

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TRANSITION À LA PARENTALITÉ EN CONTEXTE DE NAISSANCE  
PRÉMATURÉE : LE POINT DE VUE DES PARENTS SUR LEUR VIE  
CONJUGALE ET COPARENTALE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

IMEN BHAR

MARS 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Durant ma maîtrise en sexologie, mon expérience a été enrichissante grâce à l'aide et le soutien de plusieurs personnes qui m'ont permis d'avancer et évoluer professionnellement et personnellement. Je tiens à remercier toutes ces personnes et à leur exprimer ma reconnaissance.

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de recherche, Sylvie Lévesque qui m'a donné cette opportunité d'accomplir cette maîtrise en sexologie. Je la remercie du fond du cœur pour ses encouragements et ses conseils qui m'ont accompagné durant chaque étape de ce long processus. Grâce à sa confiance, sa patience et son intérêt, j'ai appris à être autonome et à vouloir repousser mes limites. Son accompagnement constant, sa rigueur et son expertise ont rendu cette maîtrise enrichissante tant sur le plan professionnel que personnel.

Je tiens aussi à remercier les six couples participants à cette étude de m'avoir donné la permission d'explorer leur expérience de naissance prématurée. Leur participation représente le cœur de cette maîtrise. Je les remercie pour leur intérêt, leur générosité et leur sincérité qui ont marqué ce projet.

Je tiens à exprimer ma gratitude à tous.tes mes ami.es et collègues à l'UQAM pour leurs soutien, écoute et intérêts constants. Un merci particulier à Gabrielle, Roxanne, Sophie, Mélissa, Maude et Arnaud qui m'ont aidé à avancer avec confiance et à ventiler par moment en m'écoutant et en me rassurant. Leur aide précieuse, leur solidarité et leur encouragement ont fait une grande différence dans mon parcours.

Je souhaite également remercier les membres de ma petite famille, particulièrement mon conjoint pour son amour et soutien constants tout au long de cette maîtrise ainsi que ceux de ma famille élargie, spécifiquement mes parents Basma et Jamel pour leur présence continue. Je tiens également à remercier particulièrement mon oncle Monem pour son support et ses encouragements.

Mes remerciements les plus vifs s'adressent également à tous.les les membres de jury qui ont accepté de juger ce travail, qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

Enfin, je remercie tous.tes ceux m'ayant aidé tout au long de mes études ainsi que ceux qui ont aidé à la contribution de ce projet.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
RÉSUMÉ .....	x
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	3
CHAPITRE II ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	6
2.1 Répercussions de la TàP sur la relation conjugale.....	7
2.2 Répercussions de la TàP en contexte de naissance prématurée sur la relation conjugale .....	9
2.3 Répercussions associées et mécanismes d'adaptation en contexte de la TàP prématurée.....	11
2.3.1 Problématique de deuil et de perte .....	12
2.3.2 Dépression, trauma et stress post-traumatique.....	13
2.3.3 Mécanismes d'adaptation.....	14
2.4 Construction des rôles et identités parentaux et coparentage en contexte de naissance prématurée .....	16
CHAPITRE III CADRE CONCEPTUEL.....	26
3.1 Théorie de la transition .....	26
3.2 Théorie de la résilience .....	28
3.3 Apport du cadre conceptuel au projet de recherche.....	30
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE.....	32
4.1 Approche théorique .....	32
4.2 Critères d'inclusion.....	33

4.3	Recrutement des couples participants.....	34
4.4	Déroulement des entrevues.....	35
4.5	Analyse des données.....	35
4.6	Considérations éthiques.....	36
4.7	Profil des participant.e.s .....	37
CHAPITRE V Résultats.....		39
5.1	Le déroulement de la grossesse : une période grandement appréciée, en dépit de sa courte durée .....	41
5.1.1	Un désir et une décision partagée quant à la parentalité .....	41
5.1.2	La grossesse est grandement appréciée.....	42
5.2	La survenue de la naissance prématurée génère une déception et un choc .....	43
5.2.1	Renoncer au plan d'accouchement : une histoire vécue comme un deuil 44	
5.2.2	La séparation rapide et précoce du bébé est ressentie comme une dépossession corporelle.....	45
5.2.3	L'imprévisibilité de l'accouchement contribue à lui donner un sens d'évènement traumatisant .....	46
5.2.4	En dépit de tout, l'accouchement est aussi un moment de joie.....	46
5.2.5	Le caractère non planifié de l'accouchement fait vivre une sensation d'irréalité aux parents.....	47
5.2.6	Un choc et un traumatisme vécus et interprétés différemment .....	48
5.2.7	Sortir de l'hôpital sans bébé : avoir le ventre et les bras vides .....	49
5.2.8	Une remise en question et un sentiment d'injustice motivés par le retour à la maison sans bébé.....	50
5.3	L'hospitalisation du bébé : un accès à une parentalité abstraite et incomplète, partagée avec le personnel médical.....	52
5.3.1	La première rencontre avec le bébé : un mélange de choc et de joie.....	52
5.3.2	L'hospitalisation du bébé : une balade en montagnes russes.....	53
5.3.3	Déni de l'accouchement et impuissance : se sentir spectateur.....	54
5.3.4	La présence du personnel médical ressenti comme un baume pendant cette période difficile .....	55
5.3.5	Se forger une identité parentale forte nécessite le déploiement de diverses stratégies.....	56
5.3.6	Surmonter l'épreuve : mécanismes d'adaptation déployés.....	58
5.4	Retour à la maison : la concrétisation des rôles parentaux par la négociation du partage des tâches.....	62

5.4.1	Sortir de l'hôpital et être remplie de joie et de stress .....	62
5.4.2	Passer de l'hôpital à la maison : sentiment d'insécurité .....	63
5.4.3	La fragilité du bébé prématuré génère une tendance des parents à le surprotéger .....	63
5.4.4	Négociation du partage des tâches liées au bébé .....	64
5.4.5	Persistance de la prématurité : des parents qui restent « prématurés » ...	64
5.5	Changements conjugaux et sexuels : une vie de couple mise à l'épreuve et une sexualité moins fréquente et plus mature .....	67
5.5.1	La naissance prématurée affecte la conjugalité.....	67
5.5.2	Une baisse de la fréquence sans augmentation d'insatisfaction : la sexualité suite à la naissance prématurée .....	70
CHAPITRE VI Discussion .....		73
6.1	Une grossesse désirée et appréciée .....	73
6.2	La naissance prématurée.....	75
6.3	L'hospitalisation du bébé.....	76
6.3.1	Coparentalité .....	78
6.4	Retour à la maison .....	79
6.5	Vie conjugale.....	81
6.6	Vie sexuelle .....	81
6.7	Implications pratiques.....	82
6.8	Limites de l'étude .....	84
6.9	Recommandations pour les recherches futures.....	85
CONCLUSION.....		86
APPENDICE A Affiche de recrutement.....		89
APPENDICE B Formulaire de consentement .....		90
APPENDICE C Grille d'entretien .....		94
APPENDICE D Brochure de ressources d'aide.....		98
APPENDICE E Certificat éthique .....		100

APPENDICE F Vignettes ..... 101

RÉFÉRENCES..... 111



## LISTE DES FIGURES

Figure	Page
3.1 Représentation schématique des axes centraux de la théorie de la transition .....	28
5.1 Modèle théorique du processus de transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée .....	41

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
4.1 Tableau représentatif des caractéristiques de l'échantillon .....	39

## RÉSUMÉ

La naissance prématurée représente un phénomène qui touche un nombre considérable de parents : 7,4 % des naissances survenues entre 2000 et 2013 au Québec (Gouvernement du Canada, 2015). Les données scientifiques montrent que la naissance prématurée d'un enfant a des répercussions positives et négatives sur la vie conjugale des couples (Hebert, 2014), ce qui les mène à déployer des mécanismes d'adaptation afin de faire face à cet événement brusque (Hagen *et al.*, 2016; Watson, 2011). En effet, l'accouchement prématuré, défini comme une naissance survenant avant 37 semaines de gestation (OMS, 2015), entraîne une plus grande vulnérabilité des couples non seulement en regard de la relation conjugale, mais aussi en regard de la construction des identités parentales et d'engagement à l'enfant (Black *et al.*, 2009; Misund, 2016). Dans le cadre de ce projet de mémoire, nous cherchons à explorer comment la transition à la parentalité (TàP) est vécue en contexte de naissance prématurée. Le projet s'appuie sur la théorie de la transition (Meleis, 2010) et celle de la résilience (Van Breda, 2001). Six couples ayant eu un premier bébé prématuré ont été recrutés au Québec et ont participé à des entrevues de recherche dyadique semi-directive. Une analyse s'inspirant de la théorisation ancrée a permis de souligner les principaux éléments de la transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée. Un modèle théorique a ainsi été élaboré, permettant la mise en relation de l'appréciation de la grossesse par les couples participants et la déception suite à la naissance prématurée ainsi que les mécanismes d'adaptation et la persistance des répercussions de la naissance prématurée au retour à la maison. Globalement, ce projet de recherche a permis non seulement de relever l'importance du rôle du personnel médical en unité néonatale dans la prise en charge des couples avec un bébé prématuré, mais aussi de dégager des pistes d'interventions ciblant la TàP des nouveaux parents et l'amélioration de leur vie sexuelle après la naissance prématurée du bébé.

Mots-clés : transition à la parentalité, naissance prématurée, néonatalogie, bébé prématuré, recherche qualitative exploratoire

## INTRODUCTION

La transition à la parentalité est un sujet qui a intéressé de nombreux chercheurs et a généré plusieurs écrits scientifiques. Toutefois, le vécu de la transition à la parentalité est différent quand il s'agit de naissance prématurée, un événement inattendu qui touche un certain nombre de couples. Le présent mémoire s'intéresse à la manière dont le processus transitoire à la parentalité est vécu en contexte de naissance prématurée au Québec.

Ce mémoire comprend six chapitres. Le premier chapitre s'intéresse à la problématique des enjeux de la transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée et présente une question de recherche articulant les différents aspects de ces enjeux. Le deuxième chapitre présente l'état des connaissances portant sur quatre thèmes principaux, soit 1) les répercussions de la transition à la parentalité sur la relation conjugale, 2) les répercussions de la transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée sur la relation conjugale, 3) les répercussions associées et les mécanismes d'adaptation, et 4) la construction des rôles et des identités parentales en contexte de naissance prématurée.

Le troisième chapitre présente le cadre conceptuel privilégié, autrement dit les théories qui orientent et soutiennent ce projet de recherche soient la théorie de la transition et celle de la résilience. Quant au quatrième chapitre, il présente la méthodologie de ce projet de recherche, à travers une exposition de l'approche théorique utilisée, des critères d'inclusion appliqués dans le recrutement, la collecte des données, le déroulement des entrevues et l'analyse des données. Ensuite, des considérations éthiques ainsi que quelques limites sont indiquées, suivies de la présentation des profils

des couples participants. Le cinquième chapitre présente les résultats de ce projet de recherche. Ces résultats correspondent à cinq catégories conceptuelles desquelles découle un modèle théorique composé de quatre composantes. Le dernier chapitre présente une discussion des résultats en regard du cadre conceptuel et des écrits scientifiques recensés.

## CHAPITRE I

### PROBLÉMATIQUE

Présente dans 7,4 % des cas de naissances survenues entre 2000 et 2013 au Québec, la naissance prématurée est un phénomène qui touche conséquemment un nombre relativement important de parents (Gouvernement du Canada, 2015). Les données scientifiques montrent que la naissance prématurée d'un enfant a des répercussions tant positives que négatives sur la vie conjugale des couples (Hebert, 2014), les menant à déployer des mécanismes d'adaptation pour faire face à la situation (Hagen *et al.*, 2016; Watson, 2011).

Selon la littérature, cette forme particulière de transition à la parentalité (TàP) représente un passage précoce à une parentalité qui est aussi prématurée (Fenwick *et al.*, 2008; Lindberg, B. *et al.*, 2008; Taubman-Ben-Ari *et al.*, 2010). En effet, l'accouchement prématuré, défini comme une naissance survenant avant 37 semaines de gestation (OMS, 2015), entraîne une plus grande vulnérabilité des couples en regard de la relation conjugale, notamment au niveau du réaménagement de la relation de couple (Flacking *et al.*, 2006; Hagen *et al.*, 2016) ainsi que de la construction des identités parentales et d'engagement à l'enfant. Cette vulnérabilité accrue est associée à une exposition à des défis supplémentaires et des émotions intensifiées (Black *et al.*, 2009; Feldman et Eidelman, 2007; Misund, 2016; Nelson, 2003). Aussi, la naissance prématurée représente un défi pour la vie sexuelle du couple. En effet, étant donné l'environnement d'urgence de l'accouchement prématuré, la priorité est accordée à la santé du bébé, ce qui peut entraîner une déconnexion au niveau de la relation sexuelle du couple (Edwards *et al.*, 2016; Rowland *et al.*, 2019).

La majorité des travaux ayant documenté ce phénomène se sont intéressés aux expériences des femmes. Ces études ont pu montrer que les femmes ont plus de sentiments négatifs vis-à-vis de leur bébé né prématurément que celles ayant un bébé né à terme (Taubman-Ben-Ari *et al.*, 2010). Ainsi, certaines de ces femmes développent une forme de refus de leur bébé, ce qui génère des défis importants liés à l'attachement maternel (Hebert, 2014) et à la construction de l'identité et du rôle maternels (Noy *et al.*, 2015).

De plus, la naissance prématurée représente une plus grande responsabilité pour les parents comparativement à une naissance à terme étant donné l'état de santé du bébé qui implique souvent plus de soins. Ceci mène les parents à tenter de le surprotéger afin d'éviter une réadmission à l'hôpital, ce qui intensifie leur stress (Ionio *et al.*, 2016).

Nombreuses sont les études qui se sont intéressées à la TàP avec un bébé né à terme (Favez, 2013; Frascarolo-Moutinot *et al.*, 2009; Ravier et Pedinielli, 2015; Van Egeren, 2004). Cependant, à l'heure actuelle, malgré l'importance de la TàP en contexte de naissance prématurée, peu d'études se sont intéressées aux répercussions de la naissance prématurée sur la parentalité, la conjugalité et la sexualité (Black *et al.*, 2009; Hagen *et al.*, 2016; Hebert, 2014; Lindberg, I. *et al.*, 2008; Spielman et Taubman - Ben-Ari, 2009). Aussi, étant donné la différence entre l'expérience des parents avec bébés nés à terme et celle avec des bébés nés prématurément, il est impossible de transférer les résultats d'études effectuées sur la parentalité à terme à celle prématurée. Malgré la pertinence indéniable de ces travaux de recherche, ils restent cependant assez limités puisqu'ils visent principalement l'étude individuelle ou comparative des expériences émotionnelles et des stratégies d'adaptation, sans étudier les impacts de la naissance prématurée sur la vie conjugale. Ainsi, des questionnements persistent, limitant les connaissances des futurs parents à propos de leur TàP.

Conséquemment, en raison de ses répercussions spécifiques sur la parentalité, la sexualité et la conjugalité ainsi que les connaissances limitées dont nous disposons au

Québec à l'heure actuelle (Auger *et al.*, 2012; Martel *et al.*, 2016; Miszkurka *et al.*, 2012), la TàP en contexte de naissance prématurée se présente comme un sujet d'étude pertinent. En effet, ce projet est scientifiquement pertinent par sa contribution au développement des connaissances et à l'identification de pistes d'interventions ciblant la TàP des nouveaux parents. À terme, ces connaissances pourraient être utiles aux intervenants qui œuvrent auprès des parents en leur permettant de mieux comprendre l'impact de la naissance prématurée sur la vie conjugale, sexuelle et parentale.

En outre, il est indéniable que les questions existentielles que touche la prématurité telle que la mort, la survie et la parentalité suscitent un grand intérêt au sein de la communauté scientifique (McDonald *et al.*, 2014), mais il est aussi étonnant de constater que peu d'études ont cerné la transition à la parentalité en cas de naissance prématurée. Ce projet est donc hautement pertinent étant donné sa particularité et les connaissances limitées dont nous disposons au Québec à l'heure actuelle (Auger *et al.*, 2012; Martel *et al.*, 2016; Miszkurka *et al.*, 2012). D'un point de vue social, ce projet est pertinent vu qu'il met l'accent sur l'importance de fournir des services d'aide sociaux d'accompagnement des nouveaux parents dans leur passage prématuré à la parentalité.



## CHAPITRE II

### ÉTAT DES CONNAISSANCES

Les connaissances portant sur la transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée sont assez limitées. Les résultats des écrits scientifiques les plus pertinents seront étalés à travers les quatre thèmes suivants : 1) Répercussions de la TàP sur la relation conjugale, 2) Répercussions de la TàP en contexte de naissance prématurée sur la relation conjugale, 3) Répercussions associées et mécanismes d'adaptation en contexte de TàP prématurée et 4) Construction des rôles et identités parentaux en contexte de naissance prématurée.

La TàP est un phénomène multidimensionnel qui représente une transition développementale vécue par la plupart des individus, majoritairement à l'âge adulte (Harwood *et al.*, 2007) et un événement de vie majeur pouvant perturber la vie de couple (Doss *et al.*, 2009; Favez, 2013). En effet, le processus de la TàP se définit comme étant un premier passage du couple à la parentalité pouvant mener à des conséquences à la fois positives et négatives en termes de satisfaction conjugale et d'adaptation dyadique (Cavanaugh, 2006; Gameiro *et al.*, 2009; Osofsky *et al.*, 1985; Rossi, 1968). Les couples ont souvent des attentes optimistes quant à la parentalité, mais cette transition présente également plusieurs défis (Harwood *et al.*, 2007). Ces conséquences peuvent toucher différemment les mères et les pères (Cavanaugh, 2006).

## 2.1 Répercussions de la TàP sur la relation conjugale

La parentalité est un processus dynamique qui s'opère à travers les changements psychiques subis par les couples lors de leur TàP. Ce processus débutant pendant la grossesse représente une forme de crise identitaire chez les nouveaux parents (Ravier et Pedinielli, 2015).

La littérature a pu montrer que la naissance d'un premier enfant serait plus critique sur la relation conjugale que les naissances subséquentes, car elle implique un changement et un ajustement de la vie de couple (Gameiro *et al.*, 2009). En effet, la TàP provoquerait la construction d'une relation coparentale à travers le réaménagement de la relation de couple. Il s'agit d'un processus transformant la relation de couple en deux relations distinctes : une relation conjugale et une relation coparentale (Favez, 2013; Frascarolo-Moutinot *et al.*, 2009; Van Egeren, 2004). En outre, les travaux de Lawrence *et al.* (2007) concluent que la parentalité n'est pas un processus isolé, mais qu'il s'agit plutôt d'un événement venant incorporer ses défis au sein d'un processus relationnel dyadique changeant qui porte des idées préétablies de la parentalité.

Globalement, la naissance d'un enfant serait associée à la baisse de la satisfaction conjugale au sein du couple (Doss *et al.*, 2009; Frascarolo-Moutinot *et al.*, 2009). À cet effet, la TàP entraînerait un changement soudain du fonctionnement de la relation du couple ainsi qu'une baisse considérable du niveau de la satisfaction conjugale à cause de la mauvaise gestion du stress inhérent à la naissance du bébé. Selon plusieurs études, la baisse du niveau de satisfaction conjugale peut varier en fonction de plusieurs facteurs tels que le support psychologique fourni par le/la conjoint.e, le niveau d'évitement du ou de la conjoint.e ainsi que l'investissement émotionnel marquant l'engagement la relation (Kohn *et al.*, 2012). Selon certains auteurs, la qualité de la relation coparentale serait fortement liée à la qualité de vie conjugale avant la naissance du bébé (Frascarolo-Moutinot *et al.*, 2009; Van Egeren, 2004). Ainsi, l'insatisfaction

conjugale antérieure induirait une relation coparentale insatisfaisante. La baisse de la satisfaction conjugale est plus importante chez la mère (Elek *et al.*, 2003; Lawrence *et al.*, 2008; Twenge *et al.*, 2003; Waldron et Routh, 1981), du fait des changements physiques et hormonaux suite à l'accouchement et des fonctions de principale dispensatrice de soins au bébé (Cavanaugh, 2006; Kohn *et al.*, 2012). Dans ce contexte, Van Egeren (2004) a mené une étude évaluant les expériences des couples en matière de coparentalité et a montré que l'évaluation de la construction de la relation coparentale par les parents diffère selon le genre. En effet, les mères ont rapporté une plus grande insatisfaction de la relation coparentale au fil du temps à travers la négociation des rôles et des responsabilités parentaux, contrairement aux pères qui rapportaient des expériences continuellement positives. Toutefois, parmi les limites de cette étude on note la composition homogène de l'échantillon qui rend la généralisation des résultats difficile (Van Egeren, 2004).

