaire de SCP chez une population de nouveaux parents.

Afin de faire une intégration des éléments se rattachant à l'adaptation des parents, plus précisément au sentiment de compétence parentale, nous nous inspirons du schème conceptuel de Belsky (1984), schème qui fait état d'une série de relations décrivant ce qui fait varier les attitudes et les comportements des parents. Le fonctionnement parental serait influencé par trois systèmes distincts mais interreliés soit: 1) l'histoire de développement et les ressources psychologiques du parent 2) les caractéristiques propres à l'enfant et 3) le contexte social, plus particulièrement la relation conjugale, le soutien social, le stress et les expériences de travail du parent. Les deux derniers systèmes seront étudiés ici.

Le but de cette étude est de préciser le rôle que joue le statut de naissance de l'enfant (prématuré ou à terme) comme élément permettant de distinguer les parents primipares sur leur sentiment de compétence. La naissance prématuré de l'enfant et les interactions moins gratifiantes avec ce nouveau-né plus difficile au plan comportemental risque de ralentir la consolidation de leur sentiment de compétence dans les premiers mois, tant au niveau du sentiment d'efficacité que de la satisfaction parentale. Toutefois, tel qu'observé par Gross et al. (1989) qui ne décèlent pas de différence entre des mères d'enfants prématurés et celles d'enfants à terme à douze mois, on devrait observer à huit mois un niveau de sentiment de compétence comparable à celui des parents d'enfants à terme et en santé.

Tel que proposé par Bandura (1982), l'expérience, source concrète et authentique de succès, constitue la source première d'information permettant de juger de l'efficacité personnelle. Ainsi, l'ensemble des parents devraient rapporter un sentiment de compétence plus élevé à huit mois qu'à un mois dû à la familiarité croissante face au rôle. De la même façon, les mères, davantage impliquées auprès de l'enfant que les pères, devraient se sentir plus efficaces et satisfaites dans leur rôle que le seront leurs conjoints. Il est à noter que le schème de Belsky n'apporte pas de précision quant aux différences sexuelles et temporelles du fonctionnement parental.

Un ensemble de conditions psychosociales telles le soutien que le parent reçoit, ses préoccupations et l'expérience qu'il acquiert semblent être associé au sentiment de compétence parentale. Lorsque ce contexte familial est harmonieux et rassurant il peut favoriser son développement tandis que le contraire lui porterait atteinte. Toutefois, les patrons de corrélations entre les variables psychosociales et le sentiment de compétence pourraient être appelés à varier d'un moment à l'autre et d'un sexe à l'autre. La littérature sur la transition à la parentalité ne fait que rarement état de l'évolution temporelle des liens existants entre diverses cognitions parentales d'une part, et les variables psychosociales d'autre part et ce, concurremment chez les deux sexes. C'est dans cette perspective que nous entendons investiguer les similitudes et différences temporelles et sexuelles en regard des relations entre sentiment de compétence et variables psychosociales. Deux mesures de soutien conjugal seront utilisées: le soutien émotif et le désir de changement dans la participation aux tâches. Une évaluation subjective des stressors liés à l'enfant et à la vie en général sera aussi prise aux mêmes moments, soit à un mois et à huit mois après la naissance. Finalement, la participation aux tâches, bien qu'utilisée comme mesure de soutien instrumental dans plusieurs études, est ici conceptualisée comme un indice du degré d'expérience du parent.

### **HYPOTHÈSE 1 a**

Les parents se sentent plus compétents à huit mois qu'à un mois.

### **HYPOTHÈSE 1 b**

À un mois, les parents d'enfants PPN se sentent moins compétents que les parents d'enfants à terme alors qu'aucune différence n'est observée à huit mois. Cette hypothèse se décrit statistiquement comme un effet d'interaction entre le statut de naissance de l'enfant et le temps.

### **HYPOTHÈSE 2**

Les mères se sentent plus compétentes que les pères.

### **HYPOTHÈSE 3**

Le contexte familial, représenté par le soutien émotionnel, le désir de changement, la participation réelle aux tâches et les préoccupations, est associé au niveau de sentiment de compétence ressenti par les parents.

Comme objectif complémentaire, une exploration des modèles explicatifs du sentiment de compétence fera état de la contribution relative des variables psychosociales en séparant les mères des pères et la période à un mois de celle à huit mois. Nous tenterons de répondre aux questions suivantes: 1) Quelle est l'importance relative des diverses variables psychosociales associées au sentiment de compétence chez les parents des deux sexes, à un mois et à huit mois? 2) Y a-t-il une spécificité quant aux variables qui seront associées aux dimensions du sentiment de compétence?

## **CHAPITRE II**

### **ÉTUDE PRÉLIMINAIRE**

#### **1. MÉTHODE**

##### **1.1 Population**

Les parents ont été rejoints dans le cadre d'un projet longitudinal, mené par le laboratoire Enfance, Famille et Santé, portant sur la transition à la parentalité et sur le développement des enfants nés à risque (prématurés et handicapés). L'échantillon sélectionné pour l'étude préliminaire comprend 126 parents primipares (63 couples) rencontrés un mois après la naissance de l'enfant. Les critères d'inclusion des parents sont les suivants: 1) première naissance menée à terme 2) de langue française 3) cohabitation des deux parents à la naissance de l'enfant et, 4) les deux parents travaillaient en début de grossesse. Les bébés, nés à terme et en santé, respectent les critères d'inclusion suivants: 1) un poids de naissance supérieur à 2 500 grammes 2) une absence d'anomalie génétique ou chromosomique et 3) un Apgar de huit et plus à cinq minutes.

Un mois après la naissance, l'âge moyen des mères est de 26,8 ans (é.t. 4,5) et celui des pères de 28,8 (é.t. 4,1). Les mères ont une moyenne de 13,4 (é.t. 2,5) années de scolarité et les pères 13,2 (é.t. 2,7). Il est à noter que de ces 126 parents, 72 forment le groupe contrôle pour l'étude principale.

## 1.2 Instrument

### Mesure du sentiment de compétence parentale

La mesure de sentiment de compétence parentale (SCP), élaborée par Gibaud-Wallston (1977), quantifie la perception qu'ont les parents de leur propre compétence. Chacun des énoncés se répond à l'aide d'une échelle de type Likert à six niveaux. Le parent inscrit son degré d'accord ou de désaccord avec la série d'énoncés (1-tout à fait en désaccord à 6-tout à fait en accord). Les items se regroupent théoriquement selon deux dimensions: 1) les habiletés et les connaissances 2) l'aisance et la valorisation à être parent. Ces deux dimensions sont respectivement nommées par Johnston et Mash (1989), sentiment d'efficacité et satisfaction parentale, ce que nous adopterons aussi.

Des études de validation de Gibaud-Wallston (1977) démontrent une bonne fidélité de l'échelle par une étude de consistance interne (alpha de Cronbach de ,80) et de stabilité test-retest ( $r = ,62$  à  $,82$ , de 6 semaines à 6 mois). La validité convergente est démontrée par une corrélation entre la mesure de SCP et une mesure d'estime de soi ( $r = ,43$ ,  $p < ,01$ ).

À partir de consultations auprès d'experts et lors des premières passations du SCP (traduction francophone) à des parents, Smolla (1988) apporte des changements à la mesure et la validation de contenu est reprise. Suite à des lectures dans le domaine, deux des énoncés de la mesure originale furent séparés en quatre énoncés plus simples et quatre nouveaux items furent ajoutés (items 15, 17, 19, 20), constituant un total de 23 items. Puis, une validation de contenu par des juges (14 experts et 28 parents) a entraîné l'élimination de trois items de la mesure originale de Gibaud-Wallston. Ainsi, la mesure francophone du SCP utilisée dans cette étude est constituée de 20 items. La formulation des items 4, 5, 8, 10, 13, 15, 17, et 18 est inversée. Les versions de la mère et du père se distinguent par l'usage du féminin et du masculin. Le score global du SCP est obtenu en additionnant tous les items et en divisant ce score par les nombre d'items, il varie donc entre un et six.

Charbonneau et Robitaille (1988) ont mené des travaux sur les qualités métriques de cette version francophone légèrement modifiée du SCP. Le questionnaire présente une distribution normale avec une légère asymétrie positive. De plus, quoiqu'il soit corrélé positivement avec la mesure de désirabilité sociale ( $r = ,38$ ) de Crowne-Marlowe (1960), il est ni associé à l'âge, à la scolarité ou au revenu. L'étude révèle également un coefficient alpha de Cronbach de ,84 et des corrélations items-total variant entre ,30 et ,80 attestant de sa consistance interne; la corrélation test-retest est de ,81 deux à trois semaines plus tard. L'échelle d'attitudes parentale (Hudson, 1982) qui mesure le degré de satisfaction du parent face à son enfant et à sa relation avec lui, est employée afin d'établir la validité convergente du SCP. Une corrélation de ,60 est obtenue ce qui indique que les construits convergent.

### 1.3 Procédure

Les parents ont été contactés par les membres du personnel de l'hôpital quelques jours après l'accouchement. Ceux qui acceptaient de participer furent rencontrés par une assistante de recherche qui leur a expliqué le projet et leur a fait signer une formule de consentement. Un court questionnaire leur a été remis afin d'obtenir les renseignements socio-démographiques pour l'appariement. Les parents répondant aux critères d'inclusion furent ensuite recontactés par téléphone dans le but de fixer une première rencontre à domicile un mois après la naissance de l'enfant. Cette rencontre fut d'une durée d'environ deux heures et consistait en l'administration de la formule de consentement et des questionnaires auxquels les deux parents répondaient séparément. L'expérimentatrice était présente afin de répondre aux questions et/ou de clarifier les questionnaires.

## 2. RÉSULTATS

### 2.1 Structure factorielle du SCP

Une analyse des composantes principales avec rotation PROMAX (rotation oblique) est réalisée; la rotation oblique respecte le lien théorique entre les deux

dimensions du sentiment de compétence; c'est la même procédure qu'ont utilisé Johnston et Mash (1989).

Lorsque que l'on force deux facteurs comme l'ont fait ces auteurs, une bonne partie des items se regroupent sur le premier facteur, quelques uns sur le second, et plusieurs items n'apparaissent sur aucun facteur. C'est la solution à trois facteurs qui est retenue et présentée au Tableau 1. Il est à noter qu'une rotation de type orthogonale produit une solution très semblable. Tous les items avec des saturations supérieures à ,40 sont identifiés au Tableau 1. Seuls les items 3 et 19 ne rencontrent pas ce seuil critique.

Tableau 1. Structure factorielle de la mesure de SCP chez 126 parents primipares

ITEMS (version mère)	SP	SE	M/V
4. Etre parent peut être valorisant mais actuellement je me sens frustrée et j'ai hâte que mon enfant soit plus vieux.	,81		
17. Si mon enfant était moins difficile, je serais plus à l'aise dans mon rôle de mère.	,66		
18. Je me sens manipulée, même lorsque je suis supposée avoir le contrôle sur la situation.	,63		
5. Lorsque je me couche le soir, j'ai l'impression de ne pas avoir accompli grand chose.	,62		
13. Etre parent est une source de tension et d'anxiété pour moi.	,62		
15. Je trouve difficile de m'adapter aux changements qu'exigent le développement de mon enfant.	,61	,55	
10. Quelquefois j'ai l'impression que je n'arrive pas à terminer quoi que ce soit.		,61	
7. Je ne trouve pas ça compliqué d'être parent.	,42	,73	
2. Les problèmes reliés aux soins de mon enfant sont faciles à résoudre.		,70	
12. Compte tenu de la durée de mon expérience, le rôle de mère m'apparaît tout à fait familier.		,65	
8. C'est difficile pour moi de savoir si j'agis correctement ou non avec mon enfant.		,63	
6. Je serais un bon exemple pour une nouvelle mère qui voudrait apprendre à être un bon parent.		,54	,51
1. Je crois sincèrement avoir toutes les habiletés nécessaires pour être une bonne mère.		,52	
11. Je suis la personne la mieux placée pour comprendre ce que mon enfant ressent.		,45	,52
16. Je me sens motivée à devenir un meilleur parent.			,64
9. Les soins que je donne à mon enfant correspondent à mes critères d'excellence (ce que je crois être le mieux).			,66
14. Avoir le sentiment d'être une bonne mère me valorise.			,61
20. Je me sens compétente comme mère.			,65
19. Mon entourage contribue à me donner confiance dans ma façon d'éduquer mon enfant.	,14	,07	,39
3. Je sais que mes actions influencent mon enfant.	,22	,15	,34
<b>mineigen</b>	3,72	3,69	2,74
<b>% de variance</b>	18,60	18,50	13,70

Note: N=125, SP = satisfaction parentale, SE = sentiment d'efficacité, M/V = motivation/ valorisation

Ces trois facteurs expliquent ensemble 43,25% de la variance du questionnaire. Le premier facteur, **satisfaction parentale**, obtient une valeur eigen de 3,72 et explique 18,6% de variance. Il réfère à la dimension affective du sentiment de compétence indiquant le degré de frustration, d'anxiété et de manipulation ressenti par le parent. Le deuxième facteur, **sentiment d'efficacité**, présente une valeur eigen de 3,69 et explique 18,45% de la variance. Il représente la dimension cognitive du sentiment de compétence parentale et touche le jugement d'efficacité face aux habiletés et aux actions que le parent pose envers l'enfant. Finalement, le troisième facteur est nouveau et se nomme **motivation/valorisation**. Il obtient une valeur eigen de 2,74 et explique 13,7% de la variance du questionnaire, les items s'y regroupant font appel à un sentiment de motivation et de valorisation dans le rôle parental.

## 2.2 Constitution et indices de consistance interne des échelles

À partir de ces trois facteurs, trois échelles sont constituées en faisant, pour chaque facteur, une moyenne des scores bruts présentant des coefficients plus grands que ,40. Les items retenus sont ceux ayant des saturations en caractère ombragé au Tableau 1. Les énoncés 15, 7, 6 et 11 ont obtenu des saturations significatives sur deux facteurs mais ils sont retenus à l'échelle où leur saturation est la plus élevée. L'assignation des items selon l'importance de leur corrélation semble être adéquate car la solution de Johnston et Mash est semblable à la nôtre pour les deux premières échelles. La première échelle, du même nom que son facteur, **satisfaction parentale (SP)**, regroupe sept items (4, 17, 18, 5, 13, 10 et 15), la seconde, **sentiment d'efficacité (SE)**, en contient six (7, 2, 12, 8, 6 et 1) et la troisième, **motivation/valorisation (M/V)** est composée de cinq items (11, 16, 9, 14 et 20). Les items 3 et 19 ne sont pas intégrés à une échelle car leur saturation est en dessous de ,40: leurs corrélations avec les autres items étaient aussi très faibles. Ils sont inclus dans le calcul du score global du SCP.

La consistance interne (alpha de Cronbach) du score global est de ,81. Les trois échelles présentent une consistance interne acceptable de ,78 à l'échelle SP, de ,74 à l'échelle SE et de ,72 à l'échelle M/V. Les valeurs alphas aux deux premières échelles ainsi qu'au score global sont comparables à celles rapportées par Johnston et Mash (1989). Les indices de consistance interne sont

satisfaisants compte tenu du petit nombre d'items par échelle. Les corrélations entre les échelles sont de ,35 entre SP et SE, ,11 entre SP et M/V et ,55 entre SE et M/V.

En résumé, la version francophone du questionnaire SCP est constituée de trois échelles: satisfaction parentale (SP), comprenant les items 4, 17, 18, 5, 13, 10, et 15, sentiment d'efficacité (SE), comprenant les items 7, 2, 12, 8, 6 et 1, et motivation/valorisation (M/V), comprenant les items 11, 16, 9, 14 et 20. Ces trois échelles et le score global apparaissent fidèles et seront considérés comme mesures-critères à l'étude principale.

## **CHAPITRE III**

### **ÉTUDE PRINCIPALE**

#### **1. MÉTHODE**

##### **1.1 Population**

Cette étude comprend deux cohortes de parents primipares: la première est constituée de 36 couples (36 mères et 36 pères) d'enfants de petit poids de naissance (PPN) et la seconde comprend 36 couples (36 mères et 36 pères) d'enfants nés à terme et en santé (ATS).

##### **1.1.2 Caractéristiques des familles**

Les parents participants répondent aux critères d'inclusion suivants: 1) caucasiens, 2) de langue française, 3) ils travaillent au début de la grossesse et, la mère, à la naissance de l'enfant 4) était primipare et 5) vivait avec le père biologique de l'enfant. L'appariement de la cohorte ATS à la cohorte PPN s'est effectuée selon trois variables socio-démographiques: l'âge de la mère, son niveau de scolarité et le revenu familial. Parmi les 47 familles PPN retenues, 19% (9 familles) ont refusé de participer à l'étude et, des 38 familles restantes, 2 ont abandonné en cours d'étude. Le Tableau 2 présente les caractéristiques socio-démographiques des parents des deux cohortes.

Les mères de la cohorte PPN ont une moyenne d'âge de 28,1 ans et un nombre d'années de scolarité moyen de 13,1. Pour leur part, les mères de la cohorte ATS présentent une moyenne d'âge de 27,5 années et un niveau de scolarité moyen de 13,5 années. L'âge moyen des pères PPN est de 31 ans et leur niveau de scolarité moyen de 12,6 années tandis que les pères ATS ont une moyenne d'âge de 29,4 ans et un niveau de scolarité moyen de 13,8 années. Ici

on remarque que le niveau moyen de scolarité des deux groupes de pères diffère davantage que celui des mères; l'appariement s'est effectué uniquement pour le niveau de scolarité des mères ce qui explique leur plus grande disparité.

Tableau 2.

Statistiques descriptives de la population de parents à 1 mois.