La baisse de la satisfaction conjugale dans le couple peut être compensée par un niveau de de satisfaction élevée à l'égard du rôle parental (Lawrence et al., 2008). La façon dont les couples négocient cette transition, par exemple en partageant les tâches comparativement à un couple ayant de la difficulté à communiquer, contribue à expliquer l'écart dans la satisfaction conjugale 12 mois suivant la naissance de l'enfant. Ainsi, les couples ayant mis en place des stratégies de négociation de la TàP indiquent une satisfaction conjugale plus élevée. En effet, la TàP est accompagnée de plusieurs phénomènes (tels que les conflits conjugaux occasionnés par la difficulté d'horaires de travail, par la fatigue accumulée, par la recherche laborieuse des services de garde d'enfants appropriés, par la survenue d'une deuxième grossesse, ou par les problèmes dans la coordination des rôles et des tâches parentaux) qui intensifient le stress des couples, ce qui augmente le risque d'une baisse de la satisfaction conjugale.

## 2.2 Répercussions de la TàP en contexte de naissance prématurée sur la relation conjugale

Une naissance prématurée représente une rencontre entre des futurs parents et un bébé en survivance. Elle diffère en ce sens des rencontres usuelles entre des parents et leur nouveau-né. Les données scientifiques révèlent aussi que l'accouchement prématuré constitue une transition accélérée et inattendue à la parentalité et un événement traumatisant qui peut influencer la vie conjugale des parents (Black *et al.*, 2009; Hagen *et al.*, 2016). La transition à la parentalité serait donc plus difficile en cas de naissance prématurée, puisque cette dernière représente une situation difficile et soudaine à laquelle les parents ne sont pas préparés (Black *et al.*, 2009; Hagen *et al.*, 2016). La première difficulté correspond à l'interruption soudaine de la grossesse qui précipite le temps de devenir parent (Ravier et Pedinielli, 2015). Ces couples sont plus vulnérables face au maintien de la qualité de la relation conjugale que les couples ayant eu un enfant né à terme étant donné leur vécu affectif spécifique et le contexte stressant dans lequel ils ont vécu leur TàP (Black *et al.*, 2009; Hagen *et al.*, 2016; Hebert, 2014; Lindberg, I. *et al.*, 2008; Spielman et Taubman - Ben-Ari, 2009). Le milieu néonatal intensifierait le stress chez les parents de bébés prématurés comparativement aux parents de bébés nés à terme (Treyvaud, 2013).

Dans ce contexte, une étude quantitative menée auprès de 40 parents d'enfants nés prématurément a rapporté que ces parents vivent un niveau élevé de stress comparativement aux parents de bébés nés à terme (Spielman et Taubman - Ben-Ari, 2009). Selon une étude qualitative menée auprès de 10 couples américains, la naissance prématurée peut aussi mener les parents à comparer leur bébé aux bébés nés à terme (Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016). Cette comparaison génère un sentiment d'injustice chez les parents qui tente de comparer l'évolution du poids et de la santé de leur bébé à un bébé né à terme (Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016). L'étude de Kantrowitz-Gordon *et al.* (2016) a également montré que même la date de naissance corrigée du bébé

rappelle aux parents à chaque consultation médicale de suivi la prématurité du bébé et ainsi le décalage dans le développement physique, moteur et psychoaffectif de leur bébé comparativement au bébé né à terme. Aussi, selon plusieurs études, la naissance prématurée contribue à créer un sentiment de culpabilité chez la mère à cause de son échec à mener sa grossesse à terme (Druon, 2005; Ionio *et al.*, 2016; Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016; Rosati *et al.*, 2019). En outre, les mères se sentent plus coupables que les pères de l'état de santé de leur bébé prématuré (Ionio *et al.*, 2016). Ce sentiment de culpabilité est souvent mélangé à de la déception (Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016). Ionio *et al.* (2016) a montré que la culpabilité en contexte de naissance prématurée vient remplir la même fonction de réappropriation de l'événement traumatique choquant : plutôt être coupable que confronté à une réalité à laquelle ils sont impuissants. Cette réaction est liée à la peur momentanée d'affronter la situation choquante (Ionio *et al.*, 2016). Ce sentiment de culpabilité peut se manifester par la suite dans les comportements de surinvestissement et de surprotection du bébé (Ionio *et al.*, 2016). Plusieurs parents peuvent sacrifier leur carrière professionnelle et leurs autres activités pour ne s'occuper que du bien-être de leur bébé (Ionio *et al.*, 2016).

L'environnement médical intense de l'unité néonatale peut être difficile pour les parents de bébés prématurés. L'état de santé du bébé, qui impose la séparation du parent de son enfant, peut mener les parents à se sentir passifs, étant donné que les professionnels de la santé s'occupent du bébé. Ceci intensifie les sentiments de culpabilité, d'impuissance et d'anxiété chez les parents (Evans *et al.*, 2012). L'étude d'Ionio *et al.* (2016) a montré qu'un mois après la naissance prématurée de leur enfant, les mères pouvaient ressentir des sentiments négatifs et présenter des symptômes d'anxiété et de dépression. Aussi, les parents de bébés prématurés sont plus susceptibles d'éprouver un sentiment de colère et sont plus fatigués comparativement aux parents de bébés nés à terme (Ionio *et al.*, 2016). Bien qu'il existe peu d'études qui s'intéressent à la perspective des pères en contexte de naissance prématurée, il a été montré que les pères ont plus de sentiment de colère et sont plus effrayés que les mères (Lindberg, I. *et al.*, 2008).

Globalement, les rares résultats des études ayant ciblé les répercussions d'une TàP en contexte de naissance prématurée sur le plan conjugal ne s'accordent pas. En effet, l'étude de Lindberg, B. *et al.* (2008) menée auprès de 8 pères de bébés prématurés rapporte que le passage par cette épreuve difficile solidifie la relation conjugale, alors que celles de Noy *et al.* (2015) menées auprès de 64 mères de jumeaux prématurés, 75 mères de bébés prématurés et 75 mères de bébés nés à terme rapportent plutôt une diminution de la satisfaction conjugale à la suite de la naissance prématurée pour les deux groupes de mères de bébés prématurés. Contrairement à la présente étude, ces deux articles s'intéressent à l'expérience de la naissance prématurée soit du côté paternel, soit du côté maternel sans documenter l'expérience coparentale et conjugale.

Selon Lasiuk *et al.* (2013), la naissance prématurée est un événement brusque qui vient détruire les attentes des parents en ce qui concerne l'accès à la parentalité. En ce sens, contrairement à une grossesse menée à terme dans laquelle la maturation biologique du bébé donne aux parents le temps d'effectuer un processus émotionnel les rendant plus matures et préparés à la parentalité, la naissance prématurée entraînerait l'interruption de ce processus. Ceci induit non seulement un bébé prématuré, mais aussi des parents prématurés qui sont brusquement poussés à devenir parents (Flacking *et al.*, 2006; Spielman et Taubman - Ben-Ari, 2009).

### 2.3 Répercussions associées et mécanismes d'adaptation en contexte de la TàP prématurée

Les parents déploient plusieurs mécanismes d'adaptation pour surmonter l'épreuve de la naissance prématurée de leur enfant (Al Maghaireh *et al.*, 2016; Hagen *et al.*, 2016; Heinemann *et al.*, 2013; Lasiuk *et al.*, 2013; Watson, 2011). Cet événement provoquerait chez les parents plusieurs sentiments négatifs, tels que le sentiment d'échec (Taubman-Ben-Ari *et al.*, 2010), d'insécurité (Aagaard et Hall, 2010), de peur (Aagaard et Hall, 2010; Misund, 2016), d'inquiétude (Aagaard et Hall, 2010;

Heinemann *et al.*, 2013), de colère (Fenwick *et al.*, 2008; Heinemann *et al.*, 2013) et de détresse (Fenwick *et al.*, 2008; Taubman-Ben-Ari *et al.*, 2010). À cet effet, des études ont aussi démontré que les parents de bébés prématurés sont souvent exposés à des réflexions négatives et des incertitudes par rapport à la possibilité de la mort, de déficience ou de handicap du bébé, ce qui accentue leur anxiété et leurs sentiments négatifs (Hagen *et al.*, 2016; Hebert, 2014; Lundqvist et Jakobsson, 2003; Rosati *et al.*, 2019). Toutefois, ce traumatisme n'est pas toujours lié à la santé ou l'aspect physique du bébé, mais peut aussi être causé par l'incertitude prolongée vécue par les parents pendant la période d'hospitalisation (Lasiuk *et al.*, 2013).

### 2.3.1 Problématique de deuil et de perte

Golish et Powell (2003, p.310) ont documenté le traumatisme causé par la naissance prématurée à travers l'élaboration d'un modèle appelé « *the joy-grief contraction* »<sup>1</sup>. Ce modèle décrit le processus de « deuil » qui génère chez les parents des sentiments contradictoires, les rendant à la fois heureux d'avoir leur premier enfant et tristes de la perte de l'image idéale qu'ils ont construite pendant des mois, soit celle d'une grossesse idéale se poursuivant jusqu'au terme et donnant un bébé en santé. La résolution de ce processus de deuil ainsi que les interactions prématurées entre la mère et le bébé prématuré auraient un impact sur l'attachement de la mère au bébé (Bréhat, 2018; Druon, 2005; Shah *et al.*, 2011). En effet, le sentiment maternel de deuil résolu concernant la naissance prématurée serait lié à un attachement sécurisant entre la mère et le bébé à 16 mois (Bréhat, 2018; Druon, 2005; Shah *et al.*, 2011).

Dans ce contexte, Druon (2005) a montré que la naissance prématurée met la mère face à un triple deuil, soit celui d'une grossesse idéalisée, un accouchement

---

<sup>1</sup> « La contraction de la joie et du chagrin » [traduction libre].

normal et un nouveau-né normal. L'accouchement prématuré provoque chez la mère un sentiment de perte de son statut de femme enceinte à travers l'interruption brusque de sa grossesse.

### 2.3.2 Dépression, trauma et stress post-traumatique

La naissance prématurée représente un facteur de risque pour une mère de développer une dépression postnatale et des symptômes psychologiques (Davis *et al.*, 2003; Muller-Nix *et al.*, 2004). Ce risque accru est probablement dû à une combinaison de facteurs, notamment le risque élevé de mortalité et de morbidité infantiles, la séparation rapide du parent et de son bébé, une hospitalisation prolongée et l'environnement stressant de crise à l'unité néonatale (Davis *et al.*, 2003; Muller-Nix *et al.*, 2004). En effet, l'augmentation des symptômes psychologiques maternels est un facteur de risque pour les difficultés d'attachement et la diminution de la réactivité maternelle (Evans *et al.*, 2012; Muller-Nix *et al.*, 2004). Plusieurs facteurs modulant ces répercussions sur les parents ont été explicités dans une étude qualitative de Lasiuk *et al.* (2013). Parmi ces facteurs relevés, on note la perception des parents de la survie et du bien-être du bébé, le niveau de soudaineté de l'évènement, la durée de l'incertitude par rapport à la survie du bébé, les ressources personnelles (telles que les caractéristiques psychologiques des parents) et familiales ainsi que la disponibilité du soutien social (Greco *et al.*, 2005; Lasiuk *et al.*, 2013).

La naissance prématurée d'un bébé peut constituer un trauma pour les parents, spécifiquement pour les mères. En effet, plusieurs mères qui ont vécu ce trauma rapportent un état de stress post-traumatique, selon les critères diagnostiques (Anderson et Cacola, 2017; Borghini *et al.*, 2014; Golish et Powell, 2003; Howland, 2007; Kraljevic et Warnock, 2013; Lasiuk *et al.*, 2013). Dans ce sens, une étude comparant l'expérience et les réactions des mères et des pères face à la naissance prématurée de leur enfant a montré qu'immédiatement après la naissance prématurée, les mères ont eu des niveaux de stress et des symptômes traumatiques plus élevés que



les pères (Ionio *et al.*, 2016). Le stress post-traumatique est accompagné par des symptômes de dépression pour 40% des mères de bébés prématurés et peut se manifester jusqu'à un an après la naissance prématurée, ce qui peut avoir un impact sur l'attachement entre la mère et bébé ainsi que la relation dyadique mère-père et la perception de l'expérience de naissance (Anderson et Cacola, 2017; Kraljevic et Warnock, 2013). Dans ce sens, une étude de Misund *et al.* (2014) mobilisant des échelles validées menée auprès de 29 mères de bébés prématurés a montré une prévalence de 52% de réactions de stress post-traumatique chez les mères suite à la naissance prématurée, et ce jusqu'à 18 mois après la naissance prématurée.

De plus, le passage du bébé prématuré et de ses parents par le service de néonatalogie marque un temps de choc qui entraînerait un sentiment d'irréalité et de confusion chez les parents. Pour beaucoup de parents, il s'agit d'un véritable traumatisme, redoublant celui de la naissance (Al Maghaireh *et al.*, 2016; Heinemann *et al.*, 2013; Ionio *et al.*, 2016; Watson, 2011). Ce traumatisme peut provoquer une réaction d'isolement par le choix du parent de se déconnecter de toute activité de penser en évitant de réfléchir. Aussi, selon Ionio *et al.* (2016) ces expériences restent présentes, vivaces et difficiles à oublier. Ainsi, elles peuvent revenir sans cesse, sous forme de cauchemars ou d'hallucinations, dès que les parents sont confrontés à une expérience qui possède un point commun, même anodin, avec la situation traumatique vécue (Ionio *et al.*, 2016). Ceci incite donc les parents à déployer des stratégies d'adaptation, leur permettant de gérer la situation (Anderson et Cacola, 2017; Bréhat et Thévenot, 2018; Golish et Powell, 2003; Howland, 2007).

### 2.3.3 Mécanismes d'adaptation

*Isolement.* Plusieurs études ont pu montrer qu'en s'isolant de la famille et de l'entourage lors de l'hospitalisation du bébé, les parents peuvent se concentrer sur l'état de santé critique de leur nouveau-né (Aagaard et Hall, 2010; Black *et al.*, 2009; Greco *et al.*, 2005; Hagen *et al.*, 2016; Noy *et al.*, 2015). En effet, la naissance

prématurée et le séjour dans l'unité néonatale représentent une expérience qui isole les parents par leur séparation du monde extérieur (Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016). Aussi, bien que les parents se réjouissent de retrouver une vie normale après leur sortie de l'hôpital, ils se trouvent confrontés à un autre choix d'isolement dans leur propre foyer. Cette nouvelle forme d'isolement résulte de la vulnérabilité permanente du système immunitaire du bébé et les craintes des parents que ce dernier ait une infection les menant à une réadmission à l'hôpital (Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016).

*Communication et soutien social.* Il a aussi été démontré que certains parents favorisent la communication et l'interaction positive au sein du couple, avec leur entourage familial et leur réseau d'amis, ainsi qu'avec le personnel médical. La communication avec le personnel médical est cruciale pour les parents, car elle leur permet d'aller chercher l'aide dont ils ont besoin et peut influencer la façon dont les parents vivent l'admission de leur bébé à l'hôpital (Al Maghaireh *et al.*, 2016; Watson, 2011). L'étude de Golish et Powell (2003) a montré que les parents cherchaient à obtenir le plus d'informations possible de la part du personnel médical dans le but d'être plus instruits au sujet de la prématurité et de se sentir plus rassurés par rapport au pronostic de leur bébé.

De plus il a été constaté que 40% des mères ont tendance à communiquer avec leur conjoint pour obtenir du soutien en tentant d'instaurer l'idée d'un travail d'équipe (Golish et Powell, 2003). La communication avec la famille aide aussi les parents à avoir de l'écoute et de la rassurance venant de l'extérieur. Golish et Powell (2003) ont montré que 60% des participant.e.s qui ont donné naissance à un bébé prématuré comptaient sur le soutien psychologique apporté par leur famille (Golish et Powell, 2003; Hebert, 2014; Lasiuk *et al.*, 2013).

*Réaction optimiste.* Certains parents développent la capacité de trouver un sens des responsabilités familiales à partir de l'expérience en se basant principalement sur ses

points positifs. Ainsi, le côté positif de la naissance prématurée devient dominant, ce qui pousse les couples non seulement à accepter, mais aussi profiter de l'expérience. Parmi ces répercussions positives, on note le renforcement et la solidification de la relation conjugale, l'opportunité de découvrir son conjoint.e en situation de crise et d'apprendre à s'occuper de son bébé ainsi que le fait de devenir plus patient et plus empathique (Hebert, 2014).

*Comparaison descendante.* Certains parents tendent à comparer leur situation à d'autres situations plus critiques, ce qui leur permet de rester optimistes en se disant que la situation de leur bébé est finalement gérable et aurait pu être pire (Blomqvist *et al.*, 2012; Hebert, 2014)

*Croyance religieuse et spiritualité.* Certains parents relient leur situation au destin, à la volonté de Dieu ou à un test venant renforcer leur foi et utilisent leur croyance religieuse comme un mécanisme les aidant à mieux gérer le stress inhérent à cette expérience (Hebert, 2014).

#### 2.4 Construction des rôles et identités parentaux et coparentage en contexte de naissance prématurée

La parentalité renvoie aussi à la rencontre entre un nouveau parent et un bébé tant imaginé. Il s'agit d'un projet de vie incluant des parents et un enfant ainsi que les défis auxquels les parents sont confrontés et les ressources dont ils disposent. Le concept de parentalité comprend trois axes interdépendants soit l'expérience parentale, la pratique parentale et la responsabilité parentale (Lacharité *et al.*, 2015). Chacun de ces trois axes de la parentalité renvoie à différentes dimensions du rôle parental. On note par exemple l'axe de l'expérience parentale qui renvoie à la dimension affective et cognitive, celui de la parentalité qui renvoie à la dimension comportementale et interactive et l'axe de la responsabilité parentale qui renvoie à la dimension de négociation des valeurs

culturelles et communautaires (Lacharité *et al.*, 2015). Ainsi, plusieurs facteurs viennent influencer la construction de l'identité parentale tels que l'adéquation ou l'inadéquation avec le bébé imaginaire, le vécu de la grossesse et les circonstances de l'accouchement (Ravier et Pedinielli, 2015). La majorité des projets de recherche portant sur la construction des rôles et identités parentales en contexte de naissance prématurée se sont davantage intéressés aux expériences des mères. Ces études ont pu montrer que le passage accéléré au rôle maternel complique la construction de leur rôle ainsi que leur identité maternelle, de même que leur attachement à l'enfant (Feldman et Eidelman, 2007; Misund, 2016; Nelson, 2003).

Aussi, la naissance prématurée fait en sorte que les processus psychiques habituels de la grossesse sont court-circuités. En effet, la difficulté et l'imprévisibilité de l'événement privent la mère du travail psychique la préparant à la naissance. Ainsi, pendant les premiers mois de la grossesse, le bébé est perçu comme un objet appartenant à la mère, c'est-à-dire qu'il forme une seule unité physique et psychique avec la mère. À partir du troisième trimestre de la grossesse, un attachement se développe vis-à-vis du bébé à naître en tant qu'individu distinct et correctement séparé de la mère. Toutefois, la naissance prématurée vient brusquement interrompre ce processus d'individuation. Vu la rapidité du processus de naissance, le travail de deuil est difficile à établir, ce qui bloque les mécanismes d'individuation du bébé (Bréhat et Thévenot, 2018; Ravier et Pedinielli, 2015).

De plus, malgré le manque d'études sur l'expérience paternelle, le rôle du père demeure essentiel dans les premières interactions avec le bébé (Ravier et Pedinielli, 2015). En effet, le père est souvent le premier à voir le bébé, alors que la mère est hospitalisée, parfois dans une autre unité ou même un autre hôpital. Il joue donc le rôle de messenger en faisant le lien entre la mère et le bébé (Ravier et Pedinielli, 2015). Par la suite une triade mère-père-enfant se forme et des interactions vont s'établir où chacun des trois protagonistes a un rôle actif dans cette relation (Ravier et Pedinielli, 2015).

Aussi, les enjeux narcissiques entraînent des enjeux d'identification parentale pendant la grossesse et la naissance d'un premier enfant (Bréhat et Thévenot, 2018; Bydlowski, 2000). Ceci fait en sorte que les parents se sentent parents d'un bébé « inachevé », ce qui leur fait vivre des émotions ambivalentes intenses pouvant avoir des impacts durables sur le mode d'interaction parents/enfant (Ravier et Pedinielli, 2015).

L'admission du bébé en urgence en unité néonatale implique que le personnel médical prend la charge totale du bébé. Dans ce contexte, Ionio *et al.* (2016) a montré que souvent, pour les parents, le personnel médical devient le seul capable de toucher et nourrir leur bébé. Une identification au soignant peut ainsi apparaître comme un mécanisme de défense, le parent adoptant une manière de pensée médicale, opératoire dépourvue d'affect et basée sur les soins qui peut persister pendant des années.