		COHORTE			
		PPN		ATS	
		Moy	é.t.	Moy	é.t.
AGE	mères	28,1	5,0	27,5	4,7
	pères	31,0	6,4	29,4	3,7
SCOLARITÉ	mères	13,1	3,0	13,5	2,5
	pères	12,6	3,0	13,8	2,7
REVENU FAMILIAL		n	%	n	%
- de 9 999\$		1	2,7	1	1,1
10 à 19 999\$		6	19,7	4	11,1
20 à 29 999\$		9	25,0	9	25,0
30 à 39 999\$		3	8,3	5	13,9
40 000\$ et +		17	47,2	17	47,2
STATUT MARITAL		n	%	n	%
marié		16	44,0	27	77,0
union de fait		20	56,0	8	23,0
DURÉE DE VIE COMMUNE (mois)		Moy	é.t.	Moy	é.t.
		45,8	35,2	38,1	32,4

Sept familles PPN rapportent un niveau de revenu inférieur à 20 000 dollars, douze entre 20 et 40 000 dollars et dix-sept de 40 000 dollars et plus. La répartition des familles par tranche de revenu est très comparable puisque parmi les familles ATS, cinq rapportent un revenu en-dessous des 20 000 dollars, quatorze entre 20 000 et 40 000 dollars et dix-sept de 40 000 dollars et plus.

Au niveau du statut marital, une différence importante est observée en fonction de la cohorte. Chez les couples PPN, seize couples sont mariés et vingt sont en union de fait tandis que le groupe ATS est majoritairement marié (27 couples) et minoritairement en union de fait (huit couples). Les couples PPN affichent une moyenne de durée de vie commune plus élevée (M = 45,8 mois)

que les couples ATS (M = 38,1 mois), mais la grande variabilité des scores (voir Tableau 2) suggère que cette différence serait de faible importance.

### 1.1.2 Caractéristiques des bébés

Les bébés prématurés sont nés entre le 2 juin 1989 et le 8 décembre 1990. Tel qu'indiqué au tableau 3, il y a 22 garçons et 14 filles. Tous furent recrutés avec la collaboration de l'unité néonatale de l'Hôpital Saint-François d'Assise de Québec. Les enfants retenus devaient avoir un poids de naissance inférieur à 1 750 grammes et un âge gestationnel en dessous de 37 semaines. Ceux qui présentaient des maladies graves et issus de grossesses multiples furent exclus. Le groupe de nouveaux-nés PPN avait, à leur naissance, un âge gestationnel moyen de 30,3 semaines et un poids moyen de 1 295 grammes. Leur séjour à l'unité néonatale fut d'une durée moyenne de 56 jours. Plusieurs de ces enfants ont eu des problèmes de santé à la naissance, parmi les plus fréquents on retrouve: 13 (36%) des nouveaux-nés ayant souffert d'une détresse respiratoire, 27 (75%) d'ictères, 24 (66%) d'apnée, 5 (14%) de retard de croissance, 23 (68%) d'asphyxie de naissance, 3 (8%) d'hémorragie cérébrale (grade 3 ou 4) et 1 (3%) de rétinopathie. Toutefois, malgré ces problèmes de santé, l'indice d'Apgar à cinq minutes n'est jamais inférieur à quatre.

Tableau 3.

Statistiques descriptives de la population des bébés

		COHORTE			
		PPN		ATS	
		n	%	n	%
SEXE	filles	14	39	18	50
	garçon	22	61	18	50
POIDS	(grammes)	Moy 1 295	é.t. 295,6	Moy 3 424,5	é.t. 345,7
SÉJOUR À L'HOPITAL	(jours)	56	23,2	5,6	1,8

La cohorte ATS comprend 36 bébés à terme et en santé, nés à l'Hôpital Saint-François d'Assise entre le 22 juin 1989 et le 29 novembre 1990. On retrouve 18 garçons et 18 filles ayant un poids de naissance moyen de 3 424,5 grammes. La durée moyenne de leur séjour à l'hôpital fut de 5,6 jours. Les critères d'inclusion pour les bébés à terme sont 1) un poids de naissance supérieur à 2 500 grammes, 2) une absence d'anomalie chromosomique ou génétique et 3) un Apgar de huit et plus à cinq minutes.

## 1.2. Instruments

### 1.2.1 Mesure de sentiment de compétence parentale (SCP)

La mesure de sentiment de compétence parentale comprend 20 items. Elle quantifie la perception qu'ont les parents de leur propre compétence. Chacun des 20 énoncés se répond à l'aide d'une échelle de type Likert à six niveaux (1-tout à fait d'accord à 6-tout à fait en désaccord). Des 20 items composant le score global du SCP, l'analyse factorielle de l'étude préliminaire dégage trois facteurs qui sont convertis en échelles nommées satisfaction parentale (SP), sentiment d'efficacité (SE) et motivation/valorisation dans le rôle (M/V). Le score global du SCP et celui de ses trois échelles varie entre un et six. Les qualités métriques de la mesure ainsi que l'analyse factorielle sont détaillées dans l'étude préliminaire.

### 1.2.2 Mesures d'auto-enregistrement du partage réel des tâches

Cette mesure évalue la répartition du travail domestique dans le couple telle que perçue par chacun des membres. Cette évaluation sert de mesure du degré d'expérience concrète du parent dans les tâches (parentales et domestiques). Le nombre de tâches est fixé à seize à un mois et à dix-huit à huit mois. Chaque répondant identifie, pour lui et pour son conjoint, la fréquence d'exécution (en nombres absolus) de plusieurs tâches effectuées au cours des sept jours précédant la rencontre, puis, il répartit ces mêmes fréquences selon ce qui constituerait pour lui une distribution idéale des tâches dans le couple (Tessier,

1983). Un espace est réservé dans le cas où certaines tâches ne sont pas exécutées dans la famille.

La liste des tâches n'est pas une liste exhaustive de tout ce qui se fait dans une maison. Le choix des tâches s'est effectué en fonction de critères statistiques (accord inter-conjoints) mais aussi de la probabilité d'occurrence tant chez un propriétaire qu'un locataire et ce, indépendamment des saisons (ex: faire le lavage, faire le souper, changer les couches, laver la salle de bain, se lever la nuit pour l'enfant, le laver...).

Pour fin de comparaison entre conjoints et d'une famille à l'autre, une base commune du nombre de tâches effectuées dans la maison est établie. À partir de cette base, des proportions sont obtenues pour chacun des membres (Figure 1).

	JE	L'AUTRE
Depuis 7 jours	A	B
Idéalement pour moi	C	D
Ne s'applique pas	_____	

A= nombre de fois où j'ai exécuté cette tâche depuis sept jours.

B= nombre de fois où l'autre a exécuté cette tâche depuis sept jours.

C= nombre de fois idéal où j'aurais exécuté cette tâche depuis sept jours.

D=nombre de fois idéal où l'autre aurait exécuté cette tâche depuis sept jours.

Figure 1. Structure du questionnaire d'auto-enregistrement du partage des tâches

Le score de participation réelle aux tâches, score PRT, est calculé selon l'équation:  $PRT = (A / (A + B)) * 100$ . Le score de participation idéale aux tâches, score PIT, est calculé comme suit:  $PIT = (C / (C + D)) * 100$ . Puis, le score de désir de changement, score DCT, est obtenu en effectuant la différence entre le score PRT et le score PIT. Les scores PRT et DCT sont utilisés dans cette étude.

Les qualités métriques de la mesure sont démontrées par des corrélations inter-conjoints supérieures à ,80 à chaque item et par un indice de stabilité sur un intervalle de trois semaines pour le score PRT ( $r = ,84$ ,  $N = 46$ ) (Bouchard & Guérard, 1986). Ces résultats démontrent une bonne fiabilité entre la perception d'un parent à l'égard des contributions de chacun des deux membres du couple; ils révèlent aussi que pour chaque répondant, la fréquence des tâches effectuées demeure constante dans le temps. Dans cette même étude, le partage des tâches entre conjoints se répartit comme suit: 63 % chez les femmes et 41 % chez les hommes, soit une différence de 22 %. Plusieurs études attestent de la validité de la mesure pour le phénomène étudié, tant au niveau de la prépondérance des femmes dans l'exécution des tâches ainsi que du désir de changement plus grand (vers une diminution) manifesté par ces dernières (Bouchard & Guérard, 1986; Smolla, 1988; Tessier, 1983).

### 1.2.3 Mesure de soutien émotionnel en provenance du conjoint (SÉMO)

Cette mesure permet l'évaluation subjective de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'efficacité du soutien fourni par le conjoint. Le questionnaire comprend dix items évalués sur un échelle de type Likert de huit points (de 1=jamais à 8=toujours); un score élevé correspond à un haut niveau de soutien émotionnel perçu. Le score total varie entre 10 et 80. La mesure de soutien émotionnel (SÉMO) est une modification de la mesure de Guay-Genest (1986) à laquelle sont ajoutés deux items d'une mesure similaire de Durett, Otaki et Richards (1984).

Lors de son expérimentation auprès de nouvelles mères, Smolla (1988) atteste d'une très bonne consistance interne de la mesure avec un alpha de Cronbach supérieur à ,90 à un mois et à quatre mois après la naissance de

l'enfant (corrélations item-total variant entre ,43 et ,85). De plus, des analyses factorielles (composante principale, rotation Varimax) dégagent un concept unique expliquant de 39 à 59% de la variance selon les passations. La distribution de la mesure est relativement normale, affichant toutefois une légère asymétrie vers la droite, soit vers les valeurs plus élevées, qui tend à diminuer avec le temps.

#### 1.2.4 Mesure de préoccupations liées aux stressseurs (PRÉOC)

Les énoncés représentent un vaste échantillon de stressseurs adaptés à la situation post-natale tels les soins à donner à l'enfant, les caractéristiques de l'enfant, les contraintes, la relation de couple, le travail et la vie sociale. Cette mesure fut développée par Lemyre et Tessier (1988). Le nombre d'items diffère selon la cohorte et le temps: 42 items pour la cohorte ATS à un mois, 55 pour la cohorte PPN à un mois, 51 pour la cohorte ATS à huit mois et 56 pour la cohorte PPN à huit mois. Les stressseurs sont évalués en terme de préoccupations sur une échelle Likert à huit points (1=pas du tout à 8=beaucoup). Le score PRÉOC est obtenu en additionnant tous les items et en divisant ce nombre par le nombre d'items. Ce type d'évaluation subjective a été rapporté comme fiable et valide par Lemyre & Tessier (soumis).

### 1.3 Procédure

La procédure est la même qu'à l'étude préliminaire. Pour les familles d'enfants ATS, une première rencontre est fixée à un mois et l'autre à huit mois après la naissance du bébé. Pour leur part, les familles d'enfants PPN sont rencontrées à deux reprises dans la période entourant la naissance soit une première fois lorsque que l'enfant a un mois d'*âge réel* et une seconde fois à un mois d'*âge corrigé* (un mois après la date prévue de l'accouchement). Une troisième rencontre a lieu à huit mois d'*âge corrigé*. Puisque la majorité des enfants PPN sont encore à l'hôpital à un mois d'*âge réel*, la situation que vivent ces parents ne correspond pas celle des parents d'enfants ATS à cet âge. Pour cette raison, l'étude tient compte des données à un mois d'*âge corrigé* car à cet âge, l'enfant PPN est maintenant à la maison depuis en moyenne un mois. Cette période apparait le meilleur moment pour comparer le sentiment de compétence

entre les parents d'enfants prématurés et les parents ayant des enfants à terme et en santé d'un mois.

## 2. RÉSULTATS

### 2.1 Normalité des distributions des mesures-critères

Les quatre mesures critères (SCP total, SP, SE et M/V) font d'abord l'objet d'analyses de distributions. Ces analyses ont été effectuées pour les 144 parents de l'étude en séparant les mères des pères et le temps un mois (T1) du temps huit mois (T8). Le test de Kolmogorov-Smirnoff est la procédure utilisée afin de vérifier la normalité des distributions. Les valeurs alpha, plus petites ou inférieures à ,05, entraînent le rejet de l'hypothèse nulle, c'est-à-dire celle d'une distribution normale.

Le score global de SCP et l'échelle de SE se distribuent normalement aux deux temps (Tableau 4). L'échelle SP des mères affiche une tendance vers la normalité qui est acceptable.

Tableau 4.

Statistique Z (Kolmogorov-Smirnoff) et indices de dispersion chez les mères selon le temps.

Mesures		Statistiques				
		Z	alpha	normalité	moyenne	médiane
1) SCP total	T1	,98	,56	oui	4,51	4,5
	T8	,97	,14	oui	4,76	4,85
2) SP	T1	,95	,03	tendance	4,15	4,29
	T8	,95	,03	tendance	4,5	4,57
3) SE	T1	,97	,18	oui	4,30	4,33
	T8	,97	,34	oui	4,69	4,83
4) M/V	T1	,94	,005	non	5,17	5,2
	T8	,90	,0001	non	5,27	5,4

Note: La moyenne et la médiane ont une valeur maximale de 6.

SP = satisfaction parentale, SE = sentiment d'efficacité, M/V = motivation/ valorisation

Chez ces dernières (N = 72), la variable motivation/valorisation retient particulièrement l'attention car elle présente une distribution qui s'éloigne beaucoup la normalité à T1 et à T8. À T1, une donnée aberrante est décelée. Cette valeur se situe à plus de six écarts-types de la médiane; le sujet semble avoir mal compris les consignes ce qui entraîne son élimination. Par la suite, la nouvelle distribution du score M/V (N = 71) tend davantage vers la normalité à 1 mois.

À T1 chez les pères (N = 72), les scores se distribuent normalement sur le score global du SCP et sur les trois échelles de sentiment de compétence (Tableau 4). À T8, les quatre mesures critères se distribuent toujours normalement.

Tableau 5.

Statistique Z (Kolmogorov-Smirnoff) et indices de dispersion chez les pères selon le temps.

Mesures		Statistiques				
		Z	alpha	normalité	moyenne	médiane
1) SCP total	T1	,97	,18	oui	4,49	4,45
	T8	,99	,99	oui	4,59	4,60
2) SP	T1	,97	,16	oui	4,35	4,43
	T8	,96	,08	oui	4,52	4,57
3) SE	T1	,97	,36	oui	4,23	4,17
	T8	,98	,41	oui	4,37	4,33
4) M/V	T1	,96	,10	oui	4,90	4,90
	T8	,96	,05	oui	4,90	4,80

Note: La moyenne et la médiane ont une valeur maximale de 6.

SP = satisfaction parentale, SE = sentiment d'efficacité, M/V = motivation & valorisation

## 2.2 Analyses confirmatoires

### Hypothèses 1a, 1b, 2

Tout au long de l'étude, la variable SEXE est traitée en mesure répétée afin de tenir compte de l'interdépendance potentielle des scores des mères et des

pères de même famille (Bristol, Gallagher & Schopler, 1988; McCall & Appelbaum, 1973). Le traitement de la variable SEXE en mesure répétée tient compte de la variance commune à l'intérieur de chaque couple et permet ainsi de vérifier une différence "entre conjoints" plutôt qu'entre mères et pères non-conjoints et ne vivant pas une situation commune. Dans leur étude, Johnston et Mash (1989) obtiennent des corrélations intra-couple significatives sur le score global ( $r = ,31$ ), sur la satisfaction ( $r = ,31$ ) et sur le sentiment d'efficacité ( $r = ,28$ ).

La première analyse de variance vise à vérifier les trois premières hypothèses. La première hypothèse (1A) propose que chez tous les parents, le niveau de sentiment de compétence augmentera entre un et huit mois (effet principal lié au TEMPS). L'hypothèse 1B précise que les parents d'enfants PPN se sentiront moins compétents que les parents d'enfants ATS à un mois mais qu'aucune différence ne sera observée entre les groupes à huit mois (interaction COHORTE par TEMPS). L'hypothèse 2 énonce que dans l'ensemble, les mères se sentiront plus compétentes que les pères (effet principal lié au SEXE). Des analyses de variance 2 (TEMPS) X 2 (SEXE) X 2 (COHORTE) sont réalisées sur le score global du SCP puis sur chacune des trois échelles du questionnaire (satisfaction parentale, sentiment d'efficacité, motivation/ valorisation) (Huberty & Morris, 1989) (Tableau 6).

Tableau 6.

Moyennes et rapports F des scores de sentiment de compétence selon la cohorte, le temps et le sexe.

	PPN								ATS								RAPPORTS F						
	T 1		T 8		T 1		T 8		Cohorte	Temps	Sexe	C X T	C X S	T X S	C X T X S								
	Mère (n=36)	Père (n=36)	Mère (n=36)	Père (n=36)	Mère (n=34)	Père (n=34)	Mère (n=34)	Père (n=34)															
SCP total																							
M	4,58	4,43	4,82	4,54	4,44	4,55	4,72	4,63	0,02	12,42**	2,58	0,03	2,78	4,09*	0,09								
é.t.	0,60	0,53	0,51	0,61	0,61	0,47	0,40	0,50															
Satisfaction Parentale																							
M	4,20	4,32	4,52	4,51	4,07	4,41	4,49	4,54	0,01	7,06**	1,17	0,00	0,34	2,35	0,35								
é.t.	1,02	0,85	0,88	0,90	1,06	0,90	0,64	0,85															
Sentiment d'Efficacité																							
M	4,38	4,25	4,74	4,35	4,22	4,19	4,64	4,38	0,32	16,60**	6,26*	0,30	0,52	4,47*	0,01								
é.t.	0,84	0,80	0,64	0,80	0,71	0,69	0,58	0,59															
Motivation/Valorisation																							
M	5,24	4,81	5,39	4,83	5,07	4,96	5,19	4,99	0,04	2,59	16,92**	0,03	4,61*	1,29	0,12								
é.t.	0,50	0,53	0,44	0,71	0,60	0,50	0,57	0,53															

Note: \* p < ,05 \*\* p < ,01

### Score global du SCP

L'analyse de variance (COHORTE X TEMPS X SEXE) révèle un effet principal du TEMPS sur le score global du SCP ( $F(1, 68) = 12,42, p < ,008$ ), c'est-à-dire que pour l'ensemble des parents, le sentiment de compétence est à la hausse entre un mois et huit mois. L'analyse de l'interaction TEMPS par SEXE (Ls means) vient spécifier que la moyenne des scores des mères et des pères est comparable à un mois mais, qu'à huit mois, celui des mères est plus élevé que celui des pères ( $p < ,0018$ , Tableau 6). Aucun autre effet n'atteint le seuil de signification.