*Attachement à l'enfant.* La notion d'attachement a été définie par Bowlby (1969) comme étant une connexion psychologique durable entre les êtres humains et un lien émotionnel avec une autre personne. Cette notion d'attachement a été principalement étudiée dans le contexte relationnel des enfants hospitalisés avec le personnel médical. L'attachement s'est manifesté dans ce cas par la proximité des enfants en contexte médical des soignants dans le but d'avoir du réconfort des soins (Bowlby, 1969). La séparation rapide du bébé en contexte de naissance prématurée ainsi que le manque de contact entre la mère et le bébé à la naissance peuvent inhiber le système comportemental de la mère par l'interruption de la jonction désir-capacité à protéger le bébé (Evans *et al.*, 2012). Ainsi, il a été montré que le manque de contact entre la mère et le bébé à la naissance influence l'engagement maternel et l'attachement (Evans *et al.*, 2012; Feldman et Eidelman, 2007; Nelson, 2003). Ceci se manifeste par la perturbation du comportement de la mère après l'accouchement suite à sa séparation rapide de son bébé. Cela peut non seulement affecter les représentations de la mère de l'attachement au bébé, mais aussi les réactions d'attachement du bébé à la mère.

Selon une étude menée en Thaïlande auprès de 15 mères de bébés prématurés, le processus de l'attachement en contexte de naissance prématurée se compose de 4 phases, soit la connexion, la perturbation de connexion, la reprise de connexion et les interactions mère-bébé (Chunuan *et al.*, 2007). La première phase correspond à la connexion établie entre la mère et le fœtus pendant la grossesse. Cette connexion concerne aussi le conjoint qui, par sa présence et son soutien, aide la mère à accepter et apprécier la grossesse. Cette connexion physique et psychologique fait en sorte que l'attachement commence à s'installer (Chunuan *et al.*, 2007). La deuxième phase correspond à la perturbation de la connexion préétablie par la naissance prématurée. En effet, la séparation rapide du bébé, le manque de contact avec le bébé à l'unité néonatale ainsi que le passage accéléré à la parentalité entraîneraient un état d'anxiété chez la mère qui persisterait jusqu'à 18 mois après la naissance, ce qui perturberait l'attachement maternel (Chunuan *et al.*, 2007; Feldman et Eidelman, 2007; Misund, 2016; Nelson, 2003). La troisième phase du processus d'attachement correspond à la reprise de connexion. Ceci se manifeste par les tentatives de la mère d'entrer en contact avec le bébé en unité néonatale par inquiétude pour sa santé en étant en processus d'adaptation. Le premier contact visuel et tactile avec le bébé est souvent difficile vu l'apparence et l'état de santé du bébé. Au cours des prochaines visites, en apercevant l'évolution de l'état de santé de son bébé, la connexion se rétablit entre la mère et le bébé. Cette connexion se manifeste par le contact vocal qu'établit la mère avec le bébé ainsi que le toucher qui devient systémique à chaque visite. Quant à la dernière phase de l'attachement, elle correspond au rétablissement de la connexion qui renvoie à l'engagement à l'enfant (Chunuan *et al.*, 2007).

Une étude réalisée auprès de 50 familles révèle qu'à 6 mois, seulement 20 % des mères de bébés prématurés avaient une représentation de l'attachement sécurisant, contre 53 % pour le groupe de comparaison des mères de bébés nés à terme. Lors du suivi à 18 mois, les chiffres étaient de 30 % et 57 %, respectivement (Borghini *et al.*, 2006).

*Engagement à l'enfant.* Le fait de devenir connectée avec le bébé rend la mère engagée dans le maternage de son bébé (Chunuan *et al.*, 2007). L'engagement est donc déterminé par l'attachement à l'enfant et correspond à la promesse faite par la mère à son bébé de maintenir la nature de sa relation avec lui à travers le temps. Selon Chunuan *et al.* (2007), le processus d'engagement se classifie en trois sous catégories, soit la satisfaction et l'appréciation de l'interaction mère-bébé, la planification pour le bébé qui inclut la protection du bébé et l'exploration du rôle de mère (Chunuan *et al.*, 2007). Tout comme l'attachement, l'engagement au bébé dépend de plusieurs facteurs tels que la préoccupation par l'état de santé critique du bébé, l'adaptation émotionnelle à la crise, le niveau de soutien dans le couple et l'entourage ainsi que les expériences de vie de la mère et la facilitation du système de soins de santé en unité néonatale pour l'établissement des connexions à travers l'implication des parents dans les soins prodigués au bébé et la pratique du peau à peau par exemple.

L'accouchement prématuré implique un processus médical spécifique faisant en sorte que le bébé soit né en urgence et transféré rapidement au service néonatal vu son état de santé souvent critique. Une étude de Feldman et Eidelman (2007) a démontré l'association entre le niveau d'engagement maternel et l'état de santé du bébé prématuré. En effet, la quasi-absence des comportements maternels influence le tonus du bébé. De plus, le processus médical associé à la naissance prématurée incluant l'environnement d'urgence ainsi que la séparation rapide de la mère et du bébé diminuerait la synchronisation dans les interactions mère-bébé pendant la période néonatale (Feldman et Eidelman, 2007). Cependant, une des limites de cette étude correspond au fait qu'elle s'est intéressée seulement aux interactions entre la mère et le bébé sans s'attarder au rôle du père dans l'établissement de ces interactions (Feldman et Eidelman, 2007).

Plusieurs études ont aussi abordé la répercussion de l'apparence physique du bébé prématuré sur l'engagement parental. En effet, l'apparence physique différente de

celui-ci comparativement à celle d'un bébé né à terme ainsi que son faible poids à la naissance influence non seulement l'engagement et l'attachement des parents au bébé, mais intensifie aussi les sentiments négatifs que les parents peuvent éprouver vis-à-vis de leur bébé né prématurément (Feldman et Eidelman, 2007; Hebert, 2014; Nelson, 2003; Noy *et al.*, 2015; Taubman-Ben-Ari *et al.*, 2010). Aussi, le choc entraîné par cette apparence physique peut freiner le travail psychique de symbolisation de la naissance chez la mère par lequel la mère associe l'image de son bébé à celle de la naissance (Bréhat et Thévenot, 2018; Rosati *et al.*, 2019). Toutefois, le travail pourrait reprendre par la suite grâce à la pratique du peau à peau (Bréhat et Thévenot, 2018).

Des facteurs agissant sur la qualité du coparentage ont aussi été constatés, tels que l'engagement du père dans les soins apportés au nouveau-né, le comportement maternel s'opposant à cette participation paternelle, les représentations sociales que les partenaires se font de leurs rôles parentaux ainsi que les caractéristiques de la personnalité des deux partenaires, par exemple la vulnérabilité des personnes anxieuses qui peut rendre difficile le développement du coparentage (Favez, 2013).

*Inadéquation du rôle maternel.* Le processus médical inhérent à la naissance prématurée provoquerait un sentiment d'impuissance et d'incertitude chez les mères. En effet, la grande implication du personnel médical à la naissance et pendant l'hospitalisation du bébé instaure ce sentiment d'impuissance chez la mère. Ce sentiment d'impuissance évoluerait aussi en un sentiment d'inadéquation du rôle maternel vu l'incapacité de la mère à s'occuper seule de son bébé sans le recours à l'aide du personnel médical (Feldman et Eidelman, 2007; Reid, 2000; Spielman et Taubman - Ben-Ari, 2009). Une étude qualitative documentant les expériences d'adaptation des parents dans les unités de soins intensifs néonataux montre que la plupart des parents participants ont qualifié la période du post-partum d'« irréaliste » ou « incertaine » (Al Maghaireh *et al.*, 2016; Hagen *et al.*, 2016; Watson, 2011). Ce sentiment d'incertitude module leur rôle parental, ce qui les amène à « ne pas se sentir



vraiment parents », c'est-à-dire de se sentir déçus de ne pas avoir pu accomplir convenablement et comme il a été souhaité leurs rôles de parents ainsi que de ne pas se sentir capables de s'occuper de l'enfant vu son état de santé souvent critique (Hagen *et al.*, 2016).

Arrivant à l'équivalent de la 37<sup>e</sup> semaine de gestation, les mères montrent plus de caresses et d'affection, ainsi qu'une meilleure adaptation lors de la participation du bébé dans les interactions ; les bébés montrent plus d'attention et moins d'évitement du regard ; les mères ont une sensation moindre de dépression et perçoivent leur bébé comme moins « anormal » (Ibáñez, 2005). Ainsi, plusieurs activités s'avèrent importantes pour l'adaptation des parents en milieu néonatal, tels que l'allaitement maternel et la pratique du peau à peau (Rosati *et al.*, 2019).

Selon Lasiuk *et al.* (2013) ces activités permettent d'aider les parents à mieux intégrer leur rôle de parents en leur procurant un sentiment d'autonomie venant modérer leur sentiment d'impuissance. En effet, il a été montré que la pratique de peau à peau favoriserait une meilleure relation entre les mères et leurs bébés prématurés et permettrait de diminuer l'anxiété maternelle (Savaria *et al.*, 2017; Tallandini et Scalembra, 2006).

Après la sortie de l'hôpital, le stress des parents peut continuer. En effet, l'étude d'Ibáñez (2005) a pu montrer qu'à 3 mois, l'anxiété et la dépression chez la mère dues au traumatisme vécu à l'hôpital ainsi que la séparation rapide du bébé à la naissance peuvent mener à un rejet maternel du bébé accompagné d'une réaction de retrait du ce dernier se manifestant dans les interactions mère-bébé (Ibáñez, 2005). Ceci peut s'expliquer par les interactions entre les parents et le bébé à l'hôpital qui ne sont pas généralement de qualité comparativement aux interactions plus faciles à établir suite à une naissance à terme ne nécessitant pas une hospitalisation du bébé, ce qui perturbe l'adaptation parent-bébé. Ces interactions sont grandement améliorées grâce à la

pratique du peau à peau<sup>2</sup> ou la méthode du kangourou, une pratique qui permet l'installation de meilleures interactions entre le parent et son enfant. Cette pratique consiste à placer les bébés prématurés nus en position verticale sur la peau de leur parent (Savaria *et al.*, 2017; Tallandini et Scalembra, 2006). Selon Savaria *et al.* (2017), cette technique permet d'offrir au bébé des conditions semblables à celles vécues en milieu intra-utérin à travers les sons familiers tels que les bruits cardiaques et intestinaux de la mère ainsi que la voix du père et les odeurs familières de la peau et du lait de la mère (Savaria *et al.*, 2017).

Ainsi, arrivant à l'équivalent de la 37<sup>e</sup> semaine de gestation, les mères montrent plus de caresses et d'affection, ainsi qu'une meilleure adaptation lors de la participation du bébé dans les interactions ; les bébés montrent plus d'attention et moins d'évitement du regard ; les mères ont une sensation moindre de dépression et perçoivent leur bébé comme moins « anormal » (Ibáñez, 2005). Ainsi, plusieurs activités s'avèrent importantes pour l'adaptation des parents en milieu néonatal, tels que l'allaitement maternel et la pratique du peau à peau (Rosati *et al.*, 2019).

Selon Lasiuk, G. C. *et al.* (2013) ces activités permettent d'aider les parents à mieux intégrer leur rôle de parents en leur procurant un sentiment d'autonomie venant modérer leur sentiment d'impuissance. En effet, il a été montré que la pratique du peau à peau favoriserait une meilleure relation entre les mères et leurs bébés prématurés et permettrait de diminuer l'anxiété maternelle (Savaria *et al.*, 2017; Tallandini et Scalembra, 2006).

---

<sup>2</sup> Il s'agit d'une technique pratiquée en unité néonatale qui consiste à la mise en contact de la peau nue du bébé contre celle de l'un des parents.

Le stress des parents diminue aussi en retournant à la maison. À 9 mois, puisque le développement des bébés prématurés se rapproche à cet âge de celui des bébés nés à terme, les parents ont tendance à ne pas avoir plus de stress que les parents de bébés nés à terme, sauf pour les grands prématurés pour qui les parents gardent un niveau de stress assez élevé et des relations sociales restreintes par protection pour le bébé. À 12 mois, une stabilisation de l'attachement entre le bébé et la mère s'établit (Ibáñez, 2005).

En conclusion, il est indéniable que ces travaux de recherche permettent une meilleure compréhension du vécu des parents vivant une TàP en contexte de naissance prématurée. Cependant, certains axes n'ont pas été profondément étudiés, tels que les répercussions de la naissance prématurée sur la vie conjugale et sexuelle des parents (Edwards *et al.*, 2016; Rowland *et al.*, 2019) ainsi que les mécanismes d'adaptation déployés par les parents en contexte de naissance prématurée (Anderson et Cacola, 2017; Bréhat, 2018; Golish et Powell, 2003; Howland, 2007). Aussi, il existe peu d'études qualitatives s'intéressant aux expériences des parents de bébés prématurés d'un point de vue coparental contrairement à l'objectif de la présente étude. En outre, la plupart des travaux se sont intéressés à l'impact de la naissance prématurée soit sur la mère soit sur le père, chacun de son côté. Or, cette méthode ne permet pas de cerner l'aspect dyadique de la TàP qui aurait reflété des facettes différentes des expériences vécues conjointement.

Ainsi, afin de combler ces lacunes, nous cherchons à explorer comment la TàP est vécue en contexte de naissance prématurée. Plus spécifiquement, ce projet vise à répondre aux questions de recherche suivantes, à partir du point de vue situé des nouveaux parents de bébés prématurés rencontrés :

- Comment se développent les identités et rôles parentaux dans leur passage prématuré à la parentalité ?

- Quelles sont les répercussions perçues de la TàP sur leur vie conjugale ?
- Quelles stratégies d'adaptation dyadiques ont-ils.elles déployées ?

Les objectifs de ce projet sont : 1) décrire le développement des identités et des rôles parentaux des couples dans leur passage prématuré à la parentalité ; 2) explorer les répercussions de la TàP en contexte de naissance prématurée sur la vie conjugale ; 3) documenter les stratégies d'adaptation dyadiques déployées par les parents ayant eu un bébé prématuré lors de leur TàP.

## CHAPITRE III

### CADRE CONCEPTUEL

Ce projet de mémoire s'appuie sur deux approches théoriques combinées, soit celle de la transition (Meleis, 2010; Pictet *et al.*, 2014) et celle de la résilience (Martin et Njoroge, 2005; Van Breda, 2001). Ces approches théoriques ont été choisies afin de comprendre comment se vit la TàP en contexte de naissance prématurée.

#### 3.1 Théorie de la transition

Définissant la transition comme étant « un passage d'une phase de la vie à une autre ou d'un statut à un autre » l'approche théorique de la transition représente un processus interne de changement activé par la survenue d'un événement soudain se situant entre deux périodes évaluées comme stables (Hébert *et al.*, 2015). La transition y est donc conceptualisée comme un concept complexe qui inclut non seulement un processus transitoire, mais aussi un intervalle de temps et des perceptions (Meleis, 2010). Ceci s'applique bien à la TàP en cas de naissance prématurée. En effet, la théorie de la transition permet d'explorer différentes transitions, dont la TàP, en ciblant deux axes centraux qui présentent des éléments influenceurs modulant la TàP et les changements identitaires associés (Meleis, 2010). Le premier axe concerne les conditions personnelles, ce qui inclut les croyances culturelles et les attitudes personnelles (telles que la stigmatisation de certaines transitions par la personne elle-même), le statut socioéconomique ainsi que le manque de connaissances et de préparation pour l'événement induisant la transition. Le deuxième axe s'intéresse aux conditions communautaires et sociales, tels que le manque de ressources de la communauté et la

stigmatisation de certaines communautés selon leur statut social (Meleis *et al.*, 2000).  
(Voir la figure 3.1 ci-dessous)

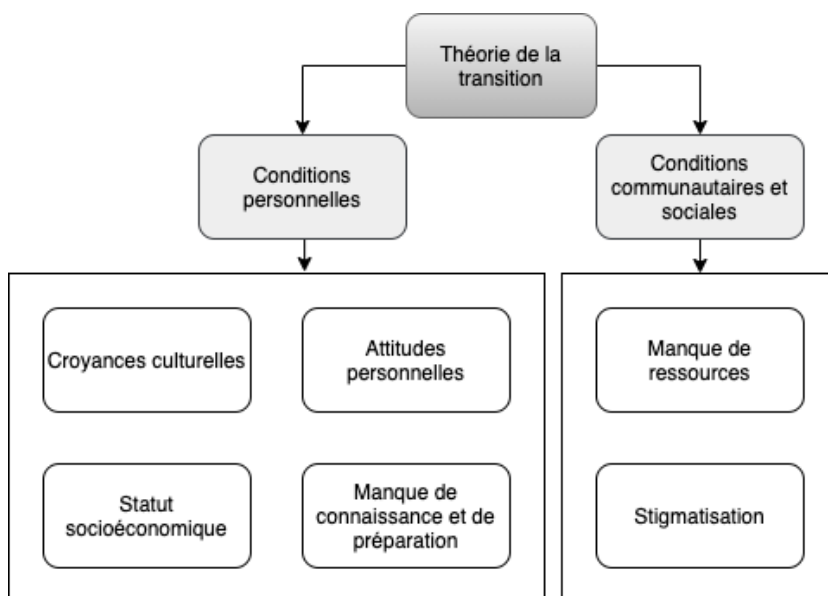


Figure 3.1 : Représentation schématique des axes centraux de la théorie de la transition

D'après Meleis (2010), la transition a plusieurs caractéristiques : le processus (une transition courte ou longue est un processus), la déconnexion (une transition engendre une perturbation du sentiment de sécurité), la perception (le sens attribué à la transition diffère d'un individu à un autre, d'une communauté à une autre, d'une société à une autre et ceci influence les impacts de cette transition), la conscience (le fait que l'individu soit conscient des changements qui se produisent suite à la transition) et les modèles de réponses (les modèles de réponses suite à une transition découlent des comportements observables et non observables).

Dans le contexte de naissance en unité néonatale, Meleis (2010) a précisé trois défis : 1) un processus dépendant au temps (la transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée n'est pas un événement statique ; il évolue dans le temps), 2) un

tourbillonnement psycho-émotionnel (un mélange de sentiments différents, tels que la colère, le choc et le chagrin) et 3) des difficultés en lien avec le maternage (les interactions mère-bébé sont diminuées, l'attachement est affecté et l'engagement au rôle maternel se fait sans préparation préalable). Selon Meleis (2010), ces défis sont causés par trois facteurs, soit 1) l'interruption imprévue de la grossesse, 2) la prise de conscience de la situation et 3) la séparation mère-bébé. Ceci a entraîné une maternité retardée et un développement de sentiment de sens concernant la famille et la vie (Meleis, 2010). Meleis (2010) a aussi relevé cinq facteurs pouvant influencer l'expérience de la naissance en unité néonatale : 1) l'attribution d'un sens négatif à des moments de l'expérience, 2) l'incertitude par rapport au processus médical, 3) les préjugés sociaux préétablis, 4) le manque d'opportunité d'être en contact avec le bébé et 5) l'environnement médical d'urgence de l'unité néonatale. D'après Meleis (2010), la mère d'un bébé prématuré passe par plusieurs étapes soit l'état de choc, le déni, la colère et la culpabilité jusqu'à arriver à l'adaptation et l'acceptation de la situation.

Cette approche théorique permettra de mieux documenter le processus transitoire qui est dans ce cas la TàP en contexte de naissance prématurée et les facteurs qui peuvent l'influencer. Elle nous permettra aussi d'explorer la complexité de la TàP en visant les changements vécus par les parents (Meleis *et al.*, 2000; Schumacher et Meleis, 1994). Cette approche permettra aussi d'observer les impacts conjugaux de la TàP ainsi que les mécanismes d'adaptation déployés par les parents (Pictet *et al.*, 2014).

### 3.2 Théorie de la résilience

Le second apport théorique complémentaire est la théorie de la résilience. Depuis plusieurs années, de nombreux travaux se sont intéressés à la résilience en contexte de TàP (Martin et Njoroge, 2005; Neff et Broady, 2011; Van Breda, 2001). La résilience tels que appelée par Van Breda (2001) est définie comme étant l'aptitude d'adaptation et du maintien d'un fonctionnement positif face à un facteur de stress

important par un mécanisme d'« auto-défense » qui consiste à « être capable de se plier sans se briser et de pouvoir revenir à l'état initial » (Van Breda, 2001, p.5). Il s'agit d'un processus continu qui consiste à accumuler au fil du temps des compétences et des connaissances qui font en sorte que les individus puissent relever les défis de la vie ainsi que faire face à un stress chronique ou à une exposition prolongée à un facteur traumatisant (Van Breda, 2001). Cette théorie a été utilisée dans le contexte de transition à la parentalité afin d'étudier la résilience des parents face au stress engendré par la naissance du bébé (Neff et Broady, 2011)

Le modèle théorique de la résilience comprend plusieurs éléments interreliés (Richardson, 2002). Selon cette Richardson (2002, p.310), un événement stressant déclenche une perturbation de l'état d'esprit et de corps. Avec le temps, cette perturbation se transforme en état d'« homéostasie biopsychospirituelle » qui correspond à l'adaptation physique, mentale et spirituelle à la nouvelle situation. En effet, à travers différentes expériences, l'individu développe une capacité de rebond suite à un choc qui fait en sorte que l'individu réussit à s'adapter malgré les perturbations. Ainsi, l'interaction entre les éléments stressants de la vie et les facteurs de protection détermine si des perturbations se produiront. La résilience permet donc une efficacité dans la gestion du rythme de vie et du maintien de l'état d'homéostasie (Richardson, 2002). La résilience fait aussi référence à des modèles d'adaptation positive dans le contexte d'un risque ou d'une adversité accrus (Martin et Njoroge, 2005). La résilience est une induction sur la vie d'un individu qui nécessite deux jugements fondamentaux visant de voir si une personne « se porte bien » et s'il y a ou a eu un risque ou une adversité significatifs pour cet individu (Martin et Njoroge, 2005, p.2).

Bien que la naissance d'un enfant soit généralement considérée comme une période stressante pour les couples d'un point de vue conjugal et individuel (Lawrence *et al.*, 2008; Neff et Broady, 2011; Randall et Bodenmann, 2009), la naissance prématurée



engendre encore plus de stress et de défis pour les parents (Miles et Huberman, 2003). Dans un contexte de couple, le stress joue un rôle important dans l'affaiblissement de la satisfaction conjugale (Lawrence *et al.*, 2008; Neff et Broady, 2011; Randall et Bodenmann, 2009). En effet, le stress a non seulement des effets négatifs sur la santé des partenaires, mais aussi sur les efforts de ces derniers à adopter des comportements favorisant le bon fonctionnement de leur vie de couple (Lawrence *et al.*, 2008; Neff et Broady, 2011; Randall et Bodenmann, 2009). Il serait donc pertinent d'intégrer la résilience de ces couples suite à cet événement stressant et traumatisant ainsi que leur adaptation dyadique suite à la naissance prématurée du bébé dans l'analyse des résultats (Neff et Broady, 2011).

Cette théorie de la résilience vient compléter l'approche théorique de la transition en venant appuyer l'aspect transitoire comme étant un changement stressant qui se fait de façon interne et qui entraîne le déploiement de stratégies d'adaptations spécifiques dans le but de contrôler la situation.

### 3.3 Apport du cadre conceptuel au projet de recherche

Ces deux théories ont des apports importants pour le présent projet de recherche. En effet, l'utilisation de la théorie de la transition permet d'apporter une vision de processus à l'objet de l'étude, soit la transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée. Cette théorie met l'accent sur l'aspect transitoire du sujet et permet ainsi d'identifier les répercussions de cette forme précoce de transition à la parentalité (Meleis, 2010). Aussi, comme cette théorie met l'accent sur l'aspect positif et négatif de la transition, elle nous permet de repérer, dans le discours des couples participants, les stratégies positives et négatives propres à cette expérience unique de passage à la parentalité. Quant à l'utilisation de la théorie de la résilience, elle permet d'orienter l'analyse des données sur les stratégies déployées par les parents afin de faire face à l'évènement brusque et stressant, soit la naissance prématurée. Cette théorie met

l'accent sur l'effet d'un évènement stressant sur l'individu en considérant aussi la résilience comme étant un processus (Martin et Njoroge, 2005; Richardson, 2002; Van Breda, 2001). Par conséquent, l'emboîtement de ces deux théories s'avère très pertinent pour cerner l'objet de cette étude à travers ses différentes facettes. Par l'étude de ces différentes stratégies éclairées par les éléments de compréhension conceptuels provenant de la théorie de la transition et celle de la résilience, ceci contribuera ultimement à la conception de pistes d'intervention sexologique pour les intervenants qui œuvrent auprès des couples de parents de bébés prématurés.

Ainsi, ces deux théories combinées orienteront toute la démarche de recherche. La structure du guide d'entrevue est inspirée des deux théories, en mettant l'accent sur le processus transitoire ainsi que les mécanismes de résilience dyadique. En outre, ce cadre conceptuel aidera à répondre à la question de recherche par l'atteinte des deux objectifs de l'étude.

## CHAPITRE IV

### MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre permettra d'abord de définir la méthodologie appliquée. Par la suite, nous décrivons le recrutement et des profils de ces couples participants. Puis, nous présentons le déroulement des entrevues dyadiques. L'analyse des données sera ensuite expliquée et des considérations éthiques ainsi que les principales limites de l'étude seront exposées.

#### 4.1 Approche théorique

Ce projet de recherche se base sur un devis qualitatif exploratoire et a comme but de documenter les expériences subjectives des couples lors de leur passage précoce à la parentalité (Gauthier, 2003; Savoie-Zajc, 2003). Ce devis qualitatif permettra de bien observer la complexité des différentes expériences des couples ainsi que d'explorer les répercussions du phénomène, qui est dans ce cas, la TàP en contexte de naissance prématurée à travers le vécu personnel des couples (Savoie-Zajc, 2003). La méthodologie du présent projet est inspirée de la théorisation ancrée (Charmaz et Belgrave, 2007). Étant donné les connaissances limitées qui sont spécifiquement en lien avec la vie coparentale conjugale et sexuelle en contexte de naissance prématurée, une approche inductive est ainsi appropriée afin de permettre de ressortir de nouvelles connaissances au lieu d'opter pour une théorie préexistante (Jacques *et al.*, 2014; Paillé, 1994). De plus, la théorisation ancrée permet de mieux étudier les processus tels que celui de la TàP (Charmaz et Belgrave, 2007).

## 4.2 Critères d'inclusion

Nous avons recruté un échantillon de convenance composé de 6 couples de nouveaux parents cisgenres s'identifiant comme hétérosexuels. Les couples recrutés répondent aux critères d'inclusion suivants : 1) avoir eu un premier bébé (pour les deux membres du couple) né avant 37 semaines de gestation (prématurité moyenne, grande et extrême) et âgé actuellement entre 6 et 18 mois; 2) vivre ensemble depuis au moins 9 mois; 3) s'identifier comme un couple hétérosexuel; 4) résider au Québec; 5) être capables de s'exprimer en français.

Pour ce qui est du critère concernant le fait que le bébé soit le premier pour les deux partenaires, ceci assurerait qu'il s'agit d'une TàP (avec un premier enfant) pour les deux partenaires. L'inclusion des trois niveaux de prématurité, soit la moyenne (entre 32<sup>e</sup> et la 37<sup>e</sup> semaine), grande (entre la 28<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine) et extrême (avant la 28<sup>e</sup> semaine) vient à la suite de la modification de certains critères après une période de recrutement de 4 mois n'ayant permis le recrutement que d'un seul couple. Certains critères d'inclusion ont ainsi été modifiés afin d'accélérer le processus de recrutement. Cette modification permet ainsi d'élargir le spectre d'inclusion de plus de parents. En effet, bien que la prévalence de la prématurité moyenne soit plus élevée et ait un taux de morbidité et de mortalité moins important comparativement aux autres niveaux de prématurité, les parents ressentiraient moins le besoin d'être actifs dans les associations et organismes s'intéressant à ce sujet, ce qui rend leur recrutement plus difficile (Johnston *et al.*, 2014; OMS, 2015; Préma-Québec, 2014). L'âge du bébé est en conformité avec la définition retenue de la transition à la parentalité (Gameiro *et al.*, 2009). En effet, cette définition relève qu'il existe deux périodes propices présentant des défis importants aux parents soit ; entre le 2<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> jour après la naissance et 6 mois après la naissance (Gameiro *et al.*, 2009). Étant donné que le recrutement des parents est plus difficile pendant la première période vu l'état de santé de la mère et du bébé à la suite de l'accouchement prématuré, la deuxième période a été choisie ; soit

entre 6 et 18 mois après la naissance du bébé. Le critère lié à la cohabitation préalable de 9 mois a pour but de nous assurer que les deux partenaires ont fait leur TàP dans les mêmes conditions. Le choix des couples s'identifiant comme hétérosexuels a pour but l'homogénéisation de l'échantillon et des résultats, étant donné que les défis en lien avec le statut social pour les parents homosexuels et hétérosexuels sont différents (Perrin et Siegel, 2013). Concernant le lieu de résidence, ce choix a été fait suite à une modification ayant pour but l'accélération du recrutement. En permettant la réalisation d'entrevue à distance par Skype ou Zoom, il a été possible d'élargir et faciliter le recrutement. Ainsi, le lieu de résidence des parents exigé a été modifié pour inclure tous les couples résidents au Québec. Quant au choix de langue française, ceci étant un facteur favorisant la communication entre la chercheuse et les couples participants.

#### 4.3 Recrutement des couples participants

Le recrutement des couples participants s'est étalé sur une période de sept mois, soit de juin 2019 à décembre 2020, selon deux méthodes : 1) la distribution des imprimés promotionnels dans les organismes communautaires situés à Montréal accueillant les nouveaux parents; et 2) l'échantillonnage boule de neige qui consiste à inviter les parents participants à parler du projet de recherche à leurs amis étant nouvellement parents d'un enfant prématuré. En effet, les parents de bébés prématurés se connaissent généralement à travers le CHU dans lequel ont été hospitalisés leurs enfants. Généralement, les couples manifestent leur intérêt à la participation par courriel ou par appel téléphonique. Au cours de ce premier contact, une confirmation de l'intérêt mutuel des deux partenaires à la participation à l'étude a été obtenue et un bref rappel des principaux objectifs de recherche ainsi que le déroulement de l'entrevue et le caractère confidentiel de l'entrevue a été fait. Au total, six couples de parents de bébés prématurés ont été rencontrés en personne pour une entrevue dyadique.

#### 4.4 Déroulement des entretiens

Les données ont été colligées à la suite des entretiens de recherche dyadiques qui sont d'une durée moyenne d'une heure et cinquante minutes. Ce type d'entrevue a permis de guider les réponses vers les thèmes recherchés sans pour autant influencer les témoignages des participants (Gauthier, 2003). La rencontre de tous les couples participants a été faite à leurs domiciles. Le consentement a été obtenu avant la rencontre et le formulaire de consentement a été signé sur place (voir le formulaire de consentement dans l'appendice B).

Avant de commencer l'entrevue, une explication du formulaire de consentement a été faite et une signature de ce dernier s'est faite sur place. L'entrevue dyadique a été enregistrée sur support audio à des fins de transcription et d'analyse. Afin de couvrir les trois objectifs du projet, plusieurs thèmes ont été abordés dans les entretiens dyadiques semi-dirigés.

Pour chacune des rencontres avec les couples participants, un guide d'entretien a été utilisé. Ce guide comprend les thèmes suivants : 1) la relation conjugale avant la naissance prématurée ; 2) la sexualité du couple avant la naissance prématurée ; 3) les défis rencontrés à la naissance prématurée ; 4) Mécanismes d'adaptations ; 5) Identité et rôles parentaux ; 6) Vie sexuelle à la suite de la naissance prématurée ; 7) la vie conjugale après la naissance prématurée ; 8) Vie coparentale ; 9) Vie sexuelle après la naissance prématurée.

#### 4.5 Analyse des données

Les entretiens dyadiques semi-directifs ont été transcrits intégralement, puis codifiés à l'aide du logiciel NVivo12. L'analyse des verbatim a été inspirée des trois premières étapes de la théorisation ancrée (Paillé, 1994). Ces étapes sont : 1) la

codification; 2) la catégorisation; et 3) la mise en relation. La codification sert à nommer les différents éléments présents dans le corpus initial. Il s'agit d'associer des étiquettes à des éléments du verbatim, puis de regrouper ces étiquettes pour créer un arbre de codification qui permet de les classer selon ce qui est commun entre elles. Il s'agit ici de relever, nommer, résumer, quasiment chaque ligne du contenu du verbatim (Paillé, 1994). Cette codification a été validée avec la méthode inter-juges à travers la consultation de ma directrice de recherche. Dans la catégorisation, on commence à nommer les principaux éléments du phénomène étudié et à proposer une description et une compréhension de celui-ci dans le but de développer des connaissances sur le phénomène de l'étude. Il s'agit de situer l'analyse à un niveau davantage conceptuel en nommant de manière plus riche les événements tirés des données par le passage de la codification à la catégorisation. La mise en relation, dans laquelle on compare les témoignages par le biais d'une analyse horizontale afin de dégager les différents liens existants entre les éléments des catégories conceptuelles (Paillé, 1994). Cette démarche itérative permet de ressortir un sens d'un événement et de dépasser l'étape de l'analyse descriptive grâce à une analyse plus approfondie (Paillé, 1994).

Bien que les données ont été recueillies par le biais d'entrevues dyadiques, l'attention n'est pas tant apportée aux interactions entre les partenaires qu'à l'expérience dyadique vécue. À cet effet, l'analyse des entrevues n'est pas dyadique.

#### 4.6 Considérations éthiques

Le projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) (no. De certificat : 3496, émis le 14-05-19) (voir le certificat éthique dans l'appendice E). Aussi, la modification des critères de recrutement des couples participants a été approuvée par le CERPE.

Plusieurs considérations éthiques ont été prises en compte dans la sélection des participant.e.s ainsi que la collecte de données et la diffusion des résultats. Premièrement, aucune participation d'individu connaissant personnellement la chercheuse n'a été autorisée afin d'éviter tout biais d'influence ou rapport d'autorité. Deuxièmement, le recrutement des participants s'est fait de façon à garantir le consentement libre et éclairé des couples participants par l'obtention du consentement le jour de l'entrevue. Troisièmement, une anonymisation des verbatim a été assurée et certaines informations liées aux participants pouvant mener à leur identification ne sont pas présentes dans la transcription des entrevues ou même dans la nomenclature des fichiers, par exemple ; le nom, le statut social, la ville des participants, le nom de leur enfant, les dates importantes, etc. Ceci étant un processus amplement utilisé dans le cadre des études de recherche en sciences sociales (Crête, 2003).

#### 4.7 Profil des participant.e.s

L'échantillon de la présente étude comprend 6 couples hétérosexuels ayant des bébés prématurés nés entre 25 et 35 semaines de gestations, avec une moyenne de 28,5 semaines. Au moment de l'entretien, les bébés étaient âgés entre 6 mois et 18 mois, avec une moyenne de 13,7 mois. La durée de relation conjugale des couples participants varie de 2 à 10 ans, avec durée de relation moyenne de 6,3 mois. L'âge des participant.e.s s'étale de 28 à 43 ans, avec une moyenne de 33,3 ans pour les femmes et les hommes. (Voir le tableau 4.1 ci-dessous)



Tableau 4.1 : Tableau représentatif des caractéristiques de l'échantillon

	<b>Anne - Samuel</b>	<b>Catherine - Arthur</b>	<b>Maude - William</b>	<b>Léa - Thomas</b>	<b>Alice - Gustave</b>	<b>Chloé - Jacob</b>
<b>Âge-femme (ans)</b>	28	29	33	38	43	32
<b>Âge-homme (ans)</b>	28	29	33	38	43	32
<b>Durée de la relation (ans)</b>	2	9	2	10	6	9
<b>Âge actuel-bébé (mois)</b>	6	11	18	18	11	18
<b>Âge gestationnel- bébé (semaines)</b>	25	35	26	31	25	29
<b>Niveau de prématurité<sup>3</sup></b>	Extrême	Moyenne	Extrême	Moyenne	Extrême	Grande
<b>Durée d'hospitalisation (semaines)</b>	8	2	16	5	17	8

<sup>3</sup> Les trois niveaux de prématurité sont : moyenne (entre 32e et la 37e semaine), grande (entre la 28e et la 32e semaine) et extrême (avant la 28e semaine).

## CHAPITRE V

### RÉSULTATS

Visant à explorer la TàP en contexte de naissance prématurée, les analyses effectuées permettent de dégager cinq catégories conceptuelles. Malgré les variations au niveau de la prématurité, tous les couples participants ont accédé à la parentalité de manière imprévue, ce qui a non seulement affecté leur vie conjugale et sexuelle, mais a aussi entraîné la création de leurs rôles et identités parentaux dans un contexte hospitalier.

La figure 5.1 ci-dessous illustre le modèle théorique dégagé suite à l'analyse des résultats qui comprend quatre grandes composantes : déroulement de la grossesse, naissance prématurée, hospitalisation du bébé, retour à la maison. L'explication des éléments de chaque composante se fera d'une façon chronologique.

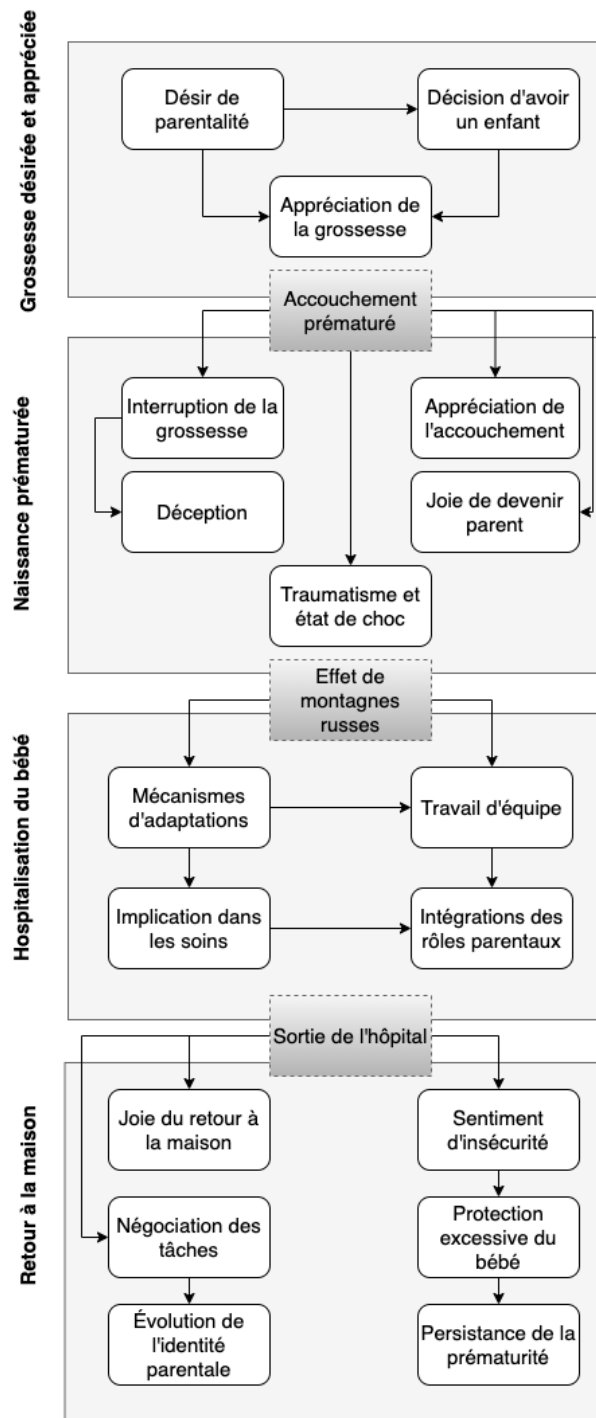


Figure 5.1 : Modèle théorique du processus de transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée

## 5.1 Le déroulement de la grossesse : une période grandement appréciée, en dépit de sa courte durée

### 5.1.1 Un désir et une décision partagée quant à la parentalité

Pour tous les couples participants, le désir d'avoir un enfant a précédé la décision d'actualiser le projet d'enfant. Ce désir mène à une volonté partagée par les partenaires de devenir parent, qui est exprimée avant d'entamer concrètement les tentatives de conception. C'est comme l'exprime Chloé : « Fait que tu sais je l'ai amené [l'idée d'avoir un enfant], mais Jacob était d'accord. Tu sais, j'aurais pas fait un enfant avec quelqu'un qui n'aurait pas voulu là. » (ENTREVUE 6)

Ceci est suivi d'une autre étape importante, soit la décision d'avoir un enfant. Tous les couples mentionnent que la grossesse est survenue suite à une décision partagée de parentalité, comme l'exprime Samuel : « Ouais, puis c'est venu comme naturellement. Tu sais, on s'en parlait puis comme les deux, on voulait avoir un enfant ensemble. C'est pas un qui a forcé l'autre, mettons. C'était vraiment une décision de couple dans le fond. » (ENTREVUE 1). Toutefois, tous ne s'entendent pas sur le meilleur moment pour que survienne cette grossesse. Deux couples sur six étaient en désaccord à l'égard du moment optimal d'avoir un enfant et ceci a entraîné des négociations. Selon les conjoints, ils devaient attendre le « bon moment » pour prendre cette décision.