Les résultats vérifient l'hypothèse 1A: le sentiment de compétence s'accroît avec le temps chez l'ensemble des parents. L'hypothèse 1B n'est pas confirmée puisqu'aucune différence de moyenne liée à l'interaction TEMPS par COHORTE n'est décelée. Les parents PPN ne rapportent pas un sentiment de compétence plus faible que les parents ATS à un mois. L'hypothèse 2 se vérifie à huit mois seulement puisque les mères se distinguent des pères à huit mois; elles rapportent se sentir plus compétentes que leur conjoint ce qui n'est pas observé à un mois.

### Score de satisfaction parentale (SP)

L'analyse de variance (COHORTE X TEMPS X SEXE) indique une différence de moyenne significative liée au TEMPS sur l'échelle SP ( $F(1, 68) = 7,06, p < ,01$ ) (Tableau 6). À cette échelle, on assiste à une élévation dans le temps: les parents se sentent plus satisfaits à huit mois qu'à un mois. Aucun autre effet n'est significatif.

Les résultats vérifient l'hypothèse 1A qui stipule qu'avec le temps la satisfaction parentale augmente. L'hypothèse 1B n'est pas vérifiée sur le score SP puisque l'interaction TEMPS par COHORTE n'est pas significative. Les parents d'enfants PPN ne sont pas moins satisfaits que les parents d'enfants ATS à un mois. L'hypothèse 2 n'est également pas confirmée puisque le niveau de satisfaction ne diffère pas selon le sexe.

### Score de sentiment d'efficacité (SE)

L'analyse de variance (COHORTE X TEMPS X SEXE) effectuée sur le score SE indique des différences de moyennes significatives liées au TEMPS ( $F(1, 68) = 16,60, p < ,0001$ ), au SEXE ( $F(1, 68) = 6,28, p < ,015$ ) ainsi qu'à l'interaction TEMPS par SEXE ( $F(1, 68) = 4,37, p < ,04$ , Tableau 6). Les moyennes au score SE sont à la hausse dans le temps: l'ensemble des parents rapporte un sentiment d'efficacité plus élevé à huit mois qu'à un mois. Aussi, la variable sexe distingue les parents: les mères se sentent généralement plus efficaces que leur conjoint. Finalement, la décomposition de l'interaction TEMPS par SEXE (Ls means) vient préciser que le score SE des mères augmente significativement entre un mois et huit mois ( $p < ,0001$ ). On assiste chez l'ensemble des mères à une consolidation du sentiment d'efficacité dans le temps, consolidation qui est moins présente chez les pères. Aucun autre effet n'atteint le seuil de signification.

L'hypothèse 1A est vérifiée: le sentiment d'efficacité des parents augmente en fonction du temps. L'hypothèse 1B n'est pas confirmée car l'interaction TEMPS par COHORTE est non-significative ( $F(1, 68) = 0,3, n.s.$ ): les parents d'enfants PPN ne se perçoivent pas moins efficaces à un mois que les parents d'enfants ATS. L'hypothèse 2 est vérifiée: le sentiment d'efficacité est plus élevé chez les mères que chez les pères.

### Score de motivation/valorisation (M/V)

L'analyse de variance (COHORTE X TEMPS X SEXE) indique la présence d'un effet principal lié au SEXE ( $F(1, 68) = 16,92, p < ,0001$ ) et d'une interaction SEXE par COHORTE significative ( $F(1, 68) = 4,61, p < ,035$ ). Ceci signifie que le score M/V des mères est en moyenne plus élevé que celui des pères. Par ailleurs, la décomposition de l'interaction SEXE par COHORTE (Ls means) précise que le score des mères PPN est significativement plus élevé que celui de leur conjoint ( $p < ,0001$ ). Ainsi, les mères d'enfants PPN se sentiraient plus motivées et plus valorisées par leur rôle de mère que ce que rapportent leur conjoint en ce qui concerne leur rôle de père, cette différence ne s'observe pas dans les familles d'enfants ATS. Aucun autre effet n'est significatif.

L'hypothèse 1A n'est pas vérifiée: le passage du temps ne contribue pas à hausser les scores. L'hypothèse 1B n'est également pas confirmée: les parents d'enfants prématurés ne se sentent pas moins motivés et valorisés par leur rôle à un mois que les parents d'enfants à terme et en santé. Enfin, l'hypothèse 2 est vérifiée car les mères rapportent un score plus élevé que les pères.

#### Analyse complémentaire en fonction du poids de naissance

Une analyse complémentaire a été réalisée afin de vérifier si le sentiment de compétence diffère parmi les familles PPN selon que l'enfant pesait moins de 1 250 grammes à la naissance ( $M = 1\,026,9$  gr.,  $\text{é.t.} = 182,2$ ) ou 1 250 grammes et plus ( $M = 1\,510$  gr.,  $\text{é.t.} = 155$ ). Vu l'ensemble de leurs caractéristiques, les bébés de plus faible poids sont considérés ici comme un facteur de risque additionnel au développement du sentiment de compétence de leurs parents. Les moyennes et les écarts-types sur les scores SCP, SP, SE et M/V sont présentés au Tableau 7.

Tableau 7.

Moyennes et rapports F des scores de sentiment de compétence à un mois chez les parents PPN selon le poids de naissance.

	- 1 250 gr.		1 250 gr. et +		RAPPORTS F Cohorte ( $df = 1,70$ )
	Mères ( $n=16$ )	Pères ( $n=16$ )	Mères ( $n=20$ )	Pères ( $n=20$ )	
<b>SCP total</b>					
M	4,65	4,48	4,51	4,40	0,67 n.s.
é.t.	0,53	0,55	0,65	0,53	
<b>SP</b>					
M	4,46	4,38	3,99	4,27	1,73 n.s.
é.t.	0,91	0,82	1,07	0,87	
<b>SE</b>					
M	4,32	4,32	4,42	4,19	0,01 n.s.
é.t.	0,75	0,87	0,91	0,75	
<b>M/V</b>					
M	5,21	4,75	5,26	4,86	0,36 n.s.
é.t.	0,56	0,58	0,46	0,49	

Note: \*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$ .

SP = satisfaction parentale, SE = sentiment d'efficacité, M/V = motivation/valorisation.

Vu le nombre restreint de sujets, les scores sont soumis à une analyse de variance univariée (ANOVA) à deux niveaux sur la variable POIDS (- de 1 250 gr. vs 1 250 gr. et +) pour chacune des mesures. La variable POIDS ne contribue pas à distinguer les parents ayant un enfant prématuré et ce, tant en égard au score SCP total, au score SP, au score SE et au score M/V. De plus, les corrélations de Pearson entre le poids à la naissance et les quatre mesures critères des parents PPN sont non-significatives, variant entre -,09 et ,05.

Suite à cette série d'analyses, nous concluons que les parents d'enfants PPN ne se distinguent pas des parents d'enfants à terme à un mois quant à leur sentiment de compétence parentale, et ce, investigué de façon globale et sous ces trois dimensions. Même lorsque le poids de l'enfant est pris en compte, les moyennes des parents PPN des deux catégories de poids ne diffèrent pas à un mois. Aussi, le sentiment de compétence dans sa forme générale ainsi que les échelles de satisfaction parentale et de sentiment d'efficacité sont tous les trois à la hausse dans le temps. Toutefois, les interactions TEMPS par SEXE précisent que le score global du SCP et le sentiment d'efficacité sont comparables entre mères et pères à un mois mais qu'à huit mois, ces sentiments se sont consolidés davantage chez les mères.

### 2.3 Analyses confirmatoires: hypothèse 3

#### 2.3.1 Analyses descriptives des variables contextuelles

Les moyennes et les écart-types des scores de soutien émotionnel (SÉMO), participation réelle aux tâches (PRT), désir de changement dans les tâches (DCT) et de préoccupations liées aux stressseurs (PRÉOC) sont présentés au tableau 8 selon la cohorte, le temps et le sexe du parent. Chacune des quatre variables est soumise à une analyse de variance univariée (ANOVA) 2(COHORTE) X 2(TEMPS) X 2(SEXE) à double mesures répétées sur temps et sexe du parent.

Tableau 8.

Moyennes et rapports F des scores SE, PRT, DCT et PRÉOC selon la cohorte, le temps et le sexe.

	PPN								ATS								RAPPORTS F						
	T 1		T 8		T 1		T 8		Cohorte	Temps	Sexe	C X T	C X S	T X S	C X T X S								
	Mère (n=36)	Père (n=36)	Mère (n=36)	Père (n=36)	Mère (n=34)	Père (n=34)	Mère (n=34)	Père (n=34)															
<b>SÉMO</b>																							
M	65,76	63,99	63,56	62,42	66,03	65,56	57,72	60,42	0,37	11,28**	0,01	3,52	0,51	1,38	0,65								
é.t.	13,4	12,2	13,8	12,6	12,5	12,0	18,2	16,0															
<b>PRT</b>																							
M	71,7	30,5	69,37	35,44	61,30	40,54	64,31	33,55	m 3,90 <sup>t</sup>	m 1,03	—	m 6,05*	—	—	—								
é.t.	14,4	12,6	13,4	17,6	12,7	13,2	18,1	10,2	p 1,59	p 0,12	—	p 9,78**	—	—	—								
<b>DCT<sup>1</sup></b>																							
M	-11,53	9,60	-11,22	4,93	-6,49	3,00	-11,81	5,39	m 0,37	m 3,92 <sup>t</sup>	—	m 4,93*	—	—	—								
é.t.	10,8	8,6	10,4	14,4	11,0	9,3	11,3	7,1	p 2,09	p 0,86	—	p 5,71*	—	—	—								
<b>PRÉOC</b>																							
M	2,29	2,21	1,96	2,00	2,92	2,34	2,26	2,10	3,67	26,12**	2,77	1,72	2,14	4,77*	1,43								
é.t.	0,69	0,92	0,46	0,73	1,32	0,87	0,91	0,93															

Note: \* p < ,05, \*\* p < ,01, <sup>t</sup> = p < ,10, — analyses mères et pères séparées; SÉMO= soutien émotionnel, PRT= participation réelle aux tâches, DCT=désir de changement, PRÉOC= préoccupations. <sup>1</sup> La moyenne du score DCT est négative pour les mères (réduction de la participation) et positive pour les pères (augmentation).

### Score de soutien émotionnel (SÉMO)

L'analyse de variance (COHORTE X TEMPS X SEXE) du score SÉMO indique un effet principal lié au TEMPS ( $F(1, 65) = 11,28, p < ,001$ ) (Tableau 8). Le score de soutien émotionnel est plus élevé à un mois qu'il ne l'est à huit mois: l'ensemble des parents se sent mieux soutenu à un mois qu'à huit mois. L'interaction TEMPS par COHORTE affiche une tendance significative ( $F(1, 65) = 3,52, n.s.$ ) qui vient préciser que cette baisse de soutien dans le temps est plus accrue chez les parents d'enfants nés à terme. Aucun autre effet n'atteint le seuil de signification.

### Score du partage réel (PRT)

Les mères et les pères se distinguent de façon claire tant au niveau de la participation réelle aux tâches (PRT) que du désir de changement (DCT) (Tableau 8). Pour cette raison, nous avons procédé à une analyse de variance 2(COHORTE) X 2 (TEMPS) pour chaque sexe sur le score PRT et sur le score DCT. Les résultats sur le score PRT indiquent des différences de moyennes liées à l'interaction TEMPS par COHORTE chez les mères ( $F(1,66) = 6,59, p < ,013$ ) et chez les pères ( $F(1,67) = 10,3, p < ,002$ ). Des analyses à traitement-contrastes (Ls means) ont été réalisées afin de décomposer ces deux interactions. Les résultats des mères révèlent que le score PRT est significativement plus élevée chez les mères de la cohorte PPN (71,4%) que chez les mères de la cohorte ATS (61,9%,  $p < ,0001$ ) et ce, à un mois uniquement. Une différence significative liée à la variable TEMPS est présente seulement chez les mères d'enfants ATS (61,9 % à 67,6 %,  $p < ,019$ ). Pour les pères, les analyses à traitement-contrastes indiquent la même différence entre les deux cohortes à un mois: les pères de la cohorte PPN participent à 30,5% des tâches et ceux de la cohorte ATS à 39,8%, soit un écart de plus de 9% ( $p < ,005$ ).

Ainsi, bien que de façon générale, les mères font au moins 61,3% des tâches et les pères au plus 40,5%, la contribution aux tâches à un mois est encore plus polarisée (ou plus traditionnelle) chez les familles d'enfants PPN que chez celles d'enfants ATS. La participation aux tâches à un mois est plus importante chez les mères PPN comparée aux mères ATS et elle l'est moins chez les pères PPN que chez les pères ATS. À huit mois, le niveau de participation aux tâches est

semblable entre les mères des deux cohortes et entre les pères des deux cohortes.

#### Score de désir de changement (DCT)

Les analyses de variance du score de DCT indiquent également un effet d'interaction COHORTE par TEMPS significatif pour les mères ( $F(1,66) = 4,93, p < ,023$ ) et pour les pères ( $F(1,67) = 5,71, p < ,017$ ) (Tableau 8). Chez les mères, la décomposition de l'interaction TEMPS par COHORTE (Ls means) précise d'abord une différence entre les cohortes à un mois: les mères d'enfants PPN souhaitent réduire leur contribution de 11,49% tandis que les mères d'enfants ATS la diminuerait seulement de 7,29% ( $p < ,025$ ). Chez les mères ATS, une hausse du DCT dans le temps est aussi observée ( $p < ,005$ ): elles souhaitent réduire leur participation aux tâches davantage à huit mois qu'à un mois. Chez les mères PPN, le score DCT est constant dans le temps et comparable à celui que rapportent les mères ATS à huit mois. Chez les pères, l'analyse de l'interaction COHORTE par TEMPS sur le score DCT indique une différence liée à la cohorte à un mois (PPN = 9,60, ATS = 4,93,  $p < ,002$ ): les pères PPN rapportent un "désir" plus accru de participation aux tâches que les pères ATS. À huit mois, le désir de changement a diminué chez les pères PPN ( $p < ,02$ ) et le score DCT des deux groupes de pères est comparable.

Dans l'ensemble, les mères désirent diminuer leur participation aux tâches (scores négatifs) tandis que les pères souhaitent l'augmenter (scores positifs). Toutefois, à un mois, le désir de changement est plus polarisé chez les couples d'enfants PPN: comparé aux mères ATS, les mères PPN diminueraient davantage leur contribution aux tâches tandis qu'en comparaison aux pères ATS, les pères PPN indiquent un désir de contribution aux tâches plus élevé. Ces résultats suggèrent que l'arrangement face au partage des tâches serait plus dissonant, et possiblement moins satisfaisant chez les couples PPN. À huit mois, le désir de changement entre les mères des deux cohortes est comparable, celui des pères aussi.

## Score de préoccupations (PRÉOC)

Pour ce qui est du score PRÉOC, l'analyse de variance (COHORTE X TEMPS X SEXE) démontre un effet principal lié au TEMPS ( $F(1,67) = 26,12, p < ,0001$ ) et une interaction TEMPS par SEXE significative ( $F(1, 67) = 4,77, p < ,03$ ). Ainsi, la moyenne au score PRÉOC est plus élevée à un mois qu'à huit mois pour tous les parents (Tableau 8). L'analyse traitement-contrastes de l'interaction TEMPS par SEXE (Ls means) révèle une différence liée au SEXE à un mois: les mères sont généralement plus préoccupées que les pères. Aucun autre effet n'est significatif si ce n'est une tendance pour le score PRÉOC à être plus élevé chez les parents de la cohorte ATS que chez ceux les PPN ( $F(1, 67) = 3,67, n.s.$ ); ceci semble principalement dû au niveau de préoccupation élevé des mères d'enfants à terme.

### 2.3.2 Hypothèse 3

Lien entre le sentiment de compétence parentale et les variables du contexte familial

Les analyses suivantes visent à vérifier la relation entre quatre prédicteurs représentant le contexte familial et les scores de sentiment de compétence des parents. Dans cette section, les deux cohortes sont regroupées puisque les analyses précédentes ne sont pas concluantes.

Des corrélations préliminaires ont d'abord été réalisées entre les mesures de sentiment de compétence et les variables socio-démographiques suivantes: l'âge du parent, le nombre d'années de scolarité complétées et le revenu familial. On obtient des corrélations significatives uniquement chez les mères à un mois: le revenu familial est corrélé au score global du SCP ( $r = -,26, p < ,047$ ) et au score SE ( $r = -,34, p < ,006$ ). Ainsi, moins le revenu familial est élevé plus les mères se sentent compétentes et, particulièrement, plus elles se sentent efficaces à un mois. Puisque l'ensemble des variables socio-démographiques sont non-significatives et que celles qui ressortent sont plutôt faibles, elles ne seront pas considérées dans les analyses.

Des matrices de corrélations sont présentées séparément pour le groupe des mères (N=71) au tableau 9 et pour le groupe des pères (N=72) au tableau 10. On y retrouve trois types de corrélations soit celles 1) entre mesures-critères 2) entre mesures-critères et prédicteurs et, 3) entre prédicteurs. Les corrélations entre prédicteurs permettent une vue d'ensemble du degré de multicollinéarité; les corrélations inter-prédicteurs sont faibles mise à part celle qui existe inévitablement entre les scores PRT et DCT, le score DCT étant issu du score PRT. Cette corrélation est plus importante chez les mères que chez les pères. Pour chacun des tableaux, le triangle de gauche présente les corrélations des variables à un mois et celui de droite celles des variables à huit mois. La diagonale montre les corrélations inter-temps sur chacune des mesures de l'étude; elles sont toutes significatives ( $p < ,01$ ) mais varient en magnitude indiquant que les individus n'occupent pas un rang stable dans le temps.

Tableau 9.

Corrélations entre les variables de l'étude chez les mères à 1 mois (triangle de gauche) et à 8 mois (triangle de droite).

variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1 SCP total	<b>.52**</b>	<b>.79**</b>	<b>.68**</b>	<b>.71**</b>	<b>.27*</b>	,04	,02	<b>-.29*</b>
2 SP	<b>.85**</b>	<b>.42**</b>	<b>.24*</b>	<b>.31**</b>	,24	,05	,14	<b>-.27*</b>
3 SE	<b>.81**</b>	<b>.48**</b>	<b>.42**</b>	<b>.49**</b>	,23	-,06	,00	<b>-.29*</b>
4 M/V	<b>.66**</b>	<b>.31**</b>	<b>.52**</b>	<b>.49**</b>	,22	,05	-,05	-,14
5 SÉMO	,19	,16	,16	,11	<b>.58**</b>	-,16	<b>-.30*</b>	-,10
6 PRT	-,04	-,13	,04	-,02	-,21	<b>.52**</b>	<b>.73**</b>	-,16
7 DCT	-,05	-,08	-,03	-,12	-,15	<b>.67**</b>	<b>.50**</b>	-,18
8 PRÉOC	<b>-.50**</b>	<b>-.58**</b>	<b>-.40**</b>	-,09	-,08	-,02	,01	<b>.70**</b>

Note: \*  $p < ,05$  \*\* $p < ,01$ ; SP = satisfaction parentale, SE = sentiment d'efficacité, M/V = motivation/valorisation, SÉMO = soutien émotionnel, PRT = participation réelle aux tâches, DCT = désir de changement, PRÉOC = préoccupations.

Tableau 10.

Corrélations entre les variables de l'étude chez les pères à 1 mois (triangle de gauche) et à 8 mois (triangle de droite).

variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1 SCP total	,46**	,81**	,83*	,69**	,22	-,02	-,17	-,24
2 SP	,76**	,32**	,46**	,32**	,12	-,04	-,10	-,29*
3 SE	,76**	,30*	,55**	,56**	,21	,02	-,20	-,24
4 M/V	,58**	,09	,49**	,41**	,11	,04	-,14	,02
5 SÉMO	,40**	,27*	,27*	,32**	,63**	-,05	,18	-,24
6 PRT	-,07	-,05	-,06	-,10	-,06	,40**	-,57**	-,01
7 DCT	,08	,16	,00	-,04	,25*	,42**	,36**	-,04
8 PRÉOC	-,42**	-,44**	-,27*	-,03	-,26*	-,29*	,20	,59**

Note: \*  $p < ,05$  \*\* $p < ,01$ ; SP = satisfaction parentale, SE = sentiment d'efficacité, M/V = motivation/valorisation, SÉMO = soutien émotionnel, PRT = participation réelle aux tâches, DCT = désir de changement, PRÉOC = préoccupations.

Les analyses de régression ont été effectuées séparément pour les mères à un mois (MT1), les pères à un mois (PT1), les mères à huit mois (MT8) et les pères à huit mois (PT8). Le type de régression utilisé est la méthode "backward" (procédure REG avec option backward) dans SAS. Les prédicteurs sont d'abord tous considérés dans l'équation, puis, étape par étape, ceux qui ne contribuent pas de façon significative sont rejetés. Le rejet des prédicteurs s'effectue jusqu'à ce que seules les variables importantes et relativement indépendantes les unes des autres soient retenues dans le modèle ( $p < ,05$ ).

### Score global du SCP

En ce qui concerne le score global SCP des mères, la variable PRÉOC explique 24,2 % de la variance à T1 et 6,3% de la variance à T8 (Tableau 11). Ainsi, une relation négative existe entre le score de préoccupations et leur niveau de sentiment de compétence: plus le niveau de préoccupations est élevé moins les mères se sentent compétentes. La variable PRÉOC constitue l'unique prédicteur significatif du score global du SCP aux deux temps et la relation est presque quatre fois plus importante à un mois qu'à huit mois.

Tableau 11.

## Régressions multiples sur le score global de SCP

	<i>Prédicteur</i>	<i>beta stand.</i>	<i>% de variance</i>
Mères T1	PRÉOC	-,50	24,2%
Mères T8	PRÉOC	-,28	6,3%
Pères T1	PRÉOC	-,34	24,0%
	SÉMO	-,31	
Pères T8	----		

Note: SÉMO = soutien émotionnel, PRÉOC = niveau de préoccupations,  
PRT = participation réelle aux tâches, DCT = désir de changement des tâches

Les variables PRÉOC et SÉMO se partagent la variance du score global chez les pères à T1 (24,0%)(Tableau 11). Ce résultat signifie qu'à un mois, le sentiment de compétence des pères est associé positivement au soutien émotionnel qu'ils perçoivent de leur conjointe et négativement à leur niveau de préoccupations. À huit mois, aucune variable psychosociale n'y est associée.

## Score SP

La variable PRÉOC constitue l'unique prédicteur de la satisfaction parentale pour les mères aux deux temps (Tableau 12). Il rend compte de 32,7% de la variance à un mois et de 5,7% de la variance à huit mois. Ainsi, plus le niveau de préoccupations des mères est élevé moins leur satisfaction parentale l'est.

La variable PRÉOC constitue également le seul prédicteur de la satisfaction parentale pour les pères aux deux temps (Tableau 12). Elle explique, chez ces derniers, 19,7% de la variance à un mois et 7,2% à huit mois. Une diminution de la force de la relation dans le temps est observée entre la variable PRÉOC et le score de satisfaction chez les parents des deux sexes.

Tableau 12.

## Régressions multiples sur l'échelle de satisfaction parentale

	<i>Prédicteur</i>	<i>β</i> <i>stand.</i>	<i>% de variance</i>
Mères T1	PRÉOC	-,58	32,7%
Mères T8	PRÉOC	-,27	5,7%
Pères T1	PRÉOC	-,44	18,5%
Pères T8	PRÉOC	-,26	5,4%

**Note:** SÉMO = soutien émotionnel, PRÉOC = niveau de préoccupations, PRT = participation réelle aux tâches, DCT = désir de changement des tâches

## Score SE

La variable PRÉOC constitue également l'unique prédicteur simple du score de sentiment d'efficacité chez les mères à T1 (14,4 %) et à T8 (7,5 %) (tableau 13). Un niveau élevé de préoccupations chez les mères est associé négativement à leur sentiment d'efficacité.

Chez les pères à T1, le score PRÉOC est l'unique prédicteur du score SE expliquant 6,1% de la variance (Tableau 13): un niveau de préoccupation élevé est associé à une perception plus négative de leur sentiment d'efficacité à un mois. À T8, le score de SÉMO et DCT expliquent 10,1 % de la variance sur l'échelle de sentiment d'efficacité des pères: les pères percevant un meilleur soutien émotionnel de leur conjointe et rapportant un désir de changement peu élevé sont ceux qui se sentent les plus efficaces à huit mois. Bien que la mesure de désir de changement rapportée par les pères représente un indice de dissonance entre ce qui est fait et leur idéal, il serait peut-être plus juste de la voir comme un indice de culpabilité (ou d'écart avec ce que la conjointe souhaiterait comme implication de leur part) plutôt qu'uniquement un désir réel de changement.

Tableau 13.

## Régressions multiples sur l'échelle de sentiment d'efficacité

	<i>Prédicteur</i>	<i>beta stand.</i>	<i>% de variance</i>
Mères T1	PRÉOC	-,40	14,4%
Mères T8	PRÉOC	-,30	7,5%
Pères T1	PRÉOC	-,27	6,1 %
	SÉMO	-,29	
Pères T8	DCT	-,26	10,1 %

**Note:** SÉMO = soutien émotionnel, PRÉOC = niveau de préoccupations,  
PRT = participation réelle aux tâches, DCT = désir de changement des tâches

## Score de M/V

Enfin, aucune variable psychosociale ne contribue à expliquer la variance du score de M/V, autant chez les mères que chez les pères, et ce, aux deux temps.

## **CHAPITRE IV**

### **DISCUSSION**

La présente discussion se divise en quatre parties. La première est consacrée aux propriétés psychométriques du questionnaire SCP, notamment à sa structure factorielle. Les objectifs spécifiques de l'étude seront ensuite discutés et les résultats interprétés. Le premier objectif consistait d'abord à vérifier chez l'ensemble des parents une élévation dans le temps du sentiment de compétence mais aussi précisait que le sentiment de compétence des parents de petit poids de naissance (PPN) serait plus faible à un mois que chez ceux d'enfants nés à terme et en santé (ATS). Le second objectif portait sur une comparaison du niveau de sentiment de compétence chez les mères et chez les pères. La dernière partie de ce projet consistait à établir la relation entre le sentiment de compétence et les variables du contexte familial.

#### **1. PROPRIÉTÉS MÉTRIQUES DU SCP ET DE SES ÉCHELLES**

L'élaboration des propriétés métriques du questionnaire de sentiment de compétence parentale chez des parents primipares constitue une première contribution de l'étude. La mesure utilisée est une version francophone modifiée du questionnaire élaboré par Gibaud-Wallston (1978). L'analyse factorielle, effectuée sur un échantillon de 126 parents d'enfants nés à terme, âgés d'un mois, révèle la présence de trois facteurs totalisant 43,25% de variance expliquée. De ces facteurs résultent autant d'échelles (scores bruts) calculés par la sommation des items propres à chaque facteur. La première échelle, la dimension affective, réfère à la satisfaction parentale (ex: "Être parent est une source de tension et d'anxiété pour moi"). La seconde échelle correspond au sentiment d'efficacité des parents dans les décisions et les actions qu'ils posent; elle est définie ici comme la dimension cognitive du sentiment de compétence parentale (ex: "Les problèmes liés à mon enfant sont faciles à résoudre"). Puis,

la troisième échelle, motivation/valorisation, s'interprète comme le degré de motivation et de valorisation dans le rôle parental (ex: "Je me sens motivé à devenir un meilleur parent"). La consistance interne pour le score global et pour chacune des trois échelles varie entre ,72 et ,81 ce qui est considéré comme satisfaisant.

Cette structure factorielle concorde, pour les deux premières échelles (satisfaction parentale et sentiment d'efficacité), avec celle d'autres chercheurs qui utilisent le questionnaire original de Gibaud-Wallston (Gibaud-Wallston, 1978; Johnston & Mash, 1989). De plus, la distribution du score global et de ces deux premières échelles s'avère normale chez les mères et les pères aux deux temps. Ceci nous permet de croire qu'au-delà des modifications apportées à la mesure originale, les deux dimensions principales sont conservées. Toutefois, la troisième échelle, motivation/valorisation, constitue une dimension additionnelle. Chez les mères, le postulat de normalité de la distribution des scores aux deux temps n'est pas respecté à cette échelle: il y a un "effet de plafond" et la grande majorité des mères rapportent se sentir hautement motivées et valorisées à un mois et à huit mois.

Puisque la notion de compétence est valorisée dans la société, l'évaluation du sentiment de compétence pourrait entraîner, chez les parents, des réponses teintées de désirabilité sociale (Tyler, 1978). Dans l'étude de validation de Charbonneau et Robitaille (1988), une corrélation de ,38 entre le score SCP total des mères et la mesure de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe (1960) est décelée. Afin d'en atténuer les effets, les auteures proposent un effort de concrétisation des énoncés où les questions feraient référence à des tâches spécifiques plutôt qu'aux soins et aux tâches en général. Ceci pourrait favoriser des réponses axées davantage sur l'expérience plutôt que sur les sentiments et les valeurs "socialement acceptés", associés à la compétence. La présente étude n'évalue pas la relation entre le sentiment de compétence et la désirabilité sociale; l'échelle de motivation/valorisation, touchant de près les valeurs parentales, pourrait y être plus fortement associée que les deux autres.

## 2. HYPOTHÈSES 1A, 1B et 2: (effet temps, interaction cohorte par temps et effet sexe)

L'emploi des échelles de satisfaction et de sentiment d'efficacité au lieu d'un score unique apparaît important puisque, selon la dimension considérée, le passage du temps et le sexe du parent ne contribuent pas de la même façon à distinguer les parents. En effet, les mères semblent vivre des changements plus positifs dans leurs perceptions puisque leurs niveaux de satisfaction et de sentiment d'efficacité se sont tous deux élevés significativement dans le temps. Pour les pères, la satisfaction parentale augmente mais le sentiment d'efficacité demeure au même niveau que ce qu'il est à un mois. L'hypothèse d'une élévation dans le temps (hypothèse 1A) est donc confirmée chez l'ensemble des parents au niveau de la satisfaction; par contre le sentiment d'efficacité croît dans le temps uniquement chez les mères. L'hypothèse d'une différence sexuelle (hypothèse 2) n'est pas observée quant à la satisfaction mais elle l'est quant au sentiment d'efficacité.

Les résultats liés au temps appuient les études antérieures menées par Walker et al. (1986) et Smolla (1988) qui trouvent une consolidation du sentiment d'efficacité chez les mères primipares ayant des enfants nés à terme et en santé. Une étude de Sirignano et Lachman (1985) conclue que le sentiment d'efficacité des mères augmente au fur et à mesure qu'elles acquièrent de l'expérience entre 6,5 semaines avant la naissance et 10,5 semaines après la naissance tandis que chez les pères, la naissance d'un enfant augmente leur confiance en la vie en général.

Il est intéressant de souligner que la satisfaction parentale des pères est comparable à celle de leur conjointe; ceci rejoint les études effectuées chez les mères qui décrivent l'arrivée d'un enfant comme une période d'ajustement et de fragilité affective se résorbant par la suite (Pederson & al., 1987). Toutefois, ce résultat n'abonde pas dans le même sens que ceux de Trause et Kramer (1983) qui observent une plus grande *fragilité émotionnelle* chez l'ensemble des mères au cours des sept premiers mois de vie de l'enfant. On peut penser qu'une mesure de la réalité affective des pères est plus difficile à obtenir que pour les mères; en ce sens, la mesure de satisfaction parentale pourrait s'avérer un indice

mieux ajusté pour cerner leur monde affectif qu'une mesure possiblement plus directe d'émotivité.

Le fait d'être mère se concrétise par une présence plus soutenue auprès de l'enfant au cours de la première année ce qui pourrait expliquer la hausse importante du niveau de sentiment d'efficacité entre un et huit mois. Les résultats suggèrent chez les pères que cette dimension n'est pas aussi déterminante et que cela est sans doute associé au rôle qu'ils sont appelés à jouer. Le rôle de pourvoyeur par lequel ils se définissent entraînerait une moins grande implication auprès de l'enfant. Dans la même veine, l'étude de Gibaud-Wallston et Wandersman (1978) indique que c'est le sentiment d'efficacité qui est lié à l'estime de soi chez les mères alors que c'est la satisfaction parentale chez les pères. Chez les parents d'enfants plus âgés de quatre à neuf ans, cette différence sexuelle sur le sentiment d'efficacité n'est pas observée (Jonhston & Mash, 1989) tandis que la satisfaction parentale des pères est même plus élevée que celle des mères. Cela pourrait s'expliquer par le rôle important que jouent les pères dans les interactions de jeux avec un enfant de ces âges (Lamb, 1976). À la lumière de ces résultats, la différence mère-père observée sur le sentiment d'efficacité pourrait être spécifique à la première année suivant la naissance.

Contrairement aux attentes, l'hypothèse d'un sentiment de compétence plus faible chez les parents d'enfants PPN âgés d'un mois (*âge corrigé*) (hypothèse 1B) n'est pas confirmée, ni avec le score total du SCP ni avec les trois échelles considérées indépendamment. Les parents PPN présentent des scores similaires à ceux des parents ATS à un mois et à huit mois. À l'intérieur du groupe PPN, la distinction entre les parents ayant donné naissance à un enfant de 1 250 grammes et plus et ceux d'enfants de moins de 1 250 grammes ne contribue pas non plus à faire ressortir des différences: malgré la création de deux catégories de poids témoignant de la fragilité du bébé, de son âge gestationnel moins élevé et souvent du plus grand nombre de jours passés à l'hôpital, le niveau global de sentiment de compétence et celui aux trois dimensions est comparable entre les deux groupes à un mois.

Une première explication serait que la situation d'un parent ayant un enfant né prématurément ne présente pas de caractéristiques différentes de celle où l'enfant est né à terme et en santé. À ce sujet, le concept de sentiment

d'efficacité, définit selon Bandura (1982) par l'impression subjective d'être en mesure de faire face à une situation contenant des éléments nouveaux, imprévisibles et/ou stressants, suggère que l'arrivée d'un premier bébé PPN représenterait une période de transition comparable à celle d'un bébé à terme et en santé. Cependant, une telle affirmation ne rejoint pas l'ensemble des travaux sur la transition à la parentalité chez les parents d'enfants PPN (Hodapp & Young, 1992; Odom & Chandler, 1990; Pederson & al., 1987; Trause & Kramer, 1983).

L'absence de différence pourrait aussi être liée au moment choisi pour la prise de mesure chez les familles d'enfants prématurés. Ces parents sont rencontrés lorsque l'enfant est à la maison depuis un mois et, pour la plupart des bébés, l'état de santé ne constitue plus un danger imminent à leur survie. Ainsi, par comparaison aux familles d'enfants à terme, deux mois additionnels se sont en moyenne écoulés depuis la naissance du bébé. Ceci pourrait représenter un temps suffisamment long pour que les parents se soient adaptés à la situation et aient développé un sentiment de compétence dans leur rôle, sentiment qui soit comparable aux parents ATS. Cette interprétation est cohérente avec une étude de Trause et Kramer (1983) qui identifie qu'une semaine après la naissance, les parents PPN vivent une période de stress émotionnel plus difficile que les parents ATS mais, qu'un mois après le retour à la maison, cette différence n'est plus présente.