Arthur : Moi, dans ma tête, je savais que je voulais terminer mes études avant d'avoir un enfant. Puis, il y' a aussi une mentalité que j'avais, quand j'étais plus ado, en disant : « Moi, à 25 ans, je veux que ma conjointe soit enceinte ou qu'elle ait, qu'on ait un bébé ». Pour moi, 25 ans est comme mon *life goal*. Je sais pas pourquoi, mais c'était dessiné dans ma tête, dans mon plan de vie. 25 ans, c'était ce que je voulais, puis on a fait en sorte que ça arrive comme ça, vu que là à 25 ans, je suis papa. C'est parti! (ENTREVUE 2)

Un couple souffrant d'infertilité a eu un processus de conception particulièrement long comparativement aux autres couples participants. Selon ce couple, ceci a fait en sorte qu'ils se sont battus, pour reprendre leurs termes, pour avoir cette grossesse, ce qui a intensifié leur désir de parentalité.

Gustave : Ben, ça n'a pas été genre, « Oh j'étais enceinte! », non, elle faisait ses courbes d'ovulation, elle dit : « là faut faire l'amour, parce que j'ovule », fait que ça a été cartésien et froid. On a beaucoup travaillé pour l'avoir. Donc, c'était très désiré, tu t'attends à être parent, ça c'est sûr. (ENTREVUE 5)

La survenue de la grossesse a représenté une bonne nouvelle pour tous les couples participants. La joie était encore plus intense pour le couple souffrant d'infertilité, étant donné la difficulté de conception :

Alice : Dans le fond, la grossesse était attendue. Donc, le jour qu'on a su que j'étais enceinte, dans le fond, j'avais un test de grossesse, [...] j'ai découvert que j'étais enceinte, fait que c'est sûr que c'était une grande joie. (ENTREVUE 5)

### 5.1.2 La grossesse est grandement appréciée

Tous les couples ont rapporté qu'ils ont particulièrement apprécié la période de la grossesse malgré sa durée écourtée. Rappelons ici que les couples ont donné naissance de façon prématurée à leur bébé, pour une durée de grossesse variant entre 25 et 35 semaines. Cette grossesse de courte durée a pourtant été très appréciée par toutes les participantes. Ces dernières ont particulièrement souligné le fait qu'elles ont bien vécu leur grossesse. Les participantes rapportent se sentir confiantes, énergétiques et actives pendant cette période. Elles ont toutes pratiqué plusieurs d'activités dont les plus populaires sont le yoga, la marche et l'aquaforme.

Catherine : [...] C'est la grossesse, je me trouvais belle enceinte, je me trouvais, j'avais une énergie, j'avais une aura autour de moi enceinte.

Arthur : Parce que Catherine me parle de devenir maman depuis qu'on se connaît, elle m'a tout le temps dit qu'elle était faite pour ça, donc le fait de devenir mère...

Catherine : Oui, depuis qu'on a commencé à parler, je lui dis « Ouais, je veux être mère », fait que devenir mère en soi, j'étais contente. (ENTREVUE 2)

Aussi, la grossesse a été appréciée davantage parce qu'elle a eu un impact positif sur la vie conjugale des couples. Pour Maude, par exemple, ceci se manifeste par le fait que son conjoint montrait plus d'investissement dans le couple ; il était plus soucieux et consacrait plus de temps à s'occuper d'elle.

Maude : Après c'était le petit ventre qui apparaissait, il fallait faire ça, voir ton conjoint changer d'attitude avec toi, il devient plus soucieux malgré qu'il l'était. Il parlait avec mon petit ventre parce qu'il savait bien qu'il y avait un tout petit bébé qui arrivait, donc on planifiait. (ENTREVUE 3)

## 5.2 La survenue de la naissance prématurée génère une déception et un choc

La naissance prématurée représente une interruption brusque de la grossesse tant appréciée par les couples, ce qui cause une déception chez les couples participants. Ainsi, les couples rapportent se trouver face à un arrêt brusque d'une période heureuse.

Alice : [...] dans le fond t'as une déception assez intense, moi, je ne sais pas, je suis une fille quand même assez forte mentalement. Fait que, j'ai juste deux fois ou est-ce que j'ai eu des grosses crises émotionnelles, où est-ce que, je me suis mise à crier ici [à la maison] « Je veux mon bébé ici » [...], mais c'est ça il y avait, oui, un gros sentiment dans le fond déception. (ENTREVUE 5)

Cette fin prématurée de grossesse était encore plus brutale pour deux participantes qui n'avaient aucun problème médical durant la grossesse pouvant les mettre à risque d'un accouchement prématuré. Pour elles, cet accouchement était choquant et inexplicable.

Chloé : Ben en fait ça a été une super belle grossesse, moi, je n'ai eu aucune complication [...] donc pas de complication, aucune nausée. C'était vraiment une grossesse parfaite, puis je le portais extrêmement bien. (ENTREVUE 6)

### 5.2.1 Renoncer au plan d'accouchement : une histoire vécue comme un deuil

Malgré les différentes circonstances associées à la naissance prématurée, tous les participants vivent un deuil associé à un plan d'accouchement idéalisé. Ce plan renferme en général moins d'intervention du personnel médical et est démuné de toute urgence médicale imprévue. Chloé considère ainsi cet accouchement prématuré comme étant non seulement un deuil de sa grossesse parfaite et sans complication, mais aussi de l'image qu'elle s'est fait d'elle-même « enceinte au dernier trimestre ». Léa a une autre vision de ce deuil. Pour elle, cet événement était si traumatisant qu'elle le considère comme étant un deuil du bonheur vécu pendant sa grossesse.

Léa : Parce que c'est le deuil vraiment de la grossesse, j'étais ici, j'étais bien, c'était la première fois de ma vie là que je me sentais complètement... Thomas, je t'ai dit ça quand j'étais enceinte, j'étais vraiment heureuse, j'étais dans mon..., comme dans mon petit paradis. Ça s'est arrêté vraiment subitement. (ENTREVUE 4)

Cet accouchement prématuré représente également un passage rapide du statut de femme à celui de mère. Pour Catherine, cette perte brusque de son statut de femme était difficile à vivre étant donné que la grossesse lui a permis d'apprécier son image de femme et a augmenté son estime d'elle-même.

Catherine : Moi j'ai toujours voulu être mère, fait que je me disais que ça allait être facile de devenir mère, comme le fait de devenir mère en soit est facile, mais c'est de perdre la femme en moi qui est dure. [...] Fait que réussir à devenir mère sans me perdre en tant que personne, c'est difficile. Puis ça a été d'autant plus difficile parce que ça a été drastique que la femme en moi a pris le bord, j'ai tellement été femme enceinte. J'ai tellement été au top de moi-même, de l'avoir perdu aussi drastiquement, puis t'as encore

moins un contexte pour penser à toi dans un milieu hospitalier.  
(ENTREVUE 2)

### 5.2.2 La séparation rapide et précoce du bébé est ressentie comme une dépossession corporelle

Pour toutes les participantes, cette fin précipitée de la grossesse représente une séparation précoce de leurs bébés qui leur cause une sensation de vide au niveau du ventre. Selon elles, la rapidité du processus d'accouchement qui engendre cette séparation brusque est l'un des aspects les plus difficiles de toute l'expérience.

Léa : Le passage a été très difficile dans le sens que je m'attendais pas à accoucher aussi rapidement. Je m'attendais à avoir encore du temps avec lui dans mon ventre, là au chaud [dans mon ventre], mais ce n'est pas ce qui s'est passé. (ENTREVUE 4)

Pour elle, son corps ayant porté son bébé pendant plus que 6 mois a subi un changement brusque qui lui a causé une forme de dépossession corporelle. Ceci renvoie ainsi au deuil de l'image corporelle parfaite d'un ventre rond au troisième trimestre de grossesse.

Léa : Je ne m'étais jamais sentie aussi vide parce que ça faisait quand même 6 mois et 3 semaines là que je le portais, que là j'étais plus accompagnée.  
(ENTREVUE 4)

Selon Alice, ce sentiment de vide vient du fait qu'elle ne croyait pas que la naissance prématurée de son bébé soit possible. Pour elle, son bébé devrait être dans son ventre. Selon Alice, ce sentiment rend l'acceptation de la situation difficile : « C'est supposé dans mon ventre, elle est supposée être dans mon ventre. Elle est supposée être avec nous. » (ENTREVUE 5)

Pour Catherine, ce sentiment de perte est aussi lié à l'absence physique de son bébé dans son corps, alors qu'il devrait encore y être : « Tu sais, moi j'ai perdu mon enfant dans le sens que là il n'est plus dans mon ventre. » (ENTREVUE 2)



### 5.2.3 L'imprévisibilité de l'accouchement contribue à lui donner un sens d'évènement traumatisant

Pour tous des couples participants, la naissance prématurée correspondait également à un évènement choquant, voire traumatisant pour certains, auquel ils ne s'attendaient pas et n'étaient pas préparés. Ce manque de préparation vient intensifier l'état de choc, comme l'exprime Maude : « Au début, je ne savais pas quoi faire, j'étais sous le choc. Je ne m'attendais pas à un accouchement aussi tôt que ça. » (ENTREVUE 3)

Certains participant.e.s ont déclaré que la naissance prématurée était imprévisible. En effet, ils ne savaient pas qu'ils pouvaient être à risque de cette possibilité de naissance avant terme. Cette méconnaissance du sujet semble avoir intensifié leur expérience selon Jacob : « Dans la tête d'un petit garçon, pour moi, j'avais zéro idée en tête que ça allait se passer là ainsi. » (ENTREVUE 6)

### 5.2.4 En dépit de tout, l'accouchement est aussi un moment de joie

Malgré cette déception et cet état de choc, l'accouchement est vécu comme un moment heureux, particulièrement pour les quatre couples dont les conjointes ont accouché par voie basse (vaginale). En effet, au moment de l'accouchement, les couples disent avoir mis de côté le stress et l'angoisse pour vivre cet accouchement pleinement. C'est à ce moment que le couple a l'impression d'être maître de la situation, malgré l'imprévisibilité de l'évènement. L'accouchement est interprété positivement, car il permet particulièrement à la conjointe de prendre conscience de la puissance qui réside dans son corps en donnant vie à un bébé.

Catherine : Moi, j'ai été chanceuse parce que j'ai pas eu l'épidurale qui enlevait ma douleur. J'ai tout senti. Je sentais vraiment mes contractions et je pouvais vraiment bien sentir mon corps. Puis, quand ils l'ont mis sur moi, je m'attendais au classique du « j'allais pleurer de joie et tout », mais je n'ai pas  *fucking*  pleurer, j'étais crampée. Moi, je souriais et je riais en poussant. J'ai vécu l'expérience dans un plaisir fou. À un moment donné, le médecin m'a dit : « Je vais te mettre le miroir pour que tu puisses voir », mais j'étais

crampée : « mets-moi pas le miroir c'est grave pousser les yeux ouverts là! »». Fait que c'était ça l'ambiance. (ENTREVUE 2)

Bien que les participantes n'étaient pas préparées à vivre pour la première fois ces contractions douloureuses, elles les ont particulièrement appréciés. Chloé par exemple a même refusé l'épidurale afin de vivre son accouchement complètement, bien qu'il soit avant terme, en essayant de contrôler elle-même ce qu'elle peut contrôler dans cette situation imprévue. Cette forme de contrôle de la situation vient non seulement apaiser le sentiment de déception et de choc qu'elle ressent, mais aussi instaurer l'idée de vouloir réussir son accouchement afin de surmonter l'échec de la grossesse interrompue prématurément. Ainsi, malgré le stress et l'imprévisibilité de l'évènement, quatre couples sur six parlent d'une joie intense qu'ils ont éprouvée pendant et juste après l'accouchement.

Samuel : Tout de suite, ils l'ont juste nettoyé [notre bébé] puis tout de suite il s'est mis à brailler, mais tu sais, comme un gros cri. Puis, tout le long, ils disaient : « c'est peut-être les poumons qui vont avoir de la misère. » Puis juste de l'entendre pleurer là et de la voir accoucher, moi je pleurais en sanglots. Tu sais c'était comme, c'était tellement la plus belle chose que je pouvais voir, tu sais dans le fond, voir la personne que j'aime permettre de faire naître une autre personne que j'aime, je suis comme : « Wow! ». (ENTREVUE 1)

#### 5.2.5 Le caractère non planifié de l'accouchement fait vivre une sensation d'irréalité aux parents

Pour les deux autres couples, l'état critique des participantes a fait en sorte qu'elles ont accouché par césarienne d'urgence, ce qui fait qu'ils n'ont pas pu vivre l'accouchement à trois, tel que planifié initialement. Selon Léa, son accouchement fait dans l'urgence ainsi que l'anesthésie ont induit un sentiment d'irréalité. En effet, elle n'a pris conscience d'avoir accouché que quelques jours plus tard quand elle s'est éveillée en soins intensifs, en découvrant que son ventre est désormais vide.

Léa : C'est surtout que ça s'est fait tellement vite, qu'on dirait que c'est après là que tu réalises. C'est quelques jours après que j'ai réalisé parce que quand je suis arrivée à l'hôpital j'aurais pu en mourir donc quand [notre bébé] est sorti. Après ça, j'étais aux soins intensifs. Puis ça a été beaucoup de médicaments. On dirait que dans ma tête, ce n'était pas clair, j'étais pas totalement en forme. C'est du moment que là je suis sortie des soins intensifs, qu'on a réalisé là qu'est-ce qui s'en venait. (ENTREVUE 4)

Ce sentiment d'irréalité a aussi été relevé par Catherine. En effet, malgré qu'elle ait accouché par voie vaginale, le processus médical était si rapide qu'elle n'a pas eu le temps de réaliser qu'elle était en train d'accoucher.

Catherine : Puis, moi j'ai pas réalisé qu'il n'allait pas bien. Fait que ça a pris une minute, ils me l'ont enlevé [notre bébé]. J'étais entourée de mille médecins. J'avais mon petit bébé dans mon ventre, je poussais, je vivais cette expérience-là. J'avais mon mari à côté de moi. Puis là, une minute, j'ai plus mon mari, j'ai plus mon bébé dans mon ventre. Je n'ai plus aucun médecin, ils sont comme tous partis. (ENTREVUE 2)

Pour ces deux couples, l'appréciation de l'accouchement était moins grande vu l'inquiétude et le stress qui les ont envahis à cause de l'urgence de la situation et les risques pour la santé de la mère et du bébé.

#### 5.2.6 Un choc et un traumatisme vécus et interprétés différemment

Le choc d'une naissance imprévue mettant en danger la vie de la mère et du bébé a des effets traumatiques sur les deux membres du couple. Ces effets traumatiques peuvent se manifester différemment chez la conjointe et le conjoint. Pour William par exemple, l'expérience de la naissance prématurée était si traumatisante qu'il a commencé à penser au pire, comme imaginer la perte de sa femme et de son enfant. Toutefois, quatre participants semblent avoir pu sortir plus rapidement de ce choc émotionnel que leurs conjointes, étant donné le rôle actif qu'ils ont joué dès les premières heures suivant l'accouchement. En effet, contrairement aux mères qui sont moins mobiles suite à l'accouchement particulièrement en accouchant par césarienne, les pères vivent tout le

stress entourant les premiers soins donnés au bébé en l'accompagnant en unité néonatale. Ainsi, c'est le père qui rencontre en premier le bébé, ce qui correspond à une particularité de la naissance prématurée. Le rôle actif du père lui permet de sortir de son état de traumatisme et aller soutenir sa conjointe, qui demeure traumatisée tout en étant quasi-absente vu qu'elle était sous sédation en soins intensifs.

Toutefois, pour les deux couples restants, le choc n'était pas aussi facile à surmonter pour les conjoints qui ont eu besoin d'être soutenus par leurs conjointes. C'est ce que rapporte Gustave : «Moi je pleurais plus qu'elle, c'est elle qui m'a ramené à l'ordre. À un moment donné où je l'avais mis [notre bébé] dans l'incubateur, j'arrêtais pas de pleurer. » (ENTREVUE 5)

#### 5.2.7 Sortir de l'hôpital sans bébé : avoir le ventre et les bras vides

Pour tous les couples participants, le moment le plus difficile était la sortie de l'hôpital après le rétablissement de la mère, seuls sans le bébé, avec une coquille vide. Aussi, pour Maude, le fait que son bébé soit hospitalisé a fait en sorte qu'elle ne pouvait rien apprécier. Rien ne la soulage ni l'intéresse pendant cette période sauf les bonnes nouvelles et l'évolution progressive positive de l'état de santé de son bébé. La priorité était donc accordée à la santé du bébé.

Maude : Je n'appréciais rien du tout et je ne voulais même pas être heureuse parce que pour moi c'était pas correct d'apprécier quelque chose alors que mon bébé est entre la vie et la mort. Pour moi, c'était ça et je voulais rien du tout. (ENTREVUE 3)

Deux participantes ont déclaré qu'elles ont ignoré les suivis médicaux après l'accouchement pour pouvoir seulement s'occuper du bébé. Selon Léa, sa santé est devenue secondaire devant celle de son bébé.

Maude : Je ne sentais plus la douleur de la césarienne par la suite parce que je marchais et tout, je n'avais pas le temps. Heureusement qu'il n'y avait pas de problème avec la plaie, on va dire tout était correcte et tout. Mais, en plus, je n'avais même pas le temps de surveiller ma pression. C'est jusqu'au moment où je suis partie chez le médecin encore pour un contrôle, elle a vu que ma pression, elle était haute quand même. J'avais des médicaments à prendre. Je ne voulais même pas mesurer ma pression. J'étais censée la faire, mais je ne voulais même pas le faire. (ENTREVUE 3)

Afin de surmonter cet aspect difficile, certains couples ont choisi de réagir de manière optimiste en pensant au bon côté, soit la survie du bébé. Selon Anne, bien que la sortie de l'hôpital soit pénible, l'idée que son bébé était vivant l'apaisait beaucoup.

Anne : En fait la seule chose qui me tenait, c'est que je me disais au moins il vit parce que même aujourd'hui je ne peux même pas l'imaginer de comment je serai revenue à la maison, pas de bébé dans mon ventre, pas de bébé tout court. (ENTREVUE 1)

#### 5.2.8 Une remise en question et un sentiment d'injustice motivés par le retour à la maison sans bébé

Le retour à la maison sans leur bébé peut susciter un sentiment d'injustice chez les couples. Celui-ci peut se manifester par la remise en question de la cause de la naissance prématurée. Ceci consiste à penser que la naissance prématurée est survenue suite à une erreur faite par les parents ce qui peut intensifier leur sentiment de culpabilité ainsi qu'à se comparer aux autres couples n'ayant pas vécu la transition à la parentalité dans des circonstances aussi difficiles. Pour Léa par exemple, le retour à la maison sans son bébé correspondait à la perte d'un moment qu'elle aurait aimé vivre, comme l'illustre cet extrait :

Léa : Qu'elles [les femmes accouchant à terme] ça va bien, qu'elles ne prennent pas attention d'elles, en tout cas qu'elles continuent de travailler, qui se laissent aller par la vie comme ça. C'est comme si moi, je l'aurais mérité, ça, ce petit enfant à terme là en santé, parce que j'ai tout fait pour faire attention, mais ce n'est pas arrivé. C'est ça souvent que je me dis. [...]

Puis c'est comme si, pourquoi ça, pourquoi elles y arrivent, pourquoi elles, ils vivent ça aussi beau, puis moi, j'ai pas eu cette chance-là. Il y a ça aussi, un peu de l'envie. (ENTREVUE 4)

Un sentiment de culpabilité peut aussi se manifester, particulièrement chez les femmes, qui s'attribuent la responsabilité de la naissance prématurée et de tout le stress et l'angoisse qui l'a accompagnée. Ce sentiment de culpabilité peut inclure les interventions médicales que le bébé subit ou a subies suite à sa naissance et son hospitalisation :

Alice : C'est de la voir en fait, c'est ça, c'est surtout en tant que maman, avec les remords, tu te dis « Si j'avais fait attention, elle n'aurait pas vécu tout ça dans le fond ». Elle n'aurait pas eu, c'est ça des cicatrices. Elle n'aurait pas eu toutes ces piqûres tous les matins, ce qui faisait en fait c'est ça, c'est le remords de ne pas avoir fait attention. (ENTREVUE 5)

Certaines se sont comparées aux autres parents de bébés nés à terme. Deux participantes ont évoqué le sentiment d'envie et de jalousie qu'elles éprouvent envers toute autre femme enceinte qui approche le terme de la grossesse ou qui accouche à terme. Selon elles, ceci vient intensifier leurs sentiments de culpabilité et de déception de ne pas avoir pu compléter la grossesse.