Une troisième solution propose que l'ensemble des bébés PPN de cette étude constituerait un échantillon à faible risque médical. L'indice d'Apgar à cinq minutes, lorsqu'il est inférieur à quatre, témoigne d'une condition néonatale précaire (Lasky & al., 1987; Blackman, 1991). Or ici, bien que quelques bébés présentent des problèmes médicaux sérieux (trois cas d'HIV, un de rétinopathie, cinq de SGA (small for gestational age)), leurs Apgars ne sont jamais inférieurs à quatre à cinq minutes, ce qui laisse croire que l'ensemble de l'échantillon est "en santé". Minde, Perrota et Marton (1985) observent que les complications médicales, entraînant une plus grande fragilité et moins de réceptivité de la part de l'enfant, influencent la confiance de la mère à "parenter" un enfant malade. L'état de santé satisfaisant des bébés PPN de la présente étude pourrait s'avérer une condition de risque négligeable vis-à-vis le développement du sentiment de compétence des parents.

Une quatrième explication concerne l'habileté de la mesure SCP à distinguer ces deux populations de parents. Des études se sont penchées sur le sentiment de compétence qu'éprouvent des parents de d'autres types d'enfants. Par exemple, Mash et Johnston (1983) rapportent que le sentiment de compétence des mères et des pères d'enfants hyperactifs est significativement plus faible que celui des parents d'enfants dit "normaux" du même âge et ce, tant au niveau du sentiment d'efficacité que de la satisfaction parentale (mesure de Gibaud-Wallston, 1977). Des résultats comparables sont obtenus chez les parents d'enfants ayant des troubles de comportements (Patterson, 1980). Tel que l'indiquent ces résultats, le fait de se sentir moins efficace et compétent avec un enfant plus difficile pourrait représenter une situation chronique se traduisant par un déficit cumulé en matière d'expériences parentales. L'expérience que vivent les parents PPN n'est pas chronique mais plutôt aïgue (Parke & Beitel, 1988) ce qui pourrait expliquer que la mesure de SCP ne fasse pas ressortir de différence entre ces deux groupes de parents. De plus, à partir d'entrevues de mères d'enfants PPN à la sortie du bébé de l'hôpital, Pederson et al. (1987) font ressortir une prédominance des inquiétudes reliées à l'enfant plutôt qu'à leurs propres difficultés d'adaptation depuis la naissance. Les inquiétudes des mères portent principalement sur la survie et sur le développement à long terme du bébé plutôt que sur leur déception, leur ressentiment ou leurs propres symptômes et ce, davantage lorsque l'enfant est considéré à haut risque. Ainsi, la naissance d'un enfant PPN ferait en sorte que les parents se centrent d'abord sur la condition de leur enfant plutôt que sur leurs capacités et leur compétence. Aussi, est-il possible qu'il en résulte un sentiment de compétence comparable aux parents ATS puisque ce n'est pas à ce niveau que leur expérience diffère.

### 3. HYPOTHÈSE 3 (relation entre le sentiment de compétence et les facteurs psychosociaux)

Parmi les variables représentant le contexte familial, nous nous sommes intéressés à la participation réelle aux tâches, au désir de changement lié au partage des tâches, au soutien émotionnel et au niveau de préoccupations. L'hypothèse énonce que le contexte familial sera associé au sentiment de compétence des parents. Les analyses de régression indiquent que le niveau de préoccupations (PRÉOC) est le prédicteur le plus fortement corrélé aux mesures

de sentiment de compétence parentale; ce résultat est observé tant chez les mères que chez les pères. Chez les pères, les variables de soutien conjugal ajoutent à l'explication de la variance: à un mois, en plus du niveau de préoccupations, le soutien émotionnel est positivement associé à la mesure globale du SCP et à huit mois, le soutien émotionnel et le désir de changement sont les deux seuls prédicteurs associés au sentiment d'efficacité. À ce sujet, Wandersman, Wandersman et Kahn (1980) obtiennent aussi une relation positive entre la cohésion conjugale et le sentiment d'efficacité chez les nouveaux pères, relation absente chez les mères.

Ces analyses ont porté séparément sur les deux sexes aux deux temps et ce, sur chacune des dimensions du sentiment de compétence. De façon constante, le pourcentage de variance expliquée par les prédicteurs est plus considérable à un mois qu'à huit mois. Cette différence entre les deux temps est encore plus marquée en ce qui touche l'échelle de sentiment de compétence totale et celle de la satisfaction parentale: à un mois, le niveau de préoccupations des mères contribue à expliquer un pourcentage quatre fois plus important de variance sur le score global qu'il ne le fait sept mois plus tard (MT1=24,2% vs MT8=6,3%). Et, de la même façon chez les pères, le soutien émotionnel et les préoccupations sont en lien avec le score total à un mois mais aucun prédicteur n'y est associé à huit mois (PT1=24,0% vs PT8=n.s).

L'échelle de satisfaction parentale des mères et des pères varie uniquement en fonction des préoccupations et cette relation décroît d'un temps à l'autre (MT1=32,7% vs MT8=5,7%, PT1=19,7% vs PT8=5,4%). Ces résultats laissent croire que des préoccupations élevées à un mois représentent une condition de fragilité psychologique propice à un sentiment de compétence plus faible et ce, autant chez les mères que chez les pères. Le processus d'acquisition du rôle parental qui se mesure, selon Walker et al. (1986), par le sentiment de compétence pourrait, à huit mois, être associé aux variables psychosociales uniquement lorsque plusieurs conditions de risques se conjugent (par exemple, un manque de soutien émotif et un niveau de préoccupations élevé ressenti par le même parent).

#### 4. CONCLUSION

Cette étude permet de suivre longitudinalement sur une période de huit mois les perceptions de soi de deux groupes de parents primipares dont l'un, de par le statut de naissance de l'enfant, est à risque. Une des contributions importantes de ce projet est de suivre l'évolution temporelle du sentiment de compétence des deux conjoints, phénomène souvent examiné du côté des mères uniquement.

La mesure d'adaptation utilisée ici, le sentiment de compétence n'est utilisée par les chercheurs que depuis peu et la présente étude constitue une étape dans la validation du questionnaire. D'abord, la mesure ne discrimine pas entre les groupes de parents PPN et ATS; avant de conclure que le sentiment de compétence des parents PPN ne se distingue pas de celui des parents ATS, il serait important d'établir le pouvoir discriminant sur d'autres populations plus réputées comme celle des parents d'enfants hyperactifs ou encore utiliser un échantillon de parents ayant des enfants PPN à risque médical plus élevé, (ex: Apgar de quatre ou moins à cinq minutes ou bébés d'extrêmes petit poids < 1 000 grammes). Enfin, pour valider la mesure avec cette population de PPN il faudrait, en plus du critère de poids, plusieurs autres facteurs comme indices de risque. Par exemple, Pederson et al. (1987) utilisent une mesure de morbidité, développée par Minde et al. (1983), qui rend compte du profil médical de l'enfant tout au long de son séjour à l'hôpital. Cette échelle pourrait être utilisée comme indice plus complet du niveau de risque.

Un problème particulier à la mesure du sentiment de compétence parentale est le choix du moment de la rencontre avec les parents PPN afin de permettre par la suite une comparaison adéquate avec les parents ATS. Puisque le sentiment de compétence semble avant tout se construire avec l'expérience (Bandura, 1986), après combien de temps peut-on considérer que les parents d'enfants PPN ont accumulé autant d'expérience que les parents ATS? Le façonnement (modeling), moins important comme source de jugement que l'expérience directe, permet néanmoins à un individu de juger de sa propre compétence (Bandura, 1986). Le choix du moment de la première rencontre a été fixé à un mois d'âge corrigé mais le long séjour de l'enfant PPN à l'hôpital

pourrait permettre à ses parents d'acquérir, par façonnement ou expérience réelle, un bagage que le groupe ATS n'aurait pas eu la chance de recevoir.

Bien que les variables de l'étude, particulièrement le niveau de préoccupations, expliquent un bon pourcentage de la variance, un pourcentage encore plus important demeure inexpliqué. À ce sujet, le degré d'expérience antérieure avec les enfants constitue un élément de l'histoire de vie du parent qui pourrait être important. Une étude, menée par Gross, Rocissano et Roncoli (1989) auprès de mères d'enfant PPN et ATS de un à trois ans, trouve que le meilleur prédicteur associé à la confiance des mères ATS et PPN (séparément) est la quantité d'expériences antérieures que ces dernières ont eu avec d'autres enfants. Aussi, parmi les parents PPN, l'histoire de prématurité dans la famille pourrait faire en sorte que la venue d'un bébé PPN soit perçue comme une situation moins nouvelle et imprévisible puisque d'autres membres de la famille l'ont aussi vécue. L'investigation de ces variables viserait ainsi à isoler des sous-groupes parmi la population des parents PPN pour qui le sentiment de compétence est plus ou moins compromis.

Il serait intéressant d'étudier l'impact, sur le sentiment de compétence des parents, de la différence entre les systèmes de santé québécois et américain au niveau des coûts et des services offerts dans les hôpitaux. Ceci permettrait de répondre à la question suivante: "Lors de la venue du premier enfant, les parents se distinguent-ils quant à leur sentiment de compétence, ceci dépendamment du système de santé qui les supporte?" Le système de santé québécois est ainsi établi qu'il n'en coûte rien aux parents, peu importe la condition de leur enfant à la naissance et la durée de son séjour à l'hôpital. Qu'en est-il avec le système de santé américain, surtout pour les parents de classe plus défavorisée? On peut croire que le sentiment de compétence, et plus globalement l'adaptation du parent dont l'enfant est né prématurément, serait plus difficile lorsque, conjointement aux problèmes de santé et aux jours passés à l'hôpital, les coûts augmentent. Ce genre de comparaisons permettrait de situer les études dans leurs contextes politique et social et faciliterait l'usage éclairé des résultats exposés dans la littérature.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Abernethy, V.D. (1972). Social networks and response to the maternal role. Journal of Sociology of the Family, 3, 86-92.
- Abindin, R.R. (1983). Parenting stress-index: Manual. Charlottesville, VA: Pediatrics Psychology Press.
- Azar, S.T., Robinson, D.R., Hekimian, E., & Twentyman, C.T. (1984). Unrealistic expectation and problem-solving ability in maltreating and comparison mothers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 687-691.
- Ballenski, C.B., & Cook, A.S., (1982). Mother's perceptions of their competence in managing selected parenting tasks. Family Relations, 31, 489-494.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). Self-Efficacy. Dans Albert Bandura (Eds.), Social Foundations of Thought & Action: A Social Cognitive Theory, ch. 9, pp. 390-453. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
- Barnard, K.E., Bee, H.L., & Hammond, M.A. (1984). Developmental changes in maternal interactions with term and preterm infants. Infants Behavior and Development, 7, 101-113.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. Child Development, 55, 83-96.

- Blackman, J.A. (1991). Neonatal intensive care: Is it worth it? The Pediatric Clinics of North America, 38 (6), 1497-1511.
- Bouchard, S., & Guérard, L. (1986). Le partage des tâches: les conjoints sont-ils bons juges? Rapport de recherche inédit, École de psychologie, Université Laval (Québec).
- Bristol, M.M. (1987). Mothers of children with autism or communication disorders: Successful adaptation and the double ABCX model. Journal of Autism and Developmental Disabilities, 17, 469-486.
- Bristol, M., Gallagher, J., & Shopler, E. (1988). Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: Adaptation and spousal support. Developmental Psychology, 24, 441-451.
- Brown, J.V., & Bakeman, R. (1979). Relationships of human mothers with their infants during the first year of life: Effect of prematurity. Dans R.W. Bell & W.P. Smotherman (Eds.), Maternal Influences and Early Behavior. New York: Spectrum.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorders in Women. New York: Free Press.
- Campis, L.K., Lyman, R.D., & Prentice-Dunn, S. (1986). The parental Locus of Control Scale: Development and validation. Journal of Clinical Child Psychology, 15, 260-267.
- Charbonneau, C., & Robitaille, L. (1988). Validation d'une échelle de perception de compétence parentale. Rapport de recherche (inédit), Université Laval.
- Chilman, C.S. (1979). Parent satisfaction-dissatisfaction and their correlates. Social Science Review, 53, 195-213.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychomatic Medecine, 38, 300-314.
- Cowan, C.P., Cowan, P.A., Coie, L., & Coie, N.D. (1978). Becoming a family: The impact of the first child's birth on the couple's relationship, Dans W.B. Miller & L.F. Newman (Eds.), The First Child and the Family Formation, chap. 19, pp. 296-324. Carolina Population Center, The University of North Carolina at Chapel Hill.
- Cowan, C.P., Cowan, P.A., Heming, G., Garrett, E., Coyish, W.S., Curtis-Boles, H., & Boles, A.J. (1985). Transition to parenthood: His, hers & theirs. Journal of Family Issues, 6 (4), 451-481.
- Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (1988). Changes in marriage during the transition to parenthood: Must we blame the baby? Dans G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (Eds.), The Transition to Parenthood: Current Theory and Research (p.114-154). New York: Cambridge University Press.
- Cowan, C.P., & Cowan, P.A., (1988). Who does what when partners become parents: Implications for men, women and marriage. Transition to Parenthood. Haworth Press.
- Crnicek, K.A., Greenberg, M.T., Ragozin, A.S., Robinson, N.M., & Basham, R. (1983). Effects of stress and support on mothers of premature and full-term infants. Child Development, 54, 209-217.
- Crnicek, K.A., Greenberg, M.T., Robinson, M., & Ragozin, A.S. (1984). Maternal stress and social support: Effects on mother-infant relationship from birth to eighteen months. American Journal of Orthopsychiatry, 54 (2), 224-235.
- Crowne, D.P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independant of psychopathology. Journal of Consulting Psychology, 23, 349-354.

Cutrona, C.E., & Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: A mediational model of post-partum depression. Child Development, 57, 1507-1518.

Dix, T., Ruble, D.N., Grusec, J.E., & Nixon, S. (1986). Social cognitions in parents: Inferential and affective reactions to children of three age levels. Child Development, 57, 879-894.

Donavan, W.L., & Leavitt, L.A. (1989). Maternal self-efficacy and infant attachment: Integrating physiology, perceptions and behavior. Child Development, 60, 460-472.

Dreman, S., Orr, E., & Aldor, R. (1990). Sense of competence, time perspective, and state-anxiety of separate versus divorced mothers. American Journal of Orthopsychiatry, 60 (1), 77-85.

Durett, M.E., Otaki, M., & Richards, P. (1984). Attachment and the mother's perception of support from the father. International Journal of Behavioral Development, 7, 167-176.

Dyer, E.D. (1964). Parenthood as a crisis: A restudy. Marriage and Family Living, 25, 196-201.

Easterbrooks, M.A. (1988). Effects of infant risk status on the transition to parenthood. In G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (Eds.), The Transition to Parenthood: Current Theory and Research (p.177-207). New York: Cambridge University Press.

Fraley, A.M. (1986). Chronic sorrow in parents of premature children. Children's Health Care, 15 (2), 114-118.

Gibaud-Wallston, J.A. (1977). Self-esteem and situational stress: Factors related to the sense of competence in new parents. Thèse de doctorat, Georges Peabody College for Teachers, University of Rhode Island.

- Gibaud-Wallston, R.B., & Wandersman, (1978). Development and utility of the parenting sense of competence scale. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Août.
- Goldberg, S., (1977). Social competence in infancy: A model of parent-infant interaction. Merrill-Palmer Quaterly, 23(3), 163-177.
- Goldberg, S., & DiVitto, B. (Eds.) (1983). Born too Soon: Preterm Birth and Early Development. New York: W.H. Freeman et Co.
- Goldberg, W.A., & Michaels, G.Y. (1988). The transition to parenthood: Synthesis and future directions. Dans G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (Eds.), The Transition to Parenthood: Current Theory and Research (p.114-154). New York: Cambridge University Press.
- Good, R.S., Lederman, R.P., Osofsky, H.J., & Youngs, D.D. (1990). Birth-related reactions as sources of stress (chap. 7). Dans J.D. Noshpitz & R.D. Coggington (Eds.) Stressors and the Adjustment Disorders. Toronto: John Wiley & Sons, Inc.
- Gross, D., & Rocissaro, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for clinical practice and research. Nurse Practitioner, 13, 19-26.
- Gross, D., Rocissaro, L., & Roncoli, M. (1989). Maternal confidence during toddlerhood: Comparing preterm and fullterm groups. Research in Nursing and Health, 12, 1-9.
- Guidulbaldi, J., & Cleminshaw, H.K. (1985). The development of the Cleminshaw-Guidulbaldi Parent Satisfaction Scale. Journal of Clinical Child Psychology, 14, 293-298.
- Guay-Genest, S. (1986). Stress et double-rôle chez un groupe d'infirmières. Mémoire inédit, École de psychologie, Université Laval (Québec).

- Hodapp, R.M., & Young, K.T. (1992). Maternal emotional reactions to the premature infant in the context of the family. Canadian Journal of Behavioral Science, 24 (1), 29-40.
- Hoffman, L.W. (1978). Effects of the first child on the woman's role. Dans W.B. Miller & L.F. Newman (Eds.), The First Child and the Family Formation. Chapel Hill, N.C.: Carolina Population Center.
- Houde, L. (1987). Etre parent: un vécu pluridimensionnel. Dans Acte du Colloque Régional, Les parents: des êtres de ressources.
- Hough, R.A., & Stevens, J.H. Jr. (1981). Social network as supports for parenting. Young Children, 36, 50-60.
- Huberty, C.J., & Morris, D.M. (1989). Multivariate analysis versus multiple univariate analyses. Psychological Bulletin, 105 (2), 302-302.
- Hudson, W.W., (1982). The clinical measurement package: A field manual. The Dorsay Press.
- Jeffcoate, J.A., Humphrey, M.E., & Lloyd, J.K. (1979). Role perception and response to stress in fathers and mothers following pre-term delivery. Social Science and Medecine, 13A, 139-145.
- Johnston, C., & Mash, E.J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. Journal of Clinical Child Psychology, 18 (2), 167-175.
- Julian, K.C. (1983). A comparaison of perceived and demonstrated maternal role competence of adolescent mothers. Issues in Health Care of Women, 4, 223-236.
- Kasak, A.E. (1986). Stress in families of children with myelomeningocele. Developmental Medecine and Child Neurology, 28, 220-228.

- Lamb, M.E. (1976). The Role of the Father in Child Development. New York: John Wiley & Sons.
- Lamb, M.E., Pleck, J.H., & Levine, J.A. (1986). Effects of paternal involvement on fathers and mothers. Marriage and Family Review, 2 (3), 67-83.
- LaRossa, R., & LaRossa, M.M. (1981). Transition to Parenthood: How Infants Change Families. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Lasky, R.E. Tyson, J.E., & Rosenfeld, C.R. (1987). Disappointing follow-up findings for indigent high-risk newborns. American Journal of Disabled Children, 141, 100-105.
- LeMaster, E.E. (1957). Parenthood as a crisis. Marriage and Family Living, 19, 352-355.
- Lemyre, L., & Tessier, R. (1988). Mesure de stress psychologique (MSP). Se sentir stressé-e. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 20 (3), 302-321.
- Lemyre, L., & Tessier, R. (soumis). Stressor appraisal rating scale: Perceived impact, mastery and uncertainty. Social Cognition.
- McCall, R.B., & Appelbaum, M.I. (1973). Bias in the analysis of repeated-measures designs: Some alternative approaches. Child Development, 4, 401-415.
- Mash, E.J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mother's reported stress in younger and older hyperactive and normal children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 86-99.
- Masse, R. (1991). La conception populaire de la compétence parentale. Apprentissage et Socialisation, 14 (4), 279-290.

- Mercier, R.T. (1981). A theoretical framework for studying the factors that impact on the maternal role. Nursing Research, 30, 73-77.
- Michaels, G.Y., Hoffman, M., & Goldberg, W. (1982). Longitudinal investigation of value system changes at transition to parenthood. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, D.C.
- Minde, K., Shosenberg, & Marton, P. (1983). The effect of neonatal complications in premature infants on early parent-infant interaction. Developmental Medicine and Child Neurology, 25, 763-777.
- Minde, K., Perrota, M., & Marton, P. (1985). Maternal caretaking and play with full-term and premature infants. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26 (2), 231-244.
- Mouton, P.Y., & Tuma, J.M. (1988). Stress, locus of control and role satisfaction in clinic and control mothers. Journal of Clinical Child Psychology, 17, 217-224.
- Odom, S.L., & Chandler, L. (1990). Transition to parenthood for parents of technology-assisted infants. Topics in Early Childhood Special Education, 9 (4), 43-54.
- Parke, R.D., & Beitel, A. (1988). Disappointment: When things go wrong in the transition to parenthood. Marriage and Family Review, 12 (3-4), 221-265.
- Pederson, F.A., Anderson, B.J., & Cain, R.L. (1980). Parent-infant and husband-wife interactions observed at age 5 months. Dans F.A. Pederson (Eds.), The Father Infant Relationship: Observational Studies in the Family Setting. New York: Praeger Publishers.

- Pederson, D.R., Jenkins, S., Evans, B., Change, G.W., & Fox, A.M. (avril, 1985). Maternal response to the birth of a preterm infant. Paper presented at the Biennial Meetings of the Society for Research in Child Development, Toronto.
- Pederson, D.R., Bento, S., Graham, W., Chance, W., Evans B., & Fox, M. (1987). Maternal emotional responses to preterm birth. American Journal of Orthopsychiatry, *57 (1)*, 15-21.
- Power, T.G., & Parke, R.D. (1984). Social network factors and the transition to parenthood. Sex Roles, *10*, 949-972.
- Rubin, R. (1984). Maternal Identity and the Maternal Experience. New York: Springer.
- Rudtledge, D., & Pridham, K.F. (1987). Post-partum mother's perception of competence for infant care. Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing, *16*, 185-194.
- Rutter, M., & Rutter, M. (1992). Developing Minds. New York: Basic Books.
- Sander, L.W. (1976). Issues in early mother-child interaction, Dans E.N. Rexford, L.W. Sander & T. Shapiro (Eds.) Infant Psychiatry: A New Synthesis, New Haven: Yale University, pp. 127-147.
- Seashore, M., Leifer, A.D., Barnett, C., & Leiderman, H. (1973). The effects of denial of early mother-infant interaction on maternal self-confidence. Journal of Personality and Social Psychology, *26*, 369-378.
- Siegel, I.E. (1985). Parental Belief Systems: The Psychological Consequences for Children. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Sirignano, S.W., & Lachman, M.E. (1985). Personality change during the transition to parenthood: The role of perceived infant temperament. Developmental Psychology, *21 (3)*, 558-567.

- Smolla, N. (1988). La transition à la parentalité: impact du soutien social, de l'évaluation de stressseurs et du tempérament du bébé sur le stress maternel. Thèse de doctorat (inédite), Université Laval.
- Stern, M., & Hildebrandt, K.A. (1984). Prematurity stereotype: Effects of labeling on adults perceptions of infants. Developmental Psychology, *20* (3), 360-362.
- Tessier, R. (1983). Étude de conditions écologiques de la qualité de la cohésion des conduites de contrôle parental. Thèse de doctorat (inédite), Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Tessier, R., Smolla, N., Piché, C., Fillion, L., & Boutin, C. (en préparation). The arrival of the first child: A stressful event?
- Trause, M., & Kramer, L. (1983). The effects of premature birth on parents and their relationship. Developmental Medicine and Child Neurology, *24*, 459-465.
- Tyler, F.B. (1978). Individual psychosocial competence: A personality configuration. Education and Psychological Measurement, *38*, 309-323.
- Vohr, B.R., & Garcia Coll, C.T. (1985). Neurodevelopmental and school performance of very low-birthweight infants. Pediatrics, *76*(3), 345-350.
- ✧ Walker, L.O., Crain, H., & Thompson, E. (1986). Maternal role attainment and identity in the post-partum period: Stability and change. Nursing Research, *35* (2), 68-71.
- Wandersman, L., Wandersman, A., & Kahn, S. (1980). Social support in the transition to parenthood. Journal of Community Psychology, *8*, 332-342.

Williams, T., Joy, L., Travis, L., Gotowiew, A., Blum Steele, M., Aiken, L., Painter, S., & Davison, S. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. Infant Mental Health Journal, 8, 251-265.

Yogman, M.W. (1985). The father's role with preterm and fullterm infants. Dans J. Call, E. Galenson & R. Tyson (Eds.), Frontiers in Infant Psychiatry. New York: Basic Books.

Zahr, L.K. (1991). The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in premature infants. Research in Nursing and Health, 14, 279-286.

**ANNEXE A: FORMULE DE CONSENTEMENT**

## LETTRE DE CONSENTEMENT

### Entente quant à la participation à une recherche sur l'adaptation des parents à leur rôle parental.

Nous, soussigné-e \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ consentons à participer à une recherche intitulée "Rôle du soutien, du réseau, du conjoint et des caractéristiques du bébé dans l'adaptation des nouveaux parents à leur rôle parental".

1. La recherche a pour but 1<sup>o</sup> d'identifier les préoccupations et les besoins des nouveaux parents en tenant compte des caractéristiques du bébé, 2<sup>o</sup> de préciser l'aide reçue et 3<sup>o</sup> d'établir de quelle manière ils s'adaptent à ce changement de vie.
2. Comme participant-es, nous serons rencontré-es conjointement trois (3) fois: la première fois au premier mois suivant l'accouchement, la seconde fois lorsque l'enfant est âgé de 8 mois et la dernière fois lorsqu'il a atteint l'âge de 2 ans. Les entrevues auront lieu à notre domicile et dureront environ deux heures.
3. Lors de ces rencontres nous acceptons que différents aspects du comportement de notre bébé soient évalués. Nous consentons aussi à fournir aux chercheurs quelques renseignements le concernant. Ceux-ci sont disponibles dans le carnet de santé de notre enfant (ex. poids, longueur, âge gestationnel,...).
4. Durant les rencontres, nous aurons à répondre à des questions sur l'aide que nous recevons de notre conjoint et de notre entourage. D'autres questions nous aideront à préciser nos sentiments personnels, nos besoins ainsi que nos préoccupations en tant que parent.
5. Notre participation à cette recherche est volontaire. Il est entendu que nous pourrions nous retirer de cette recherche en tout temps, sans obligation de notre part et que toute information obtenue dans cette étude sera traitée de façon strictement confidentielle.

Cette recherche est faite sous la direction des docteurs Réjean Tessier et Christiane Piché, professeur-e-s à l'Université Laval en collaboration avec les principaux centres hospitalier de Québec, de Montréal et du Saguenay et subventionnée par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH).

\_\_\_\_\_  
Parent

\_\_\_\_\_  
Parent

\_\_\_\_\_  
Christiane Piché PhD

\_\_\_\_\_  
Réjean Tessier PhD

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Responsable de l'entrevue

**ANNEXE B: QUESTIONNAIRE DES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (ATS 1 MOIS)

1. Sexe F  M

2. Age \_\_\_\_\_

3. Statut civil

1.	Célibataire	<input type="checkbox"/>
2.	Marié-e	<input type="checkbox"/>
3.	Union de fait	<input type="checkbox"/>
4.	Séparé-e/divorcé-e	<input type="checkbox"/>
5.	Veuf-ve	<input type="checkbox"/>

Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_ an(s) \_\_\_\_\_ mois

4. Revenu annuel personnel

Revenu annuel familial

Moins de 9 999\$	<input type="checkbox"/>
De 10 000\$ à 19 999\$	<input type="checkbox"/>
De 20 000\$ à 29 999\$	<input type="checkbox"/>
De 30 000\$ à 39 999\$	<input type="checkbox"/>
40 000\$ et plus	<input type="checkbox"/>

Moins de 9 999 \$	<input type="checkbox"/>
De 10 000\$ à 19 999\$	<input type="checkbox"/>
De 20 000\$ à 29 999\$	<input type="checkbox"/>
De 30 000\$ à 39 999\$	<input type="checkbox"/>
40 000\$ et plus	<input type="checkbox"/>

5. Scolarité (nombre d'années complétées): \_\_\_\_\_

6. Quelle était votre occupation avant la grossesse ? \_\_\_\_\_

7. Quelle est votre occupation actuelle ? \_\_\_\_\_

8. Combien d'heures par semaine consacrez-vous:

- au travail	_____
- aux études	_____
- aux loisirs	_____

### **Travail**

9. Si vous travaillez actuellement:

**Horaire**

<input type="checkbox"/>	jour
<input type="checkbox"/>	soir
<input type="checkbox"/>	nuit
<input type="checkbox"/>	variable

**Statut**

<input type="checkbox"/>	permanent
<input type="checkbox"/>	temporaire
<input type="checkbox"/>	contrat
<input type="checkbox"/>	autre

**Motif Principal**

<input type="checkbox"/>	Financier
<input type="checkbox"/>	Poursuivre ma carrière
<input type="checkbox"/>	Me changer les idées
<input type="checkbox"/>	Autres _____

**La grossesse**

10. Était-ce la première fois que vous viviez une grossesse (menée à terme ou non)?  
 oui   
 non   
 si non, combien en avez-vous eue (incluant la présente)? \_\_\_\_\_  
 comment se sont-elles terminées? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Cette grossesse était:  
 planifiée  non planifiée
12. Durant votre grossesse, avez-vous eu des problèmes de santé qui ont nécessité une prescription médicale ou une hospitalisation?  
 oui   
 non   
 si oui, pouvez-vous préciser? \_\_\_\_\_

**L'accouchement**

13. La date prévue de l'accouchement? \_\_\_\_\_
14. La date réelle de l'accouchement? \_\_\_\_\_
15. L'accouchement s'est fait par:
- |                                                          |                          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|
| - voie naturelle sans anesthésie                         | <input type="checkbox"/> |
| - voie naturelle avec anesthésie locale (bloc, épidural) | <input type="checkbox"/> |
| - voie naturelle avec anesthésie générale                | <input type="checkbox"/> |
| - césarienne avec anesthésie locale                      | <input type="checkbox"/> |
| - césarienne avec anesthésie générale                    | <input type="checkbox"/> |
16. Comment qualifieriez vous l'accouchement? (encerclez le chiffre correspondant)
- |                |           |                 |              |        |             |
|----------------|-----------|-----------------|--------------|--------|-------------|
| 1              | 2         | 3               | 4            | 5      | 6           |
| Très difficile | Difficile | Assez difficile | Assez facile | Facile | Très facile |
- 
17. Le père était-il présent lors de l'accouchement?  
 oui   
 non

18. Avez-vous eu un contact avec votre bébé (le voir, le toucher, le prendre dans vos bras, le caresser) tout de suite après la naissance?  
 oui   
 non
- 18b. Quelle a été votre réaction spontanée quand vous avez appris le sexe de votre enfant?  
 un peu déçu-e parce que différent de ce que je souhaitais   
 content-e parce que c'est comme je souhaitais   
 je n'avais pas de préférence au départ
19. Depuis l'accouchement avez-vous eu des problèmes de santé qui ont nécessité une prescription médicale ou une hospitalisation?  
 oui   
 non   
 si oui, pouvez-vous préciser? \_\_\_\_\_
- 19c. Quel a été la durée du séjour de la mère à l'hôpital?  
 \_\_\_\_\_jours

### **Le bébé**

20. Informations sur les caractéristiques de bébé:  
 -poids à la naissance \_\_\_\_\_ grammes  
 -poids à la sortie de l'hôpital \_\_\_\_\_ grammes  
 -taille \_\_\_\_\_ cm  
 -périmètre crânien \_\_\_\_\_ cm  
 -durée de son séjour à l'hôpital \_\_\_\_\_ jours
21. Votre bébé a-t-il eu des problèmes de santé sérieux pendant son séjour à l'hôpital?  
 oui   
 non   
 si oui, lesquels? \_\_\_\_\_
22. Votre bébé a-t-il eu des problèmes de santé sérieux depuis son arrivée à maison?  
 oui   
 non   
 si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

**\_RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (PPN 1 mois corrigé)**

3. Statut civil
- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Célibataire        | <input type="checkbox"/> |
| 2. Marié-e            | <input type="checkbox"/> |
| 3. Union de fait      | <input type="checkbox"/> |
| 4. Séparé-e/divorcé-e | <input type="checkbox"/> |
| 5. Veuf-ve            | <input type="checkbox"/> |
- Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_ an(s) \_\_\_\_\_ mois

7. Quelle est votre occupation actuelle ? \_\_\_\_\_

8. Combien d'heures par semaine consacrez-vous:
- |               |       |
|---------------|-------|
| - au travail  | _____ |
| - aux études  | _____ |
| - aux loisirs | _____ |

**Travail**

9. Si vous travaillez actuellement:
- | <b>Horaire</b>                    | <b>Statut</b>                       | <b>Motif Principal</b>                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jour     | <input type="checkbox"/> permanent  | <input type="checkbox"/> Financier              |
| <input type="checkbox"/> soir     | <input type="checkbox"/> temporaire | <input type="checkbox"/> Poursuivre ma carrière |
| <input type="checkbox"/> nuit     | <input type="checkbox"/> contrat    | <input type="checkbox"/> Me changer les idées   |
| <input type="checkbox"/> variable | <input type="checkbox"/> autre      | <input type="checkbox"/> Autres _____           |

19. Depuis l'accouchement avez-vous eu des problèmes de santé qui ont nécessité une prescription médicale ou une hospitalisation?
- oui
- non
- si oui, pouvez-vous préciser? \_\_\_\_\_

**Le bébé**

20. Informations sur les caractéristiques de bébé à la sortie de l'hôpital:
- |                                  |               |
|----------------------------------|---------------|
| -poids                           | _____ grammes |
| -taille                          | _____ cm      |
| -périmètre crânien               | _____ cm      |
| -durée de son séjour à l'hôpital | _____ jours   |
- 20a Temps d'isolette ou d'incubateur \_\_\_\_\_ jours
- " table chauffante \_\_\_\_\_ jours

20c Date de sortie de l'hôpital: \_\_\_\_\_

21. Votre bébé a-t-il eu des problèmes de santé sérieux pendant son séjour à l'hôpital?

oui

non

si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

22. Votre bébé a-t-il eu des problèmes de santé sérieux depuis son arrivée à la maison?

oui

non

si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (ATS & PPN 8 mois)

1. Sexe F  M
2. Âge \_\_\_\_\_
3. Statut civil
- |    |                    |                          |
|----|--------------------|--------------------------|
| 1. | Célibataire        | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Marié-e            | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Union de fait      | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Séparé-e/divorcé-e | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Veuf-ve            | <input type="checkbox"/> |

Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_ an(s) \_\_\_\_\_ mois

- |    |                                                 |  |                                                 |
|----|-------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|
| 4. | <u>Revenu annuel personnel.</u>                 |  | <u>Revenu annuel familial</u>                   |
|    | Moins de 9 999\$ <input type="checkbox"/>       |  | Moins de 9 999\$ <input type="checkbox"/>       |
|    | De 10 000\$ à 19 999\$ <input type="checkbox"/> |  | De 10 000\$ à 19 999\$ <input type="checkbox"/> |
|    | De 20 000\$ à 29 999\$ <input type="checkbox"/> |  | De 20 000\$ à 29 999\$ <input type="checkbox"/> |
|    | De 30 000\$ à 39 999\$ <input type="checkbox"/> |  | De 30 000\$ à 39 999\$ <input type="checkbox"/> |
|    | 40 000\$ et plus <input type="checkbox"/>       |  | 40 000\$ et plus <input type="checkbox"/>       |

5. Scolarité (nombre d'années complétées): \_\_\_\_\_

7. Quelle est votre occupation actuelle ? \_\_\_\_\_

7a. Au cours de la dernière année, avez-vous cessé-e de travailler?

oui

non

si oui, combien de temps? \_\_\_\_\_  
pour quelle raison? \_\_\_\_\_

8. Combien d'heures par semaine consacrez-vous:

- au travail \_\_\_\_\_

- aux études \_\_\_\_\_

- aux loisirs \_\_\_\_\_

9. Si vous travaillez actuellement:

**Horaire: Statut: Motif Principal**

jour

soir

nuit

variable

permanent

temporaire

contrat

autre

Financier

Poursuivre ma carrière

Me changer les idées

Autres

25. Actuellement, attendez-vous un autre enfant?

oui

non

Depuis notre recontre (il y a 7 mois)

19b Avez-vous eu des problèmes de santé qui ont nécessité une prescription médicale ou une hospitalisation?

oui

non

si oui, pouvez-vous préciser? \_\_\_\_\_

22b Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé sérieux ?

oui

non

si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

22c Votre enfant a-t-il été hospitalisé?

oui

non

si oui, -combien de fois \_\_\_\_\_  
 -cette ou ces hospitalisations ont duré \_\_\_\_\_ jours  
 -quel est ou sont les raisons de ces hospitalisations? \_\_\_\_\_

29. Depuis notre rencontre, avez-vous vécu des événements ou situations importantes (ex: un déménagement; le décès d'un parent, d'un ami ou d'une personne près de vous; des difficultés financières; des démêlés avec la justice; des problèmes d'alcool ou de drogues, etc)?

si oui, faites en la liste \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ats 8+p8

**ANNEXE C: QUESTIONNAIRE DE SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE  
(VERSION MÈRE ET VERSION PÈRE)**

**QUESTIONNAIRE DE SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE**  
**(VERSION MÈRE)**

Ce questionnaire n'est pas un test ; il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous trouverez ci-dessous une série d'énoncés : veuillez indiquer, pour chacun d'eux, si vous êtes d'accord ou non en encerclant l'un des chiffres suivant.