Léa : Je me rappelle quand on est allé voir mes cousines là, quand elles ont accouché par exemple. On y allait deux jours après, elles étaient à l'hôpital elles aussi, tout allait bien, pas de petits fils, rien. Je m'attendais à ça moi aussi. Mais, ça n'a pas été ça là. (ENTREVUE 4)

### 5.3 L'hospitalisation du bébé : un accès à une parentalité abstraite et incomplète, partagée avec le personnel médical

#### 5.3.1 La première rencontre avec le bébé : un mélange de choc et de joie

Le milieu néonatal, avec toutes ses machines et ses couveuses, a été choquant pour tous les parents participants. Pour Anne et Samuel, le fait de voir leur bébé dans une couveuse avec un masque et entouré de tous les fils et les appareils médicaux était si traumatisant qu'ils n'écoutaient plus les consignes du personnel médical. Ils se sont sentis complètement perdus.

Samuel : T'écoutes pas vraiment, même s'il fallait que tu portes attention parce qu'ils t'expliquent que ton enfant il va bien. Tu sais, fait que les tests qu'ils ont fait puis...

Anne : Et toi tu vois juste le masque, tu vois juste les solutés, tu vois juste les fils puis c'est que ça que tu vois. Pis que tu pleures tout le long, même que tu ne peux pas imaginer après. (ENTREVUE 1)

Pour tous les couples participants, la première rencontre avec le bébé était très émotive étant donné l'aspect physique du bébé qui est différent de celui d'un bébé « rose » né à terme. Thomas l'exprime ainsi : «J'étais content, j'étais fier, mais ça a été un choc parce que les premières secondes que je l'ai vu il venait de sortir puis là, il était comme gris bleu. » (ENTREVUE 4)

Pour Chloé et Jacob, ce qui était le plus difficile à assimiler pendant leur première rencontre avec leur bébé était sa très petite taille. Cette petite taille vient perturber l'image idéale qu'ils se sont faite de leur bébé.

Chloé : Moi, je me rappelle quand on est arrivé à l'hôpital. On a mis nos mains les deux sur lui, écoute Jacob il avait, là [notre bébé] il était gros comme la main de Jacob. Jacob mettait sa main sur lui, puis [notre bébé] des fesses à la tête, il rentrait dans sa main, puis là, on est parti, on pleurait. (ENTREVUE 6)

### 5.3.2 L'hospitalisation du bébé : une balade en montagnes russes

Les complications de l'état de santé des mères suite à leur accouchement prématuré représentent un défi de plus pour certains couples rencontrés, contrairement à ceux n'ayant pas eu un de complications médicales suite à la naissance prématurée, comme l'explique cette participante :

Maude : J'ai eu des complications après, donc je ne pouvais même pas parler puisque j'ai eu des polypes, donc je ne parlais pas. C'était aussi un autre stress parce qu'on risque encore de réopérer si les polypes ne partaient pas avec le traitement que j'avais. (ENTREVUE 3)

De plus, les complications suivant l'hospitalisation diffèrent d'un couple à l'autre. En effet, pendant la période d'hospitalisation dont la durée varie entre 2 semaines et 3 mois pour les couples participants, les bébés ainsi que la mère peuvent subir des complications en lien avec l'accouchement et la naissance prématurée. La moitié des participant.e.s ont eu des complications avec ou sans recours à la chirurgie pour le bébé. Ceci a augmenté le niveau du stress pour les couples comme l'exprime Arthur : « [...] La petite, après par la suite, elle était malade. Elle a fait une méningite à ma sortie de l'hôpital, on découvrait qu'elle était malade. C'était encore un autre stress. » (ENTREVUE 3)

Cette période d'hospitalisation génère une évaluation continue de l'état de santé du bébé, ce qui signifie à la fois des bonnes nouvelles, mais aussi des nouvelles moins réjouissantes. Les couples participants comparent cet aspect à des montagnes russes. Selon tous les couples participants, ces nouvelles mettent nettement à l'épreuve leur capacité psychologique à s'adapter aux changements et à gérer le stress qu'elles entraînent.

Catherine : Moi j'ai pleuré comme j'ai jamais pleuré dans ma vie. J'ai appelé ma mère en hurlant de pleurs pendant un moment en disant « Je n'y



arriverai pas ». Ça fait physiquement trop mal de voir mon fils comme ça puis de recevoir autant de mauvaises nouvelles. (ENTREVUE 2)

### 5.3.3 Dénier de l'accouchement et impuissance : se sentir spectateur

Face à cette succession de progressions et de rechutes, certains parents ressentent un sentiment d'impuissance puisqu'ils ne sont pas capables d'intervenir concrètement afin d'améliorer l'état de santé de leur bébé. En effet, bien que le personnel médical assure l'implication des parents dans les soins à donner au bébé, ceci n'empêche pas ces derniers de se sentir « spectateurs » à certains moments. Ce sentiment d'impuissance vient du fait que le bébé n'est plus dans le ventre de la mère et est passé directement entre les mains du personnel médical.

Léa : Ben oui ça vient apaiser [le fait de savoir que le bébé est entre de bonnes mains] mais tu sais la douleur est quand même là. Puis je dis souvent à Thomas « J'ai le ventre vide, puis j'ai les bras vides ». (ENTREVUE 4)

Selon les parents, cette séparation rapide du bébé a créé un vide corporel qui va contribuer à l'installation du sentiment d'impuissance. Cette séparation rapide a également provoqué une forme de déni de l'accouchement pour certaines participantes, qui rapportaient avoir ressenti la présence de leur bébé dans leur ventre après l'accouchement. Cette forme de déni se transforme ensuite en sentiment de vide. Aussi, la couveuse dans laquelle se trouve le bébé pendant cette période d'hospitalisation est non seulement un équipement compliqué et choquant pour la plupart des parents, mais aussi un facteur intensifiant le sentiment d'impuissance puisqu'elle entraîne une déconnexion partielle entre les parents et le bébé. Les participant.e.s perçoivent que le bébé est ainsi plus connecté au personnel médical, qui aurait plus de capacité à produire des changements dans l'état de santé de ce dernier. Ils indiquent passer la plupart de leur temps pendant cette période derrière la vitre de l'unité néonatale, donc être peu actifs concrètement dans la prise en charge de l'état de santé de leur bébé, comme

l'exprime Maude : « On est là, mais on ne peut rien faire. C 'était ça, on va dire, la plus grande douleur. C'est de voir ton bébé dans une couveuse, branché à pas mal d'appareils. (ENTREVUE 3)

Afin de mettre fin à ce sentiment d'impuissance, certains parents ont choisi la méthode du lâcher-prise en optant pour l'acceptation de la situation telle qu'elle et d'investir toute leur énergie dans le suivi les instructions du personnel médical à la lettre, au lieu de fléchir sous l'angoisse et le stress quotidien, comme l'exprime Catherine : « Et là, la vie arrive et on fait comme « Ah! c'est pas nous qui contrôle là ». On n'a aucun contrôle, fait qu'on a juste laissé aller [Arthur : We go with the flow là.] et on va lâcher prise, pis on va rester à l'écoute. » (ENTREVUE 2)

#### 5.3.4 La présence du personnel médical ressenti comme un baume pendant cette période difficile

Tous les couples participants ont souligné le soutien et la bienveillance du personnel médical pendant cette période. Leur présence, l'encadrement offert et la bienveillance manifestée à leur égard ont fait en sorte qu'ils ont traversé cette période difficile convenablement. Catherine a par exemple été soutenue par un médecin qui l'a aidé à mieux s'adapter à la situation en l'invitant à noter dans un cahier toutes les bonnes et mauvaises nouvelles ainsi que toutes les évolutions de l'état de santé de son bébé. Ceci a permis à Catherine à mieux gérer son stress et à évacuer son angoisse à travers l'écriture. Pendant cette période d'hospitalisation, les couples ont aussi soulevé la grande implication que le personnel médical tente d'instaurer pour les parents dans la prise en charge des soins à prodiguer aux bébés. Par ce moyen, les couples se sont sentis « véritablement parents ». En les incluant dans les différentes tâches telles que changer les couches, donner le biberon, donner le bain, ces derniers ont cessé de se sentir spectateurs et ont senti qu'ils ont un rôle actif dans l'évolution de l'état de santé de leur bébé.

Maude : Ils nous laissaient faire. Ils étaient tout le temps présents, mais ils nous apprenaient les bonnes manières et nous expliquaient les choses. Donc, c'était pas vraiment « Ah non tu touches pas au bébé ». Le personnel, il était souple et très présent, il donnait beaucoup de conseils, nous expliquait. Il y'avait même des mamans infirmières qui étaient avec nous, qui avaient des bébés prématurés et donc elles partageaient leurs expériences avec nous. Donc, c'était vraiment des conseils, on faisait ensemble. C'était pas infirmières et mamans, c'était plus. (ENTREVUE 3)

Toutefois, certains couples ont évoqué avoir concurremment vécu de mauvaises expériences avec le personnel médical. Ceci a augmenté le stress chez ces couples qui, n'ayant plus confiance en certains membres du personnel médical, se sont mis à surveiller de près l'évolution de l'état de santé de leur bébé. C'est notamment le cas d'Alice qui rapporte : « On voulait vérifier tout ce qu'ils faisaient parce qu'on a eu une mauvaise expérience avec une infirmière, puis plus jamais je laisse ça se reproduire. » (ENTREVUE 5)

### 5.3.5 Se forger une identité parentale forte nécessite le déploiement de diverses stratégies

L'identité parentale s'est développée chez les couples durant la période d'hospitalisation. Dans ce contexte, les parents ont déployé différentes stratégies pour solidifier leur identité parentale. La première consiste à créer un lien physique avec leur enfant. Une activité très appréciée par tous les couples rencontrés, le contact peau à peau, représente une étape cruciale dans le processus d'attachement et de développement de l'identité parentale pendant cette période intermédiaire à l'hôpital.

Maude : On attendait impatiemment le moment où on pouvait faire le peau à peau. On visait le maximum. D'ailleurs, on faisait une petite course qui est « premier arrivé, premier servi » pour faire le peau à peau entre moi et son père [notre bébé]. Parce qu'on ne voulait pas trop la fatiguer, parce que c'était un peu fatigant à la faire sortir de la couveuse et tout. (ENTREVUE 3)

Le contact peau à peau représente une façon de rompre le blocage causé par la présence du bébé dans la couveuse en venant confirmer la parentalité et rétablir la connexion des parents avec le bébé qui a été interrompue par l'accouchement prématuré. Selon Samuel, c'est à travers la peau à peau qu'il a réalisé qu'il est devenu père.

Samuel : Il y a comme un petit blocage qui se fait parce que, tu sais, oui tu mets ta main, mais c'est pas pareil, c'est pas le même feeling, c'est pas un peau à peau, mais c'est pas le même peau à peau que d'avoir sa tête collé contre ton cœur puis tout ça. (ENTREVUE 1)

La troisième stratégie correspond à l'implication dans les soins à donner au bébé. Cette implication est importante pour les couples. En effet, c'est à travers cette implication à l'hôpital qu'ils intègrent leur rôle de parents. Pour Samuel par exemple, cette implication lui a permis de se sentir « un père ».

Samuel : Ça se fait plus naturel [l'implication dans les soins à donner au bébé] puis je me sens plus comme un père puis comme un bon conjoint, tu sais de réussir à être capable de faire seul puis d'être impliqué. J'avais l'impression que la vie de famille était mieux vu que j'étais impliqué que si j'avais été enfermé puis que je voulais rien faire. (ENTREVUE 1)

La quatrième stratégie est la présence constante à l'unité néonatale. Les couples participants insistaient sur l'importance d'être présents de manière constante auprès du bébé. En effet, ces derniers s'assuraient d'être présents au mieux 24 heures sur 24 heures au chevet du bébé. Selon eux, cette présence continue constitue non seulement un besoin qui est ressenti chez les parents pendant cette période-là, mais aussi une forme d'assurance du non-abandon du bébé. Selon Catherine, sa présence allait aider son fils à guérir plus vite, ce qui pourrait diminuer la durée d'hospitalisation.

Catherine : Parce qu'eux [les médecins], ils ont dit : « Une des choses qui va faire en sorte que votre fils va sortir plus rapidement c'est votre présence. Si vous êtes là pour lui, c'est ça qui va faire en sorte que vous allez sortir plus rapidement ». (ENTREVUE 2)

Une cinquième stratégie est l’allaitement. Tous les couples accordent une grande importance à l’allaitement. En effet, l’allaitement représente une forme de devoir à accomplir pour aider le personnel médical à « sauver le bébé » et contribuer à améliorer le développement de sa santé. Cette étape est cependant difficile étant donné l’inexpérience et la séparation du bébé pendant cette période.

Chloé : Ils disent [les infirmier.es] : « Il faut que tu tires ton lait », parce que moi j'avais décidé d'allaiter. C'est un défi sûr l'allaitement quand il est prématuré, parce que t'as pas les premiers pleurs, t'as pas la montée de lait, puis là il faut que tu tires puis là ils [les infirmier.es] disent :« Regardez une photo de votre enfant ». Là, t'es en train de faire la porno juvénile, tu tires le lait puis tu regardes l'enfant, puis là il faut que ça monte. C'est comme ça, j'ai trouvé ça difficile au début. (ENTREVUE 6)

### 5.3.6 Surmonter l'épreuve : mécanismes d'adaptation déployés

Tous les couples participants ont particulièrement souligné les différents mécanismes qui les ont aidés à affronter les difficultés rencontrées pendant la période d'hospitalisation. Parmi ces mécanismes, on note l'isolement, le travail d'équipe, l'implication dans les soins, les convictions spirituelles et religieuses et la comparaison aux autres bébés.

#### 5.3.6.1 L'isolement : choisir de s'isoler pour mieux faire face à la situation

Pendant la période d'hospitalisation, quatre couples sur six couples ont choisi de s'isoler en minimisant tout contact avec leurs familles ou leurs amis. Selon eux, ils n'avaient pas envie d'expliquer la situation à leur entourage, car personne ne pouvait comprendre ce qu'ils vivaient. En effet, selon certains couples, l'explication de la situation demande non seulement du temps, mais aussi une force mentale supplémentaire pour être capable de répondre à tous les commentaires et jugements qui peuvent découler de la réaction de l'entourage qui sont parfois négatifs. Ainsi, ces

parents ont profité de cet isolement pour se retrouver en tant que couple et se concentrer complètement sur l'évolution de l'état de santé de leur bébé.

William : Oui, c'était beaucoup plus par rapport à ça [ne pas vouloir partager leur quotidien avec notre entourage]. C'était pour préserver ça, puis je ne voulais pas partager ça avec tout le monde là. Même si c'est ma mère, elle ne va pas comprendre. (ENTREVUE 3)

Un des couples a choisi l'isolement suite à des conflits avec la famille et les amis à cause de leurs commentaires jugés comme négatifs à l'annonce de la naissance prématurée.

Thomas : On s'est vraiment soudé, et puis on s'est détaché, mettons, de la pollution externe. On avait des énergies négatives autour de nous, puis on s'est vraiment détaché de ça là. (ENTREVUE 4)

Pour un autre couple, l'isolement n'était un choix, mais une obligation vu le système de visite restreint en unité néonatale et la non-disponibilité de la famille pendant la période de naissance. Cependant, le couple a souligné le soutien quotidien de la famille par les appels téléphoniques ainsi que celui des amis par la préparation des repas. Selon ce couple, ceci représente une aide importante ayant facilité leur séjour à l'hôpital.

Alice : Ils nous ont fait ça [les plats préparés à congeler], ça a été très apprécié. Mais, c'est ça mes beaux-parents, ses parents dans le fonds [les parents de Gustave] sont venus, quand même nous relayer. Ce qui nous a permis de se retrouver un petit peu, là-dedans. Ma mère reste à distance, elle est venue. Mais, sinon le reste de la famille c'est à cause des maladies, des conditions. On a eu quelques membres proches qui sont venus, mais pas tant que ça. (ENTREVUE 5)

Toutefois, le choix d'isolement individuel peut engendrer une solitude ainsi que des problèmes conjugaux pour chacun des membres du couple. C'est le cas d'un des couples participants a choisi de s'isoler des personnes de leur entourage, mais de façon

individuelle, chacun de son côté. Ce couple a mal vécu la période d'hospitalisation à cause du non-partage des tâches pendant cette période. Ceci a créé plusieurs conflits ce qui a augmenté le stress et la solitude de chaque partenaire comme l'exprime Catherine : « Je me sentais vraiment seule avec ma douleur. Tu sais, j'appelais beaucoup ma mère, vraiment beaucoup. » (ENTREVUE 2)

#### 5.3.6.2 Travail d'équipe : faire face à la situation ensemble

Tous les couples ont soulevé un facteur important qui les a aidés à surmonter cette épreuve, soit le travail d'équipe. En effet, le soutien mutuel des partenaires pendant cette période fait en sorte qu'ils forment une « bonne équipe », résistante aux chocs, à l'angoisse et aux mauvaises nouvelles qu'ils expérimentent pendant cette période d'hospitalisation du bébé. Pour Catherine et Arthur qui éprouvent des problèmes avant la naissance prématurée du bébé, la période de l'hospitalisation génère plus de tensions. Selon ce couple, le fait qu'ils n'ont pas formé une équipe pendant cette période a fait en sorte qu'ils soient séparés, s'occupant du bébé chacun de son côté. Arthur l'exprime ainsi : « Mais ça a été quasiment un deuil pour moi de pas vivre ce moment en trio, d'être détaché, d'être seul. » (ENTREVUE 2)

#### 5.3.6.3 Refuser d'être spectateur : importance de s'impliquer dans les soins à prodiguer

L'implication des parents dans les soins permet une forme d'adaptation chez les couples. Ces couples conçoivent cette période d'hospitalisation comme une opportunité d'apprentissage étant donné qu'ils n'ont pas eu le temps d'assister à tous les cours prénataux qui les préparent à la naissance à cause de l'accouchement prématuré. En effet, pour la majorité des couples participants, cette période d'hospitalisation, bien qu'elle soit remplie de défis, représente une période d'apprentissage pertinente qui leur a permis d'acquérir des connaissances sur les soins à donner à leur bébé.

Jacob : On a vu ça positivement, puis on s'est dit « nous sommes en plein d'outils, plein de trucs. Naturellement, s'il était bon après 24 heures : « félicitation t'as ton enfant, bye bye à la maison », grâce à la néonatalogie, on a appris.

Chloé : À laver [notre bébé] dans le bain

Jacob: C'est ridicule, mais t'as jamais eu d'enfant dans ta vie, comment prendre le bébé, les positions, prendre le bain, les premières fois que tu changes les couches, toutes sortes de...

Chloé : Nettoyer le nez.

Jacob : On avait une infirmière attitrée à nous fait que c'était...

Chloé : On s'est dit on va le prendre positivement, on a quelqu'un pour sauver notre bébé puis qui va nous montrer comment être dans le quotidien des soins les meilleurs parents possible. On s'est pratiqué pendant 8 semaines. Quand on est arrivé à la maison, on n'était pas stressé avec ça, on savait ses pleurs, on les connaissait, la façon qu'il dormait, on le savait. On était outillé, c'est comme ça qu'on l'a pris. (ENTREVUE 6)

Cependant, un des couples a souligné l'absence d'un accompagnement adéquat à l'allaitement qu'ils jugent comme une étape cruciale dans cette expérience. Selon ce couple, l'absence de soutien pourrait expliquer l'abandon de l'allaitement.

#### 5.3.6.4 S'adapter à la situation grâce aux convictions spirituelles et religieuses

Quatre couples sur six trouvent que leurs convictions religieuses ou spirituelles les ont grandement aidés à effectuer le lâcher-prise et ainsi faire face au choc émotionnel en les orientant vers une réflexion spirituelle qui les a menés à accepter la situation et à se concentrant sur l'évolution de l'état de santé de leur bébé.

Maude : Moi je suis croyante donc je me dis c'était le destin donc c'était voulu. C'est arrivé, on ne peut pas changer, on ne va pas changer les faits. Donc, elle est arrivée, je dois m'adapter aux faits et attendre l'évolution, c'était ça. (ENTREVUE 3)

#### 5.3.6.5 Comparer l'état du bébé à celui des autres bébés prématurés

Certains couples ont comparé l'évolution de l'état de santé de leur bébé à celui d'autres bébés prématurés. Ainsi, le couple peut comparer l'état du bébé à un autre bébé dont



l'état est plus critique, ce qui correspond à une forme d'adaptation du couple à la situation en concluant que leur situation n'est pas aussi grave. Selon Alice, cette comparaison lui a permis de « se consoler » : « À un moment donné tu te dis : « ben je suis chanceux ». On a vu des cas de figure précaires, donc à un moment donné quand tu te compares, tu te consoles. Mais tu veux pas te consoler sur le dos des autres non plus. » (ENTREVUE 5) Cependant, s'ils comparent leur bébé à un bébé se rétablissant plus vite, ceci peut intensifier leur niveau de stress.