- | 1....Tout à fait en désaccord                                                                                                               | 4....Légèrement d'accord   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 2....En désaccord                                                                                                                           | 5....En accord             |
| 3....Légèrement en désaccord                                                                                                                | 6....Tout à fait en accord |
| 1. Je crois sincèrement avoir toutes les habiletés nécessaires pour être une bonne mère.                                                    | 1 2 3 4 5 6                |
| 2. Les problèmes reliés aux soins de mon enfant sont faciles à résoudre.                                                                    | 1 2 3 4 5 6                |
| 3. Je sais que mes actions influencent mon enfant.                                                                                          | 1 2 3 4 5 6                |
| 4. Être parent peut être valorisant mais, actuellement, je me sens frustrée et j'ai hâte que mon enfant soit plus vieux.                    | 1 2 3 4 5 6                |
| 6. Je serais un bon exemple pour une nouvelle mère qui voudrait apprendre à être un bon parent.                                             | 1 2 3 4 5 6                |
| 7. Je ne trouve pas ça compliqué d'être parent.                                                                                             | 1 2 3 4 5 6                |
| 8. C'est difficile pour moi de savoir si j'agis correctement ou non avec mon enfant.                                                        | 1 2 3 4 5 6                |
| 9. Les soins que je donne à mon enfant correspondent à mes critères d'excellence (ce que je crois être le mieux).                           | 1 2 3 4 5 6                |
| 10. Quelquefois j'ai l'impression que je n'arrive pas à terminer quoi que ce soit.                                                          | 1 2 3 4 5 6                |
| 11. Je suis la personne la mieux placée pour comprendre ce que mon enfant ressent.                                                          | 1 2 3 4 5 6                |
| 12. Compte tenu de la durée de mon expérience, le rôle de mère m'apparaît tout à fait familier.                                             | 1 2 3 4 5 6                |
| 13. Être parent est une source de tension et d'anxiété pour moi.                                                                            | 1 2 3 4 5 6                |
| 14. Avoir le sentiment d'être une bonne mère me valorise.                                                                                   | 1 2 3 4 5 6                |
| 15. Je trouve difficile de m'adapter aux changements qu'exige le développement de mon enfant (sevrage, apprentissage de la propreté, etc.). | 1 2 3 4 5 6                |
| 16. Je me sens motivée à devenir un meilleur parent.                                                                                        | 1 2 3 4 5 6                |
| 17. Si mon enfant était moins difficile, je serais plus à l'aise dans mon rôle de mère.                                                     | 1 2 3 4 5 6                |
| 18. Je me sens parfois manipulée, même lorsque je suis supposée avoir le contrôle de la situation.                                          | 1 2 3 4 5 6                |
| 19. Mon entourage contribue à me donner confiance dans ma façon d'éduquer mon enfant.                                                       | 1 2 3 4 5 6                |
| 20. Je me sens compétente comme mère.                                                                                                       | 1 2 3 4 5 6                |

**QUESTIONNAIRE DE SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE**  
**(VERSION PÈRE)**

Ce questionnaire n'est pas un test ; il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous trouverez ci-dessous une série d'énoncés : veuillez indiquer, pour chacun d'eux, si vous êtes d'accord ou non en encerclant l'un des chiffres suivant.

1....Tout à fait en désaccord	4....Légèrement d'accord
2....En désaccord	5....En accord
3....Légèrement en désaccord	6....Tout à fait en accord

- |                                                                                                                                             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. Je crois sincèrement avoir toutes les habiletés nécessaires pour être un bon père.                                                       | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Les problèmes reliés aux soins de mon enfant sont faciles à résoudre.                                                                    | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Je sais que mes actions influencent mon enfant.                                                                                          | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Être parent peut être valorisant mais, actuellement, je me sens frustré et j'ai hâte que mon enfant soit plus vieux.                     | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Je serais un bon exemple pour un nouveau père qui voudrait apprendre à être un bon parent.                                               | 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Je ne trouve pas ça compliqué d'être parent.                                                                                             | 1 2 3 4 5 6 |
| 8. C'est difficile pour moi de savoir si j'agis correctement ou non avec mon enfant.                                                        | 1 2 3 4 5 6 |
| 9. Les soins que je donne à mon enfant correspondent à mes critères d'excellence (ce que je crois être le mieux).                           | 1 2 3 4 5 6 |
| 10. Quelquefois j'ai l'impression que je n'arrive pas à terminer quoi que ce soit.                                                          | 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Je suis la personne la mieux placée pour comprendre ce que mon enfant ressent.                                                          | 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Compte tenu de la durée de mon expérience, le rôle de père m'apparaît tout à fait familier.                                             | 1 2 3 4 5 6 |
| 13. Être parent est une source de tension et d'anxiété pour moi.                                                                            | 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Avoir le sentiment d'être un bon père me valorise.                                                                                      | 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Je trouve difficile de m'adapter aux changements qu'exige le développement de mon enfant (sevrage, apprentissage de la propreté, etc.). | 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Je me sens motivé à devenir un meilleur parent.                                                                                         | 1 2 3 4 5 6 |
| 17. Si mon enfant était moins difficile, je serais plus à l'aise dans mon rôle de père.                                                     | 1 2 3 4 5 6 |
| 18. Je me sens parfois manipulé, même lorsque je suis supposé avoir le contrôle de la situation.                                            | 1 2 3 4 5 6 |
| 19. Mon entourage contribue à me donner confiance dans ma façon d'éduquer mon enfant.                                                       | 1 2 3 4 5 6 |
| 20. Je me sens compétent comme père.                                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 |

**ANNEXE D: QUESTIONNAIRE DE SOUTIEN ÉMOTIONNEL DU CONJOINT**

## QUESTIONNAIRE DE SOUTIEN ÉMOTIONNEL

Répondez à toutes les questions en encerclant un seul chiffre par réponse.

	1	2	3	4	5	6	7	8
	jamais	presque jamais	peu souvent	à l'occasion	assez souvent	très souvent	presque toujours	toujours
1. Suite à une journée frustrante, je peux me confier à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Mon/ma partenaire m'écoute quand je discute avec lui/elle de mes besoins affectifs (tendresse, affection, etc.).	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Mon/ma partenaire est sensible à mes réalisations, si petites soient-elles.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Mon/ma partenaire m'aide à surmonter mes problèmes personnels.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Mon/ma partenaire me comprend si je suis fatigué(e) ou irritable.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Mon/ma partenaire est fier(fière) de moi.	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Je peux parler ouvertement avec mon/ma partenaire de mes sentiments (joie, peur, colère, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Mon/ma partenaire m'offre un support émotionnel.	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Mon/ma partenaire m'appuie dans les démarches que j'entreprends.	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Mon/ma partenaire a du plaisir et rit avec moi.	1	2	3	4	5	6	7	8

**ANNEXE E: QUESTIONNAIRE D'AUTO-ENREGISTREMENT DU PARTAGE DES  
TÂCHES**

**QUESTIONNAIRE D'AUTO-ENREGISTREMENT DU PARTAGE DES TACHES**  
( PPN et ATS 1 mois)

Il sera ici question du partage des tâches quotidiennes avec votre conjoint-e. Pour chacune des tâches énumérées dans les pages suivantes, vous devez répondre de 2 façons différentes:

1. "NOMBRE DE FOIS DEPUIS 7 JOURS": Vous écrivez le nombre de fois que vous et votre conjoint-e avez réalisé l'activité mentionnée depuis 7 jours (en comptant aujourd'hui). Vous inscrivez donc 2 réponses: la première dans la case "JE" (soit votre propre fréquence) et la seconde dans la case "L'AUTRE" (soit la fréquence que vous attribuez à votre conjoint-e). Faites-le au meilleur de votre connaissance ET SANS VOUS CONSULTER.
2. "IDÉALEMENT POUR VOUS": À partir des nombres inscrits en 1, évaluez si vous trouvez ce partage satisfaisant. Si OUI, ré-inscrivez ces mêmes nombres en 2. Dans le cas contraire, indiquez comment devraient, selon vous, être réparties ces fréquences entre vous et votre conjoint-e (idéalement).
3. "NE S'APPLIQUE PAS": Si une activité ne s'est pas produite dans votre famille au cours des 7 derniers jours, cochez la case "ne s'applique pas".

**VOICI UN EXEMPLE**

<u>Faire le lit</u>	<b>Je</b>	<b>L'autre</b>
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas	—	

En 1, le chiffre 4 correspond au nombre de fois ou VOUS avez fait le lit et le chiffre 3 indique le nombre de fois que votre CONJOINT a exécuté cette tâche.

En 2, le chiffre 2 représente le nombre de fois que vous souhaiteriez IDÉALEMENT effectuer cette tâche et le chiffre 5 réfère au nombre de fois que vous souhaiteriez IDÉALEMENT que votre conjoint exerce cette tâche.

En 3, on coche si l'activité NE S'EST PAS PRODUITE dans votre famille au cours des 7 derniers jours.

1. Faire le lavage

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

2. Préparer le souper

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

3. Faire le lit

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

4. Laver la salle de bain

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

5. Faire la vaisselle et nettoyer après le souper

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

6. S'occuper des comptes à payer

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

7. Faire l'épicerie

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

8. Sortir les poubelles

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

9. Faire le repassage/ le pressage.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

10. Passer l'aspirateur/ le balai.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

11. Changer les couches

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

12. Nourrir l'enfant

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

13. Baigner, laver l'enfant.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

14. Se lever la nuit pour l'enfant.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

15. Préparer les biberons.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

16. Habiller/changer de vêtement l'enfant

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	---	---
2. Idéalement pour vous	---	---
3. Ne s'applique pas	---	

**QUESTIONNAIRE D'AUTO-ENREGISTREMENT DU PARTAGE DES TACHES**  
(PPN et ATS 8 mois)

Il sera ici question du partage des tâches quotidiennes avec votre conjoint-e. Pour chacune des tâches énumérées dans les pages suivantes, vous devez répondre de 2 façons différentes:

1. "NOMBRE DE FOIS DEPUIS 7 JOURS": Vous écrivez le nombre de fois que vous et votre conjoint-e avez réalisé l'activité mentionnée depuis 7 jours (en comptant aujourd'hui). Vous inscrivez donc 2 réponses: la première dans la case "JE" (soit votre propre fréquence) et la seconde dans la case "L'AUTRE" (soit la fréquence que vous attribuez à votre conjoint-e). Faites-le au meilleur de votre connaissance ET SANS VOUS CONSULTER.
2. "IDÉALEMENT POUR VOUS": A partir des nombres inscrits en 1, évaluez si vous trouvez ce partage satisfaisant. Si OUI, ré-inscrivez ces mêmes nombres en 2. Dans le cas contraire, indiquez comment devraient, selon vous, être réparties ces fréquences entre vous et votre conjoint-e (idéalement).
3. "NE S'APPLIQUE PAS": Si une activité ne s'est pas produite dans votre famille au cours des 7 derniers jours, cochez la case "ne s'applique pas".

**VOICI UN EXEMPLE**

<u>Faire le lit</u>	<b>Je</b>	<b>L'autre</b>
1. Nombre de fois depuis 7 jours	4	3
2. Idéalement pour vous	2	5
3. Ne s'applique pas	<input checked="" type="checkbox"/>	

En 1, le chiffre 4 correspond au nombre de fois ou VOUS avez fait le lit et le chiffre 3 indique le nombre de fois que votre CONJOINT a exécuté cette tâche.

En 2, le chiffre 2 représente le nombre de fois que vous souhaiteriez IDÉALEMENT effectuer cette tâche et le chiffre 5 réfère au nombre de fois que vous souhaiteriez IDÉALEMENT que votre conjoint exerce cette tâche.

En 3, on coche si l'activité NE S'EST PAS PRODUITE dans votre famille au cours des 7 derniers jours.

1. Faire le lavage

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas	—	

2. Préparer le souper

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas		—

3. Faire le lit

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas	—	

4. Laver la salle de bain

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas		—

5. Faire la vaisselle et nettoyer après le souper

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas	—	

6. S'occuper des comptes à payer.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas		—

7. Faire l'épicerie

Je L'autre

- |                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| 1. Nombre de fois<br>depuis 7 jours | — | — |
| 2. Idéalement<br>pour vous          | — | — |
| 3. Ne s'applique pas                | — |   |

8. Sortir les poubelles

Je L'autre

- |                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| 1. Nombre de fois<br>depuis 7 jours | — | — |
| 2. Idéalement<br>pour vous          | — | — |
| 3. Ne s'applique pas                |   | — |

9. Faire le repassage/  
pressage.

Je L'autre

- |                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| 1. Nombre de fois<br>depuis 7 jours | — | — |
| 2. Idéalement<br>pour vous          | — | — |
| 3. Ne s'applique pas                | — |   |

10. Passer l'aspirateur/  
balai.

Je L'autre

- |                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| 1. Nombre de fois<br>depuis 7 jours | — | — |
| 2. Idéalement<br>pour vous          | — | — |
| 3. Ne s'applique pas                |   | — |

11. Changer les couches.

Je L'autre

- |                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| 1. Nombre de fois<br>depuis 7 jours | — | — |
| 2. Idéalement<br>pour vous          | — | — |
| 3. Ne s'applique pas                | — |   |

12. Nourrir l'enfant.

Je L'autre

- |                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| 1. Nombre de fois<br>depuis 7 jours | — | — |
| 2. Idéalement<br>pour vous          | — | — |
| 3. Ne s'applique pas                |   | — |

13. Baigner, laver l'enfant.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas	—	

14. Se lever la nuit pour l'enfant.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas		—

15. Préparer les biberons.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas	—	

16. Habiller/changer de vêtement l'enfant

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas		—

17. Ramasser les jouets

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas	—	

18. Coucher l'enfant le soir.

	Je	L'autre
1. Nombre de fois depuis 7 jours	—	—
2. Idéalement pour vous	—	—
3. Ne s'applique pas.		—

**ANNEXE F: MESURE DE PRÉOCCUPATIONS LIÉES AUX STRESSEURS**

### LISTE DES PRÉOCCUPATIONS (ATS 1 MOIS)

Pour chaque item, encerclez le chiffre de 1 à 8 qui indique jusqu'à quel point cette situation est préoccupante pour vous.