Anne : Oui, on a parlé tantôt des choses difficiles : le fait de voir des bébés rentrer après [notre bébé] et sortir avant [notre bébé]. À chaque fois, on se disait, mais qu'est-ce qui ne va pas avec notre bébé? Tu vois un bébé des fois tu dis « Ah non il est plus petit il est même plus petit, il a l'air moins en santé que [notre bébé]. » Puis trois jours après, pas de problème tout est beau. On ne comprenait pas là, c'était dur, ça, c'était dur. (ENTREVUE 1)

#### 5.4 Retour à la maison : la concrétisation des rôles parentaux par la négociation du partage des tâches

##### 5.4.1 Sortir de l'hôpital et être rempli.e de joie et de stress

La sortie de l'hôpital correspond à un événement tant attendu. Chaque couple rencontré a soulevé la particularité de cette journée marquante et joyeuse. Ils rapportent qu'il s'agit du moment le plus heureux de toute l'expérience, comme l'exprime Alice :

Alice : La plus grande réjouissance, c'est le congé, les premiers 24 heures qui te donnent dans le fond là quand tu te dis : « Ah c'est, on peut partir avec elle dans le fond à la maison. » Ça, je pense, c'est le plus beau moment après avoir accouché (rire) que tu te dis « Wow! ». (ENTREVUE 5)

Ce retour à la maison représente non seulement la fin d'une période de stress vécue à l'hôpital, mais aussi une occasion pour tenter de profiter des moments à trois, ce qui n'était pas possible à l'hôpital.

Catherine : Puis, les moments d'arrêt quand on est arrivé à la maison. Les moments d'arrêt qu'on avait les trois ensemble, les moments qu'on s'est collés nous deux avec notre fils puis qu'on se posait collés ça. C'est comme si ça remplissait le seau de bonheur puis d'énergie qui avait peut-être été mis dans le rouge pendant les deux semaines. (ENTREVUE 2)

#### 5.4.2 Passer de l'hôpital à la maison : sentiment d'insécurité

Avec le retour à la maison, la majorité des couples, particulièrement les pères, ont éprouvé un sentiment d'insécurité à cause de l'absence de toutes les machines présentes dans l'unité néonatale. Selon eux, ces machines représentaient une forme d'assurance que leur bébé allait bien. Alors qu'à la maison, sans l'aide de ces machines et avec l'absence de personnel médical auquel ils pouvaient se référer, ils devaient se fier à leur instinct.

Maude : Il y avait la crainte : « Ah oui il n'y a pas d'appareil, est-ce qu'elle va désaturer ? Est-ce qu'elle va avoir des apnées ? ». C'était ça, mais on était là, on a fait de notre mieux. Donc le problème c'était qu'elle régurgitait, on a trouvé la solution : « OK je dors assise, je la porte, il y a pas de problème ». Donc on a fait des efforts, mais c'était pour son bien. (ENTREVUE 3)

#### 5.4.3 La fragilité du bébé prématuré génère une tendance des parents à le surprotéger

Ce sentiment d'insécurité a laissé place par la suite à une protection excessive de l'enfant. En effet, la majorité des couples atteste que la prématurité de leurs bébés a entraîné chez celui-ci une fragilité immunitaire. Ainsi, ils se sentent obligés de faire plus attention que les autres parents pour que leurs bébés restent en santé. Ceci représente donc un « devoir » de parent de bébé prématuré.

Alice : Puis elle [notre bébé] a longtemps dormi dans notre chambre, très, très longtemps, elle avait une bassinettes moïse. Puis elle est restée dedans jusqu'à 9 mois. (ENTREVUE 2)

Cette surprotection fait aussi en sorte que plusieurs parents ont gardé un certain isolement afin de limiter le risque de contamination du bébé, notamment en limitant les sorties dans les endroits publics fermés ainsi que les visites afin d'éviter les germes et les microbes venant des personnes de l'extérieur.

Léa : Puis c'est après, quand les gens viennent ici, d'être inquiets qu'il [notre bébé] attrapent quelques choses, les petits microbes. On demandait toujours aux gens qu'ils se lavent les mains. On était invité quelque part, on sortait on préservait sa santé, puis nos énergies aussi. Mais, la première année on n'est pas allé à l'épicerie, pas une fois avec lui, pas à la pharmacie, on est vraiment resté... (ENTREVUE 4)

#### 5.4.4 Négociation du partage des tâches liées au bébé

En s'adaptant à l'environnement de la maison, les couples participants ont instauré une routine familiale, leur permettant d'avoir une vie familiale à trois. Toutes leurs activités sont ainsi partagées de façon à ce que les deux partenaires s'occupent du bébé. Ainsi, le rôle de parent s'est concrétisé par le fait d'avoir une responsabilité complète de s'occuper du bébé, sans l'intervention du personnel médical. Ce rôle de parent s'est développé à travers la négociation des parents par rapport aux différentes tâches attribuées à chacun.

Alice : Avant [la naissance du bébé], moi je cuisinais, lui [Gustave] il écoutait sa télé. Maintenant [après la naissance du bébé], c'est comme tu ne peux pas aller faire ce que tu veux. Si tu veux qu'on mange, il faut que tu t'occupes de la petite. (Rire) Là, t'as pas le choix, mais tu sais au début Gustave il fallait que j'y rappelle, qu'il fallait qu'il dût faire ça, mais maintenant c'est comme c'est acquis. (ENTREVUE 5)

#### 5.4.5 Persistance de la prématurité : des parents qui restent « prématurés »

Selon plusieurs couples participants, la prématurité ne s'arrête pas à la sortie de l'hôpital et continue de se faire sentir dans la vie des couples plusieurs mois après la naissance. Cette continuité de la prématurité peut avoir des effets persistants sur la vie

de couple. En effet, à la suite de cette naissance prématurée, trois couples sur six refusent catégoriquement une deuxième grossesse, soit par peur que cette expérience se répète, soit dû aux séquelles de cette naissance prématurée qui les met plus à risque de récidives pour les prochaines grossesses.

Maude : Même des fois on parle d'un deuxième bébé ça ne me plaît pas parce que je sais que je risque la même chose. Pour certains, ils te disent « oui tente ta chance t'auras une grossesse normale ça sera surveillé par les médecins » mais c'est stressant. (ENTREVUE 3)

La persistance de la prématurité peut également se manifester dans l'angoisse d'une prématurité récidive, d'où la vigilance afin de la prévenir. En effet, deux autres couples trouvent que cette expérience a fait en sorte qu'ils seront plus vigilants dans le suivi de leur deuxième grossesse afin d'essayer d'éviter une deuxième naissance prématurée.

Anne : Pas envie de revivre admettons 30 jours à l'hôpital, parce que là en plus on a comme un deuxième à s'occuper. C'est peut-être un petit freinage qui se crée, mais ça veut pas dire vu qu'elle n'a pas eu de prédisposition puis tout ça, on sait quand même pas c'était quoi. Fait que peut être que le prochain pourrait être à terme. Fait que ça freine comme un petit peu. (ENTREVUE 1)

Toutefois, le couple restant trouve que l'expérience de la naissance prématurée ne correspondait pas à leur plan de premier accouchement et elle était si imprévue et rapide qu'ils attendent avec impatience leur prochaine naissance pour pouvoir vivre les moments souhaités et imaginés qui n'ont pas pu être réalisés lors de la naissance prématurée.

Catherine: C'est pour ça que j'ai hâte d'avoir autant mon deuxième rapidement là, parce que moi je n'ai pas fait mon deuil de ma grossesse. Quand j'ai accouché je faisais du yoga chez nous, je me lavais dans mon bain à quatre pattes je n'étais pas allée dire : « sortez-moi je suis plus capable je vais exploser ». J'étais zéro là-dedans. Fait que, non c'était vraiment dur, c'était vraiment difficile de perdre ça là. (ENTREVUE 2)

Malgré que l'expérience de la naissance prématurée soit derrière eux, les couples participants vivent toujours des séquelles de cet événement dans leur vie quotidienne. Ainsi, certains couples soulignent que la prématurité persiste malgré que leur enfant a pu la dépasser.

Chloé : Moi, j'ai déjà vu une phrase qui m'a vraiment marqué : « un prématuré devient un jour un enfant normal, un parent d'enfant prématuré restera toujours un parent d'enfants prématuré. » C'est une phrase extrêmement forte et c'est extrêmement vrai, tu sais [notre bébé] a grandi, il a 2 ans là, il est plus un prématuré, mais moi je dois toujours être la maman de prématurée, c'est ça. (ENTREVUE 6)

Comme la naissance prématurée peut avoir des effets sur le développement physique et psychosocial du bébé qui peut s'avérer plus lent comparativement aux autres bébés nés à terme, les parents rapportent la persistance de leur inquiétude et leur angoisse, d'où la persistance de la prématurité dans leur vie. Dans ce contexte, les parents expriment le stress qu'ils ont éprouvent par rapport à la croissance « normale » de leur bébé.

Catherine : Je pense que la prématurité s'arrête pas à sa sortie de l'hôpital. Puis, ça va faire partie du quotidien. Je pense que ça dépend du niveau de prématurité là. C'est parce que nous notre fils tu le vois que son un mois de prématurité on le sent au quotidien. On le sent avec la relation avec les autres. On le sent dans son développement, mais ce n'est pas un grand prématuré fait qu'à un moment donné je pensais qu'il va rattraper ça, puis ça va être en arrière de nous. Peut être que non, un enfant prématuré de 25 semaines, ça va peut-être aller plus long avant que ça soit derrière nous du point de vue du développement. (ENTREVUE 2)

Pour Alice, la naissance prématurée a fait en sorte qu'elle avait du mal à se détacher de son bébé à la maison. Cet attachement peut être expliqué par la séparation rapide à la naissance ainsi que le fait que la grossesse n'a pas pu être complétée. Selon Alice, ceci

l'a amené à vouloir être collée à son bébé, de façon à ce qu'elle dorme avec elle et son conjoint au même lit. Le détachement a pu se faire quelque mois plus tard.

Alice : Fait que là, j'ai décidé de faire le pas [de coucher le bébé dans sa chambre] mais ça aussi c'est un autre sentiment parce que dans le fond, comme si je faisais faire perdurer sa proximité, puis c'est comme encore un choc du fait que je ne l'ai pas gardé 9 mois dans mon ventre. Là c'était comme « OK, on s'en va dans sa chambre », il y a un détachement encore qui doit se faire dans le fond. (ENTREVUE 5)

## 5.5 Changements conjugaux et sexuels : une vie de couple mise à l'épreuve et une sexualité moins fréquente et plus mature

### 5.5.1 La naissance prématurée affecte la conjugalité

La vie conjugale des couples participants a subi des changements suite à la naissance prématurée de leurs bébés. Ces changements diffèrent en intensité entre les couples. Toutefois, pour tous les couples participants, cette naissance prématurée représente une épreuve venant tester la solidité de la relation conjugale. Ainsi deux scénarios peuvent en résulter, soit un renforcement de la relation de couple, soit un affaiblissement de celle-ci.

Quatre couples sur six ont constaté que cette expérience de naissance prématurée a mis à l'épreuve la solidité de leur couple en la renforçant. En effet, les moments difficiles qu'ils ont endurés ensemble pour la première fois en tant que couple ont transformé positivement leur relation de couple.

Anne : Moi j'avais l'impression, même j'ai encore l'impression qu'on dirait qu'après avoir vécu ça, ça prendrait vraiment quelque chose de super gros pour être capable de nous séparer là, parce qu'on l'a tellement vécu ensemble, que ça nous a créé un lien particulier. Puis que même si jamais on viendra, j'aime pas penser à ça, mais qu'on viendrait qu'à se séparer pour X raisons, ça va toujours rester le père de mon ou mes enfants puis avec l'épreuve qu'on a vécue j'ose pas avoir la même reconnaissance par

rapport au fait qu'on l'a vécu ensemble. Je pense que les naissances, ça rapproche la plupart du temps. (ENTREVUE 1)

Pour Chloé et Jacob par exemple, cette expérience représente plus qu'une épreuve pour le couple ; selon eux, c'est une occasion pour confirmer leur relation conjugale : « Ça l'a confirmé, ça l'a renforcé, puis ça ne nous a pas éloigné au contraire, je pense que ça nous a rapprochés. » (ENTREVUE 6). Cette épreuve difficile a permis à Maude de découvrir l'attitude de son conjoint en cas de situation imprévue et difficile. Ceci lui a permis de découvrir le fonctionnement de son couple en cas de gestion d'un grand stress.

Maude : Le [William] découvrir dans des situations critiques, comment il a géré, comment il gère, comment il voit les choses, parce que là déjà quand on se marie on découvre la personne, c'est autre chose, on partage des avis, les avis différents. Mais après comment on prend en charge, comment on est, on découvre la responsabilité dans des conditions pareilles, c'est là où on découvre plus notre moitié. (ENTREVUE 6)

Dans les cas où la relation conjugale a été fragilisée par la naissance prématurée, le traumatisme de la naissance prématurée ainsi que les conséquences médicales pour la mère et le bébé ont fait en sorte que la relation de couple a été suspendue pendant la période d'hospitalisation du bébé. Les partenaires ne se voient plus et ne communiquent que par téléphone, principalement à propos de l'évolution de l'état de santé de leur bébé. Après la sortie de l'hôpital, ce couple a pris du temps pour retrouver une vie conjugale qui ne ressemble pas à celle d'avant, vu le changement de leur routine quotidienne ainsi que leur grande préoccupation de leur bébé. Ainsi, la priorité était et est restée accordée à leur bébé.

Maude : On partageait les responsabilités, chacun fait ce qu'il a à faire. Mais, c'était pas vraiment une vie de couple. On était ensemble, mais chacun pensait à ce qu'il va faire demain. Par exemple, moi je me réveille le matin, je commence à travailler jusqu'à 17 heures, c'est sûr que je fais

des passages à l'hôpital pour voir les deux, mais après 17 heures je pars à l'école, là où je fais mes études. À 21 heures je rentre soit à l'hôpital, soit ici pour manger. Si c'est à l'hôpital, c'est pour son bain. Après je recommence le travail aussi jusqu'à minuit ou une heure du matin. Donc, c'était on se voyait même pas pour une heure ou pour deux heures. Ce n'était même pas une heure ou deux heures de temps durant toute la journée, donc c'est ça. (ENTREVUE 3)

Pour un autre couple, les partenaires ont rapporté que leur relation conjugale était problématique avant la naissance du bébé, ce qui les a amenés à entamer une psychothérapie conjugale. Il s'agissait principalement de mésententes quotidiennes concernant les attentes de chacun des partenaires. Avec le choc de la naissance prématurée ainsi que la séparation physique des conjoints à la naissance, le couple s'est trouvé confronté à une situation rendant encore plus difficile leur relation de couple. Ainsi, les tensions et les disputes se sont succédées pendant la période d'hospitalisation sur la question de la négociation du partage de tâches à l'hôpital. Au retour à la maison, Catherine rapporte être moins satisfaite comparativement à avant la naissance prématurée de son bébé. Cette insatisfaction conjugale est principalement reliée au fait qu'Arthur s'occupe excessivement du bébé et s'investit moins dans le couple. Ces comportements génèrent des disputes entre Catherine et Arthur et font en sorte qu'ils ne se partagent pas les tâches à la maison et ont donc des moments chacun à part avec leur bébé.

Catherine : Moi, c'est sûr que personnellement, je me sens plus irritable pour une raison X. Je ne sais pas pourquoi, c'est sûr que je suis moins active. En tant que conjointe, je me sens rejetée par mon conjoint, autre que la vie sexuelle. Mais c'est le manque des petites attentions quotidiennes, les « je t'aime », les commentaires désagréables qu'il peut me faire parfois, parce qu'il était impatient, parce qu'il est fatigué. Puis, mon Dieu combien il aime son fils, c'est bon là, mais je suis le *pushing bag* de mon mari en ce moment. C'est comme ça que je me sens. Il ne veut tellement rien faire subir à son fils et c'est correct. J'aime mieux être le *pushing bag* que le contraire, mais juste limite avoir le dos large là (Rire). C'est *tough*, mais bon, je sais que



je suis pas au top de moi non plus, le fait que ça m'inquiète tout le temps un peu plus. (ENTREVUE 2)

Malgré cette insatisfaction déclarée, Catherine indique toutefois avoir plus de respect pour son conjoint vu sa présence constante auprès de leur bébé. Cette dernière se dit reconnaissante du fait que son conjoint ait continué à être présent auprès d'elle et de leur bébé. Cette présence vient apaiser son sentiment de solitude ressenti à l'hôpital.

#### 5.5.2 Une baisse de la fréquence sans augmentation d'insatisfaction : la sexualité suite à la naissance prématurée

La naissance prématurée a affecté la vie sexuelle des couples participants. En effet, pendant la période d'hospitalisation, les rapports sexuels n'étaient pas la priorité pour les couples et tous les couples ont cessé d'avoir des rapports sexuels pendant cette période. Ceci s'explique par le fait que les couples ont été séparés pendant cette période afin d'assurer une présence continue auprès du bébé. Selon tous les couples participants, la priorité ultime pendant cette période d'hospitalisation était accordée à l'état de santé du bébé, ce qui explique l'absence des rapports sexuels. Toutefois, il y a eu une reprise de l'activité sexuelle pour certains qui cherchaient principalement à apaiser le stress et l'inquiétude vécus au quotidien par l'activité sexuelle. Pour Alice, la reprise de l'activité sexuelle leur a permis de retrouver leurs rôles d'amants dans leur nouveau quotidien de parents : « C'était comme, on redevenait des amants comme avant puis après on l'a fait très rapide parce qu'on n'avait pas beaucoup de temps. » (ENTREVUE 5)

Pour tous les couples participants, la fréquence des rapports sexuels suite à la naissance du bébé a diminué comparativement à celle d'avant la naissance. Ceci est lié principalement au manque de temps et à la fatigue. Pour d'autres couples, le manque de désir sexuel chez la conjointe a fait en sorte que la fréquence des rapports sexuels

diminue. Selon les conjointes, ce manque de désir est dû principalement aux changements hormonaux et la fatigue entraîné par l'allaitement.

Alice : Mes hormones dans le fonds t'allaites, c'est plus pareil. Mais, la première fois vu que tout au long de la grossesse, ça faisait quand même 6 mois qu'on n'avait pas vraiment fait l'amour comme on le faisait avant. Fait que là, c'est sûr que c'était le retour, mais après les envies, moi, je n'ai pas d'envie. Il y a des femmes qui semblerait que c'est différent, mais moi, je n'ai pas d'appétit sexuelé J'ai déjà eu de gros appétits, puis là, j'en ai pas. (ENTREVUE 5)

En dépit de la diminution de la fréquence des rapports sexuels, tous les couples se disent satisfaits sur le plan sexuel. Pour Catherine et Arthur, pour qui la vie conjugale est rendue plus perturbée par la négociation du partage des tâches, les rapports sexuels représentent un moyen d'apaiser les conflits et de renouer leur relation.

Arthur : Oui, mais parce que les conflits on se dit « câline on est donc ben désagréables l'un envers l'autre faisons l'amour. » (Catherine : oui oui) Puis c'est long, mais souvent ça fait juste détendre l'atmosphère, ça vient détendre les tensions. (ENTREVUE 2)

Tous les couples participants ont constaté un changement du sens donné à leur vie sexuelle. En effet, les couples participants rapportent le fait que leur vie sexuelle est transformée en une « relation sexuelle de parents », pour reprendre leurs termes. Cette nouvelle forme de sexualité est décrite comme étant plus mature en occupant une place moins imposante que celle d'avant. Selon Anne, la sexualité de parents peut s'expliquer par le fait qu'elle et son conjoint n'arrêtent pas de penser à leur bébé, même pendant leurs rapports sexuels. Toutefois cette maturité sexuelle ne signifie pas nécessairement une lassitude sexuelle et n'a pas empêché certains couples d'avoir des moments décontractés et plaisants, comme l'exprime Maude : « On s'amuse plus, je ne sais pas des fois, on a des moments de folie quand elle dort, genre c'est ça. » (ENTREVUE 3)

En somme, les résultats ont montré que la naissance prématurée représente un accès imprévu à la parentalité, ce qui amène différents défis dans la création de l'identité et du rôle parental et entraîne des répercussions persistantes sur la vie conjugale et sexuelle du couple.

## CHAPITRE VI

### DISCUSSION

Les résultats des études antérieures montrent que les connaissances sur la transition à la parentalité dans le contexte de naissance prématurée sont assez limitées, notamment en ce qui concerne la répercussion de la naissance prématurée sur la vie conjugale et sexuelle, ce qui peut entraver la qualité des services offerts aux nouveaux parents en unité néonatale. Ainsi, dans le but de contribuer aux connaissances, ce projet de mémoire a tenté de répondre à l'interrogation suivante : « Comment la transition à la parentalité des couples avec un bébé prématuré affecte-t-elle la vie coparentale, conjugale et sexuelle ? » Ce chapitre a pour objectif de discuter les résultats de cette étude qualitative exploratoire. Un modèle théorique (voir Figure 5.1, p.39) du processus de transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée a été élaboré en s'appuyant sur le corpus empirique constitué de témoignages de couples parents de bébés prématurés. Ce modèle divise la transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée en quatre composantes, soit la grossesse désirée et appréciée, la naissance prématurée, l'hospitalisation du bébé et le retour à la maison. Ce chapitre discutera chacune de ces composantes en regard de la littérature et du cadre conceptuel mobilisé. Enfin, nous présenterons les implications pratiques et les limites de cette étude et nous proposerons des recommandations pour les recherches futures.

#### 6.1 Une grossesse désirée et appréciée

Rappelons que pour les couples participants, la grossesse était survenue suite à un désir d'enfant et une décision de projet d'enfant partagés, et que tous les couples participants

ont particulièrement apprécié la période de grossesse. En effet, l'idée d'être enceinte représente non seulement une concrétisation de l'objectif de parentalité, mais aussi un état d'épanouissement personnel et conjugal qui serait interrompu par la naissance prématurée. Ainsi, l'accouchement prématuré vient interrompre cette grossesse idéalisée, ce qui bouleverse toute planification faite par le couple. Ceci va dans le sens des résultats de l'étude de Druon (2005) qui a montré que l'interruption brusque de la grossesse entraînerait une perte du statut apprécié de femme enceinte. Ceci nous mène au questionnement suivant : l'idéalisation de la grossesse serait-elle une réponse rétrospective au choc de la naissance prématurée ?

Pour toutes les participantes, la rupture rapide et brusque de la grossesse représente une séparation précoce de leurs bébés, ce qui leur cause une sensation de vide dans le ventre. Ces résultats contribuent à la théorie de la transition en documentant l'une des caractéristiques de cette dernière, soit la déconnexion qui reflète la perturbation du sentiment de sécurité (Meleis, 2010). En effet, pour certains couples, l'accouchement prématuré a entraîné une déception qui est souvent liée au deuil d'un plan d'accouchement imaginé. Le deuil peut référer dans ce cas soit à la grossesse heureuse idéalisée interrompue, soit au fait de ne pas avoir pu vivre le dernier trimestre de grossesse avec un ventre rond. Ces deux formes de deuil ont été constatées dans les discours des couples participants.

Peu d'études traitent cette dyade de deuil et grossesse idéalisée. Parmi ces résultats, on note ceux de Golish et Powell (2003, p.310) qui ont élaboré un modèle appelé « the joy-grief contraction »<sup>4</sup> qui stipule que le deuil des parents dévoile une combinaison de joie et de tristesse ; soit la joie de devenir parent pour la première fois et la tristesse

---

<sup>4</sup> « La contraction de la joie et du chagrin » [traduction libre].

d'avoir échoué leur plan d'accouchement. Le deuil prend plusieurs formes, soit celui de la perte de l'image idéale construite par le couple, d'une grossesse idéale se poursuivant jusqu'au terme et donnant un bébé en santé (Golish et Powell, 2003). Ceci a aussi été confirmé dans l'étude de Druon (2005) qui a donné trois formes du deuil en contexte de naissance prématurée, soit celui d'une grossesse idéalisée, un accouchement « normal » et un nouveau-né « normal ».

## 6.2 La naissance prématurée

Dans la présente étude, les couples participants disent que l'accouchement prématuré qu'ils ont vécu était traumatisant. En effet, pour tous les couples participants, la naissance prématurée correspondait à un événement choquant. Ceci est similaire aux résultats de plusieurs études qui ont montré que la naissance prématurée représente effectivement un événement traumatisant pour le couple et qui engendre une forme de déception (Black *et al.*, 2009; Hagen *et al.*, 2016; Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016). Dans la littérature, la séparation du bébé a été liée à des difficultés de l'attachement (Evans *et al.*, 2012; Muller-Nix *et al.*, 2004) et au stress post-traumatique chez la mère (Evans *et al.*, 2012). Ce résultat peut être interprété à la lumière de la théorie de la résilience par le fait qu'une exposition prolongée à un événement stressant tel que la naissance prématurée ferait en sorte que le couple applique des stratégies d'adaptation (Neff et Broady, 2011).

Pour certaines participantes, la naissance prématurée a provoqué chez elles des sentiments d'injustice et de culpabilité qui les mènent parfois à se comparer aux autres femmes accouchant à terme. Cette comparaison peut être interprétée comme étant une forme d'adaptation qui va permettre au couple de rétablir le sentiment de sécurité. Ceci a été présenté dans plusieurs études qui ont montré que la naissance prématurée crée un sentiment de culpabilité chez la mère à cause de son échec à mener sa grossesse à terme (Druon, 2005; Ionio *et al.*, 2016; Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016; Rosati *et al.*,

2019). L'étude d'Ionio *et al.* (2016) propose que cette culpabilité ait la fonction de réappropriation de l'événement traumatique choquant. Ainsi, les parents privilégient le sentiment de culpabilité à la confrontation à une réalité à laquelle ils sont impuissants. Ceci peut être interprété à la lumière de la théorie de la résilience qui considère que l'adaptation est une phase de déploiement durant laquelle le sentiment de culpabilité est très présent (Van Breda, 2001).

À l'instar des études antérieures, les données récoltées dans la présente étude ont montré que la naissance prématurée était traumatisante pour certains couples et plus spécifiquement pour les mères qui ont montré des symptômes de stress et d'anxiété (Evans *et al.*, 2012; Ibáñez, 2005). Ceci rejoint aussi les résultats de l'étude d'Ionio *et al.* (2016) qui a comparé l'expérience et les réactions des mères et des pères face à la naissance prématurée de leur enfant et qui a montré qu'immédiatement après la naissance prématurée, les mères ont eu des niveaux de stress et des symptômes traumatiques plus élevés que les pères. Ce stress mène les parents à adapter les différentes stratégies d'adaptations afin de faire face à la situation. Ceci est appuyé par la théorie de résilience qui précise que le stress crée un système de défense chez les parents qui les aide à faire face à la situation stressante (Van Breda, 2001).

### 6.3 L'hospitalisation du bébé

L'hospitalisation du bébé prématuré se fait généralement de façon systématique. Pour tous les couples interviewés, cette période d'hospitalisation rime avec « montagnes russes », référant aux bonnes et aux mauvaises nouvelles qui se succèdent pendant cette période, ce qui stresse et perturbe les parents (Treyvaud, 2013).

Cette succession de progressions et de rechutes pousse certains parents participants à cette étude à se sentir « spectateurs » puisqu'ils ne sont pas capables d'intervenir concrètement afin d'améliorer l'état de santé de leur bébé face à la présence dominante

du personnel médical. Ce sentiment d'impuissance a été documenté dans plusieurs études qui ont montré que l'intervention du personnel médical inhérent à la naissance prématurée provoquerait effectivement un sentiment d'impuissance et d'incertitude chez les mères vu la grande implication du personnel médical à la naissance et pendant l'hospitalisation du bébé (Feldman et Eidelman, 2007; Reid, 2000; Spielman et Taubman - Ben-Ari, 2009). Aussi, selon les couples rencontrés, cette impuissance est aussi intensifiée par la séparation rapide du bébé.

De plus, pour tous les couples interrogés dans la présente étude, l'environnement d'urgence de l'unité néonatale ainsi que la couveuse dans laquelle se trouve le bébé pendant cette période d'hospitalisation représentent un facteur intensifiant le stress, le sentiment d'impuissance et de passivité. Ceci va dans le sens des propos d'Evans *et al.* (2012) qui souligne que la séparation entre le parent et son enfant entraînée par l'hospitalisation de ce dernier peut mener les parents à se sentir passifs, coupables et anxieux étant donné que les professionnels de la santé s'occupent du bébé (Evans *et al.*, 2012).

Tous les couples participants ont souligné le soutien et la bienveillance du personnel médical pendant cette période d'hospitalisation. Ceci fait écho aux résultats de plusieurs études qui ont montré que la communication avec le personnel médical peut influencer positivement la façon dont les parents vivent l'admission de leur bébé à l'hôpital (Al Maghaireh *et al.*, 2016; Watson, 2011). Pendant cette période d'hospitalisation, certains couples ont choisi de s'isoler du monde extérieur soit de façon individuelle (chaque partenaire de son côté) à cause de tensions dans le couple, soit de façon dyadique pour se concentrer sur l'état de santé du bébé. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de plusieurs études ayant montré qu'en s'isolant de la famille et de l'entourage lors de l'hospitalisation du bébé, les parents peuvent se concentrer sur l'état de santé critique de leur nouveau-né (Aagaard et Hall, 2010; Black *et al.*, 2009; Greco *et al.*, 2005; Hagen *et al.*, 2016; Noy *et al.*, 2015).



En outre, certains parents participants ont tendance à comparer l'état de santé de leur bébé à d'autres bébés prématurés dont l'état est plus critique. Ceci fait écho aux résultats de plusieurs études qui ont montré que cela permet aux parents de rester optimistes en se disant que la situation de leur bébé est assez gérable et aurait pu être pire (Blomqvist *et al.*, 2012; Hebert, 2014)

Certains parents ont aussi relié la naissance prématurée de leur bébé au destin, à la volonté de Dieu ou à une épreuve venant renforcer leur foi tout en adoptant une position optimiste. Ces résultats font écho à ceux de l'étude d'Hebert (2014) qui a montré que l'aspect religieux et spirituel ainsi que la réaction optimiste représentent effectivement un mécanisme les aidant à mieux gérer le stress inhérent à cette expérience et accepter la situation. Ceci a aussi été appuyé par la théorie de la résilience qui indique que la présence de la religion et de la spiritualité ainsi qu'avoir une attitude optimiste est crucial dans un contexte de stress inhérent à une transition ou une situation difficile (Van Breda, 2001).

### 6.3.1 Coparentalité

Pendant la période d'hospitalisation suivant la naissance du bébé prématuré, les couples participants à la présente étude ont aussi soulevé leur implication dans les soins à prodiguer aux bébés. Par ce moyen, les couples se sont sentis « véritablement parents » et ont commencé à forger leur rôle de parent. Ceci concorde avec les résultats de l'étude de Ibáñez (2005) qui a montré que ces programmes d'aide à la parentalité visant l'établissement des interactions parent-bébé prématuré sont cruciaux pour la santé à long terme des bébés prématurés et au développement des rôles et des identités parentaux. Cet accompagnement des parents est aussi important pour le bon déroulement du processus transitoire de la parentalité selon la théorie de la transition (Meleis, 2010). En effet, l'environnement de l'unité néonatale apporte un stress supplémentaire aux parents. Ainsi, la présence du personnel médical est très importante pour les parents durant cette période d'hospitalisation comme le confirme

(Meleis, 2010) en s'appuyant sur la théorie de la transition. Dans ce contexte, Meleis (2010) précise que l'un des facteurs pouvant influencer l'expérience des parents en contexte de transition à la parentalité serait l'environnement d'urgence stressant de l'unité néonatale. Parmi les autres formes d'implication, les couples participants à la présente étude ont particulièrement apprécié la pratique du peau à peau. Selon eux, ceci vient confirmer la parentalité et rétablir la connexion avec le bébé qui a été interrompue par l'accouchement prématuré. Aussi, tous les couples accordent une grande importance à l'allaitement. En effet, l'allaitement représente une forme de devoir à accomplir pour aider le personnel médical à sauver le bébé. Ces résultats peuvent s'interpréter en regard de la théorie de la transition à travers la perturbation de l'attachement et de l'engagement au bébé à cause de la séparation mère-bébé à la naissance d'où la tentative de rétablir ce détachement et promouvoir l'engagement par le moyen du contact peau à peau et l'allaitement (Meleis, 2010). Selon les couples, cette étape est cependant difficile étant donné l'inexpérience de la nouvelle mère et la séparation du bébé pendant cette période. Ceci fait écho au résultat de l'étude de Lasiuk *et al.* (2013) qui a montré que la pratique du peau à peau et l'allaitement permettent d'aider les parents à fonder leur rôle de parents en leur procurant un sentiment d'autonomie venant modérer leur sentiment d'impuissance. Ces résultats peuvent aussi être discutés en regard de la théorie de la résilience à travers la capacité du couple à assurer son autonomie (Van Breda, 2001). En effet, la pratique de l'allaitement et de la peau à peau contribue à une forme de résilience positive en aidant les parents à s'adapter à la situation dans laquelle ils se sont trouvés et rétablir d' « homéostasie biopsychospirituelle » qui correspond à l'adaptation physique, mentale et spirituelle à la nouvelle situation (Martin et Njoroge, 2005; Richardson, 2002).

#### 6.4 Retour à la maison

Selon les couples rencontrés dans le cadre de la présente étude, la sortie de l'hôpital fut le moment le plus heureux de toute cette expérience. Toutefois, la majorité des couples,

et particulièrement les conjoints, ont éprouvé un sentiment d'insécurité à cause de l'absence de toutes les machines présentes dans l'unité néonatale. En effet, il s'avère que la présence du personnel médical ainsi que toutes les machines dans l'unité néonatale pendant la période d'hospitalisation crée un sentiment de sécurité chez les parents qui va être déstabilisé au retour à la maison.

Chez la plupart des couples participants à la présente étude, le sentiment d'insécurité ainsi que le traumatisme vécu à la naissance prématurée laissent place par la suite à une protection excessive de l'enfant. Les parents justifient ceci par le fait que l'immunité de leur bébé est fragile, contrairement à un bébé né à terme. Ainsi, la surprotection du bébé devient un « devoir » de parent de bébé prématuré qui vise la protection du bébé de tout risque de contamination extérieure par l'isolement, un résultat aussi obtenu par Ionio *et al.* (2016). Ce résultat peut être discuté en regard de la théorie de la transition qui stipule qu'en contexte de naissance prématurée les parents passent par un état de choc et des sentiments d'incertitude avant de déployer des stratégies d'adaptation. Ainsi, cet état de choc et d'incertitude peuvent entraîner une réaction surprotectrice par peur excessive pour le bébé ainsi que par peur d'une réadmission à l'unité néonatale (Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016; Meleis, 2010).

Ainsi resurgit l'isolement vécu auparavant à l'hôpital comme forme d'adaptation, sous une nouvelle forme « à domicile », ce qui renvoie à l'idée de la persistance de la prématurité malgré le retour à la maison. Ces résultats concordent avec ceux de Kantrowitz-Gordon *et al.* (2016) qui a montré que le retour à la maison peut prolonger l'état d'isolement des parents en créant une nouvelle forme d'isolement à domicile à cause de la vulnérabilité permanente du système immunitaire du bébé et les craintes des parents que ce dernier ait une infection les menant à une réadmission à l'hôpital.

## 6.5 Vie conjugale

Les participants rencontrés sont unanimes : la naissance prématurée représente une épreuve pour la relation conjugale. La vie conjugale des couples participants a subi ainsi des changements qui diffèrent en intensité entre les couples. Ainsi, deux scénarios peuvent en résulter ; soit un renforcement de la relation de couple, soit un affaiblissement de celle-ci. Toutefois, le résultat peut dépendre de la qualité de la relation de couple avant la naissance prématurée ; si celle-ci était bien solide, cette épreuve ne peut ainsi que la renforcer. Ces résultats vont dans le même sens que plusieurs études qui ont montré la vulnérabilité des couples avec un bébé prématuré face au maintien de la qualité de la relation conjugale comparativement aux couples ayant eu un enfant né à terme étant donné l'expérience affective spécifique et l'environnement stressant dans lequel ils ont vécu leur TàP (Black *et al.*, 2009; Hagen *et al.*, 2016; Hebert, 2014; Lindberg, I. *et al.*, 2008; Spielman et Taubman - Ben-Ari, 2009). Dans cette épreuve la relation de couple est suspendue et la priorité est accordée en totalité à la santé du bébé. Tous les couples ont rapporté que le fait de former une « bonne équipe » résistante aux chocs, à l'angoisse et aux mauvaises nouvelles les a aidés à surmonter cette épreuve. Bien que la majorité des couples participants rencontrés disent être satisfaits sur le plan conjugal après la naissance prématurée, il est indéniable que le traumatisme de la naissance prématurée a secoué la relation de couple, ce qui peut avoir des conséquences encore perceptibles quelques mois après la naissance prématurée.

## 6.6 Vie sexuelle

La naissance prématurée a aussi affecté l'activité sexuelle des couples participants à la présente étude. En effet, pendant la période d'hospitalisation, les rapports sexuels n'étaient pas la priorité pour les couples. Toutefois, il y'a eu une reprise de l'activité

sexuelle pour certains dans le but de diminuer le stress et l'inquiétude vécus au quotidien à l'hôpital. Aussi, pour tous les couples participants à la présente étude, la fréquence des rapports sexuels a diminué comparativement à celle d'avant à cause du manque de temps et à la fatigue. Un changement du sens donné à leur vie sexuelle a aussi été constaté par les couples participants. La vie sexuelle post-naissance prématurée est plus mature, moins fréquente et représente selon les couples participants « une vie sexuelle de parents ». Ceci fait écho aux résultats d'Edwards *et al.* (2016) et Rowland *et al.* (2019) qui ont montré un changement de vie sexuelle suite à la naissance prématurée, soit par une déconnexion au niveau de la relation dyadique sexuel qui se manifeste par un désir et une réponse orgasmique affectés.

#### 6.7 Implications pratiques

Cette étude permet de mieux comprendre les effets de la naissance prématurée sur la vie conjugale et sexuelle. Au-delà de l'apport scientifique de la présente étude, les résultats ont aussi plusieurs implications pratiques. En effet, les résultats de cette étude permettent de fournir des connaissances qui peuvent être utiles pour les intervenant.es et les professionnel.les œuvrant auprès des couples ayant des bébés prématurés. En identifiant certains défis rencontrés lors de du processus de naissance prématurée, cette étude fournit des pistes d'interventions pour d'outiller les parents de bébés prématurés afin de mieux vivre l'expérience de naissance prématurée et pouvoir surmonter les obstacles pendant la période d'hospitalisation.

Le manque de connaissances de plusieurs couples participants au sujet de la naissance prématurée dévoile un manque d'informations disponibles à la préparation à la naissance en lien avec le sujet de la naissance prématurité. Or, la naissance prématurée peut être abordée avec les parents, ce qui les préparera à la possibilité de ce risque d'accouchement avant terme. Ainsi, des interventions sous forme de formation de groupe ou d'atelier de simulation de circonstances stressantes ayant cette perspective

éducative seraient grandement aidant pour les parents en les outillant de réflexes pratiques de gestion de stress et d'adaptation.

De plus, les résultats ont montré l'importance du contact peau à peau avec le bébé afin de rétablir la connexion interrompue à la naissance entre les parents et le bébé. Ceci peut aider les intervenant.e.s qui offrent des services d'aide en unité néonatale à mieux cibler leurs interventions dans le but d'offrir des services efficaces et aidants aux nouveaux parents de bébés prématurés.

En outre, les expériences des couples ont révélé l'importance de l'allaitement dans le développement du lien d'attachement avec le bébé. Ainsi, un service d'aide à l'allaitement serait pertinent à offrir afin d'assurer un accompagnement adéquat aux parents durant cette étape jugée comme difficile à mettre en place par tous les parents participants.

Les résultats de cette étude ont également montré que la naissance prématurée met à l'épreuve la vie conjugale et sexuelle des parents. Ceci peut être pris en considération dans le cadre des interventions visant l'amélioration de la vie de couple à la suite de la naissance prématurée.

Les résultats de cette recherche ont aussi montré que les parents font face à de nouveaux défis au retour à la maison. Ceci peut constituer une piste d'intervention intéressante qui s'occuperait de l'accompagnement des parents au retour à la maison tout en préservant leur autonomie. Ceci peut diminuer le sentiment d'insécurité ressenti par les parents ainsi que prévenir la surprotection du bébé (Kantrowitz-Gordon *et al.*, 2016).

## 6.8 Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est la taille de l'échantillon. Comme l'explique Savoie-Zajc (2007), une étude dont la méthodologie est fondée sur la théorisation ancrée nécessite 20 à 30 participant.e.s, ce qui n'est pas le cas dans cette étude. En effet, le recrutement, effectué avec une certaine difficulté, a donné à un nombre limité de participant.e.s, soit six dyades de parents (12 participant.e.s). Ainsi, cette taille de l'échantillon réduit la diversité des trajectoires des participant.e.s ainsi que la diversité de leurs profils socioéconomique et ne permet donc pas d'affirmer l'atteinte des saturations théorique et empirique (Savoie-Zajc, 2007). Par conséquent, la transférabilité des connaissances générées par le projet de recherche peut être réduite. Aussi, comme les entrevues sont basées sur le regard retrospectif du couple sur son expérience, ceci peut former une limite du fait que la personne peut omettre