Les chiffres 1 à 8 signifient:

1	2	3	4	5	6	7	8
pas du tout	un peu	plutôt	assez	moyenne- ment	passable- ment	beaucoup	extrême- ment

**ACTUELLEMENT, jusqu'à quel point êtes-vous préoccupé-e par:**

- |                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Des difficultés de transport (en auto ou autobus):<br>trafic, dépendance, transport peu fiable, peu<br>accommodant.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2. La violence à la maison.                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3. Le sentiment de vieillir trop vite, "le temps qui file".                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 4. Des démêlés administratifs avec le gouvernement<br>(impôt ou ass.-chômage ou justice, etc.).                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 5. Avoir souvent à attendre (après quelqu'un ou quelque<br>chose), ou de fréquentes longues files d'attente, ou<br>l'attente de réponses importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 6. Subir des injustices répétées.                                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 7. Le fait de vous lever souvent la nuit pour le bébé.                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8. Des problèmes reliés à l'allaitement maternel ou aux<br>boires: quantité de lait, nombre de boires, mode<br>d'allaitement.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9. Des mésententes avec le-la conjoint-e concernant<br>la répartition des tâches.                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 10. La charge d'être seul-e pour assumer la responsabi-<br>lité ou les besoins financiers de la famille.                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 11. Des problèmes particuliers de santé ou<br>l'hospitalisation du bébé.                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 12. Les problèmes digestifs du bébé: constipation,<br>diarrhée, regurgitation, vomissement.                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 13. L'intelligence du bébé.                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

- |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. Le fait que le bébé refuse ou ait de la difficulté à boire, téter ou avaler.                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 15. La croissance physique du bébé, s'il grandit trop ou pas assez.                                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 16. La sécurité du bébé: peur qu'il s'étouffe, se blesse, cesse de respirer, qu'il tombe, etc.                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 17. Les cris et les pleurs du bébé.                                                                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 18. Des problèmes de santé physique ou mentale pour vous ou votre conjoint-e.                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 19. Le manque de moments de repos ou de détente.                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 20. Une perte d'autonomie ou des changements dans votre style de vie depuis la naissance de l'enfant: travail, vie sociale, loisirs, magasinage, vacances, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 21. Le fait d'interrompre souvent vos activités pour répondre aux besoins du bébé.                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 22. Le fait que le bébé ou le-la conjoint-e dépende constamment de vous.                                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 23. Le manque de temps pour la quantité de choses à faire.                                                                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 24. Des difficultés financières: budget serré, irrégularité des revenus, dettes, dépenses imprévues, coûts pour faire garder, etc.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 25. La difficulté de trouver quelqu'un pour garder le bébé.                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 26. La qualité des soins dispensés par la personne qui garde le bébé.                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 27. L'absence de personnes disponibles lorsque vous êtes surchargé-e ou fatigué-e, lorsque vous avez besoin d'aide.                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 28. Des conflits avec votre parenté, vos amis, vos voisins.                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 29. Les comparaisons que vous faites ou que les gens font entre votre bébé et ceux du même âge.                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 30. Le fait de devoir planifier vos sorties en fonction de la routine du bébé (boires, sommeil, etc.).                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

- |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31. Le manque de renseignements ou des informations contradictoires sur des questions liées au bébé:quoi faire en cas d'urgence, les soins, la routine du bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 32. Votre manque d'expérience ou de savoir faire pour assumer votre rôle de parent.                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 33. Une difficulté à décoder les besoins du bébé: comprendre ses cris, ses pleurs, ses grimaces.                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 34. L'avenir du bébé.                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 35. Le manque de compréhension ou d'attention de votre conjoint-e à votre égard.                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 36. Un divorce ou une séparation                                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 37. Le manque d'attachement que vous ressentez envers votre bébé.                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 38. La crainte de manquer des étapes importantes dans le développement du bébé en retournant au travail.                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 39. La difficulté de concilier votre nouveau rôle de parent et votre travail.                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 40. Votre travail.                                                                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 41. Les effets du retour au travail du père ou de la mère sur le bébé.                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 42. Un déménagement.                                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

## LISTE DES PRÉOCCUPATIONS (PPN 1 MOIS CORRIGÉ)

Pour **chaque** item, **encerclez** le chiffre de 1 à 8 qui indique jusqu'à quel point cette situation est préoccupante pour vous.

Les chiffres 1 à 8 signifient:

1	2	3	4	5	6	7	8
pas du tout	un peu	plutôt	assez	moyenne- ment	passable- ment	beaucoup	extrême- ment

**ACTUELLEMENT, jusqu'à quel point êtes-vous préoccupé-e par:**

- |                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Des difficultés de transport (en auto ou autobus):<br>trafic, dépendance, transport peu fiable, peu<br>accommodant.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2. La violence à la maison.                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3. Le sentiment de vieillir trop vite, "le temps qui file".                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 4. Des démêlés administratifs avec le gouvernement<br>(impôt ou ass.-chômage ou justice, etc.).                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 5. Avoir souvent à attendre (après quelqu'un ou quelque<br>chose), ou de fréquentes longues files d'attente, ou<br>l'attente de réponses importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 6. Subir des injustices répétées.                                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 7. Les risques (réels ou non) de décès du bébé: la peur<br>que son coeur cesse de battre (bradycardie) ou qu'il<br>y ait d'autres complications.      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8. Des problèmes reliés à l'allaitement maternel ou aux<br>boires: quantité de lait, nombre de boires, mode<br>d'allaitement.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9. Des mésententes avec le-la conjoint-e concernant<br>la répartition des tâches.                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 10. La charge d'être seul-e pour assumer la responsabi-<br>lité ou les besoins financiers de la famille.                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 11. Des problèmes particuliers de santé ou<br>l'hospitalisation du bébé.                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 12. Le fait que le bébé refuse ou ait de la difficulté à<br>boire, téter ou avaler.                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

- |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. La croissance physique du bébé, s'il ne grandit pas assez.                                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 14. La sécurité du bébé: peur qu'il s'étouffe, se blesse, cesse de respirer, qu'il tombe, etc.                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 15. Les cris et les pleurs du bébé.                                                                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 16. Des problèmes de santé physique ou mentale pour vous ou votre conjoint-e.                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 17. Le manque de moments de repos ou de détente.                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 18. Une perte d'autonomie ou des changements dans votre style de vie depuis la naissance de l'enfant: travail, vie sociale, loisirs, magasinage, vacances, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 19. Des difficultés financières: budget serré, irrégularité des revenus, dettes, dépenses imprévues, coûts pour faire garder, etc.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 20. L'absence de personnes disponibles lorsque vous êtes surchargé-e ou fatigué-e, lorsque vous avez besoin d'aide.                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 21. Des conflits avec votre parenté, vos amis, vos voisins.                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 22. Les comparaisons que vous faites ou que les gens font entre votre bébé et ceux du même âge.                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 23. Une difficulté à décoder les besoins du bébé: comprendre ses cris, ses pleurs, ses grimaces.                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 24. L'avenir du bébé.                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 25. Le manque de compréhension ou d'attention de votre conjoint-e à votre égard.                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 26. La façon dont votre conjoint-e vit la situation.                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 27. Un divorce ou une séparation                                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 28. La crainte de manquer des étapes importantes dans le développement du bébé en retournant au travail.                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 29. La difficulté de concilier votre nouveau rôle de parent et votre travail.                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 30. La petitesse du bébé.                                                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 31. La fragilité du bébé.                                                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

- |                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 32. Le poids du bébé, s'il ne prend pas assez de poids.                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 33. Le risque de séquelles physiques (handicaps légers ou majeurs) chez le bébé.                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 34. Le risque de séquelles intellectuelles chez le bébé.                                                                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 35. Le peu de réactions du bébé envers son entourage.                                                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 36. L'idée que votre enfant est différent des autres enfants du même âge.                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 37. Le fait que les professionnels vous transmettent de l'information que vous comprenez difficilement ou qu'ils ne répondent pas clairement à vos questions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 38. Le fait d'être coupé-e subitement du personnel hospitalier au retour du bébé à la maison.                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 39. Le manque de ressources ou de support externe après l'hospitalisation.                                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 40. Les effets du retour au travail du père ou de la mère sur le bébé.                                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 41. La peur qu'il arrive quelque chose au bébé durant son sommeil.                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 42. Le fait de devoir donner des médicaments ou d'autres soins médicaux au bébé.                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 43. Le fait de vous lever souvent la nuit pour le bébé.                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 44. Les problèmes digestifs du bébé: constipation, diarrhée, regurgitation, vomissement.                                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 45. Les coliques du bébé.                                                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 46. Le fait d'interrompre souvent vos activités pour répondre aux besoins du bébé.                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 47. Le fait que le bébé ou le-la conjoint-e dépende constamment de vous.                                                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 48. Le manque de temps pour la quantité de choses à faire.                                                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 49. Un déménagement.                                                                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 50. Le fait que le bébé soit différent de ce que vous aviez imaginés.                                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

- |                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51. Entendre les autres parler des comportements et des réussites de leur enfant.                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 52. Le manque de renseignements ou des informations contradictoires sur des questions liées au bébé: quoi faire en cas d'urgence, les soins, la routine du bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 53. Votre manque d'expérience ou de savoir-faire pour assumer votre rôle de parent.                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 54. Le manque d'attachement que vous ressentez envers votre bébé.                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 55. Votre travail.                                                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

plc

### LISTE DES PRÉOCCUPATIONS (ATS 8 MOIS)

Pour **chaque** item, **encerclez** le chiffre de 1 à 8 qui indique jusqu'à quel point cette situation est préoccupante pour vous.

Les chiffres 1 à 8 signifient:

1	2	3	4	5	6	7	8
pas du tout	un peu	plutôt	assez	moyenne-ment	passable-beaucoup	beaucoup	extrêmement

**ACTUELLEMENT, jusqu'à quel point êtes-vous préoccupé-e par:**

- |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Des difficultés de transport (en auto ou autobus): trafic, dépendance, transport peu fiable, peu accommodant.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2. La violence à la maison.                                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3. Le sentiment de vieillir trop vite, "le temps qui file".                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 4. Des démêlés administratifs avec le gouvernement (impôt ou ass.-chômage ou justice, etc.).                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 5. Avoir souvent à attendre (après quelqu'un ou quelque chose), ou de fréquentes longues files d'attente, ou l'attente de réponses importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 6. Subir des injustices répétées.                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 7. Le fait de vous lever souvent la nuit pour le bébé.                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8. Des problèmes reliés à l'alimentation: quantité et choix des aliments, appétit de l'enfant, difficulté à mastiquer et à mâcher.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9. Des mésententes avec le-la conjoint-e concernant la répartition des tâches.                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 10. La charge d'être seul-e pour assumer la responsabilité ou les besoins financiers de la famille.                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 11. Des problèmes particuliers de santé ou l'hospitalisation de l'enfant.                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 12. Les problèmes digestifs de l'enfant: constipation, diarrhée, regurgitation, vomissement.                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 13. L'intelligence de l'enfant.                                                                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

- |     |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. | Le fait que l'enfant refuse ou ait de la difficulté à boire, téter ou avaler.                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 15. | La croissance physique de l'enfant, s'il grandit trop ou pas assez.                                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 16. | La sécurité de l'enfant peur qu'il s'étouffe, se blesse, cesse de respirer, qu'il tombe, etc.                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 17. | Les cris et les pleurs de l'enfant.                                                                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 18. | Des problèmes de santé physique ou mentale pour vous ou votre conjoint-e.                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 19. | Le manque de moments de repos ou de détente.                                                                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 20. | Une perte d'autonomie ou des changements dans votre style de vie depuis la naissance de l'enfant: travail, vie sociale, loisirs, magasinage, vacances, etc.     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 21. | Le manque de temps pour la quantité de choses à faire.                                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 22. | Des difficultés financières: budget serré, irrégularité des revenus, dettes, dépenses imprévues, coûts pour faire garder, etc.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 23. | La qualité des soins dispensés par la personne qui garde l'enfant.                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 24. | La difficulté de trouver quelqu'un pour garder l'enfant                                                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 25. | L'absence de personnes disponibles lorsque vous êtes surchargé-e ou fatigué-e, lorsque vous avez besoin d'aide.                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 26. | Des conflits avec votre parenté, vos amis, vos voisins.                                                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 27. | Les comparaisons que vous faites ou que les gens font entre votre enfant et ceux du même âge.                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 28. | Le fait de devoir planifier vos sorties en fonction de la routine de l'enfant (boires, sommeil, etc.).                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 29. | Le manque de renseignements ou des informations contradictoires sur des questions liées à l'enfant: quoi faire en cas d'urgence, les soins, la routine du bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 30. | Votre manque d'expérience ou de savoir faire pour assumer votre rôle de parent.                                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 31. | Une difficulté à décoder les besoins de l'enfant: comprendre ses cris, ses pleurs, ses grimaces.                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

- |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 32. L'avenir de l'enfant.                                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 33. Le manque de compréhension ou d'attention de votre conjoint-e à votre égard.                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 34. Un divorce ou une séparation                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 35. Le manque d'attachement que vous ressentez envers votre enfant.                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 36. Votre environnement physique, qu'il soit sécuritaire pour vous et l'enfant et adapté à vos besoins (escaliers, température, espace, bruit). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 37. La crainte de manquer des étapes importantes dans le développement de l'enfant en retournant au travail.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 38. Votre travail.                                                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 39. La difficulté de concilier votre nouveau rôle de parent et votre travail.                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 40. Les effets du retour au travail du père ou de la mère sur l'enfant.                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 41. Les réactions de l'enfant, sa façon de répondre aux stimulations de l'entourage.                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 42. La peur de perdre patience envers l'enfant.                                                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 43. Votre sécurité d'emploi: peur de perdre votre emploi actuel ou de ne pas vous trouver un nouvel emploi.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 44. Les réactions de l'enfant lorsque vous le faites garder: ses cris, ses pleurs, son manque de sommeil.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 45. Les comportements d'exploration de l'enfant: agripper les objets, fouiller partout, tout faire tomber.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 46. Le fait que l'enfant ne dorme pas toutes ses nuits.                                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 47. Un déménagement.                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 48. Les heures turbulentes de repas.                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 49. La façon dont l'enfant réagit aux étrangers, aux visiteurs.                                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 50. La forme d'éducation à donner à l'enfant.                                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 51. Le fait d'interrompre souvent vos activités pour répondre aux besoins de l'enfant.                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

## LISTE DE PRÉOCCUPATIONS (PRÉMATURÉS 8 MOIS CORRIGÉS)

Pour chaque item, encerclez le chiffre de 1 à 8 qui indique jusqu'à quel point cette situation est préoccupante pour vous.

Les chiffres 1 à 8 signifient:

1	2	3	4	5	6	7	8
pas du tout	un peu	plutôt	assez	moyenne- ment	passable- ment	beaucoup	extrême- ment

**ACTUELLEMENT, jusqu'à quel point êtes-vous préoccupé-e par:**

- |                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Des difficultés de transport (en auto ou autobus):<br>trafic, dépendance, transport peu fiable, peu<br>accommodant.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2. La violence à la maison.                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3. Le sentiment de vieillir trop vite, "le temps qui file".                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 4. Des démêlés administratifs avec le gouvernement<br>(impôt ou ass.-chômage ou justice, etc.).                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 5. Avoir souvent à attendre (après quelqu'un ou quelque<br>chose), ou de fréquentes longues files d'attente, ou<br>l'attente de réponses importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 6. Subir des injustices répétées.                                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 7. Des mésententes avec le-la conjoint-e concernant<br>la répartition des tâches.                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8. La charge d'être seul-e pour assumer la responsabi-<br>lité ou les besoins financiers de la famille.                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9. Des problèmes particuliers de santé ou<br>l'hospitalisation du bébé.                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 10. Le fait que le bébé refuse ou ait de la difficulté à<br>manger, boire, téter ou avaler.                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 11. La croissance physique du bébé, s'il ne grandit pas<br>assez.                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 12. La sécurité du bébé: peur qu'il s'étouffe, se blesse,<br>cesse de respirer, qu'il tombe, etc.                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 13. Les cris et les pleurs du bébé.                                                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

- |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. Des problèmes de santé physique ou mentale pour vous ou votre conjoint-e.                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 15. Le manque de moments de repos ou de détente.                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 16. Une perte d'autonomie ou des changements dans votre style de vie depuis la naissance de l'enfant: travail, vie sociale, loisirs, magasinage, vacances, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 17. Des difficultés financières: budget serré, irrégularité des revenus, dettes, dépenses imprévues, coûts pour faire garder, etc.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 18. L'absence de personnes disponibles lorsque vous êtes surchargé-e ou fatigué-e, lorsque vous avez besoin d'aide.                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 19. Des conflits avec votre parenté, vos amis, vos voisins.                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 20. Les comparaisons que vous faites ou que les gens font entre votre bébé et ceux du même âge.                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 21. Une difficulté à décoder les besoins du bébé: comprendre ses cris, ses pleurs, ses grimaces.                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 22. L'avenir du bébé.                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 23. Le manque de compréhension ou d'attention de votre conjoint-e à votre égard.                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 24. Un divorce ou une séparation                                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 25. La crainte de manquer des étapes importantes dans le développement du bébé en retournant au travail.                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 26. La difficulté de concilier votre nouveau rôle de parent et votre travail.                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 27. Le risque de séquelles physiques (handicaps légers ou majeurs) chez l'enfant.                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 28. Le risque de séquelles intellectuelles chez l'enfant                                                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 29. Le peu de réactions de l'enfant envers son entourage.                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 30. Les effets du retour au travail du père ou de la mère sur l'enfant.                                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 31. Le fait de vous lever souvent la nuit pour l'enfant.                                                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 32. Les problèmes digestifs de l'enfant: constipation,                                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

diarrhée, regurgitation, vomissement.

- |                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 33. Le manque de temps pour la quantité de choses à faire.                                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 34. La difficulté de trouver quelqu'un pour garder l'enfant.1                                                                                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |   |
| 35. La qualité des soins dispensés par la personne qui garde l'enfant.                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 36. Le manque de renseignements ou des informations contradictoires sur des questions liées au bébé: quoi faire en cas d'urgence, les soins, la routine de l'enfant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 37. Votre manque d'expérience ou de savoir-faire pour assumer votre rôle de parent.                                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 38. Le manque d'attachement que vous ressentez envers votre bébé.                                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 39. La difficulté à coucher l'enfant.                                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 40. Des problèmes reliés à l'alimentation: la quantité et le choix des aliments, l'appétit de l'enfant, la difficulté à mastiquer et à mâcher.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 41. Le développement mental de l'enfant.                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 42. Le fait que l'enfant n'émette pas assez de sons.                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 43. Les habiletés motrices de l'enfant: son tonus, sa capacité à se déplacer, se tenir droit, etc..                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 44. Les réactions de l'enfant, sa façon de répondre aux stimulations de l'entourage.                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 45. Le fait de devoir planifier vos sorties en fonction de la routine de l'enfant (repas, sommeil, etc.).                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 46. La peur de perdre patience envers l'enfant.                                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 47. Votre sécurité d'emploi: la peur de perdre votre emploi actuel ou de ne pas vous trouver un nouvel emploi.                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 48. Les réactions de l'enfant lorsque vous le faites garder: ses cris, ses pleurs, son manque de sommeil.                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 49. Les comportements d'exploration de l'enfant: agripper les objets, fouiller partout, tout faire tomber.                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 50. Le fait que l'enfant ne dorme pas toutes ses nuits.                                                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

- |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51. Un déménagement.                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 52. Votre environnement physique: qu'il soit sécuritaire pour vous et l'enfant et adapté à vos besoins (escaliers, température, espace, bruit). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 53. Les heures turbulentes de repas.                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 54. La façon dont l'enfant réagit aux étrangers, aux visiteurs.                                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 55. La forme d'éducation à donner à l'enfant.                                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 56. Votre travail.                                                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |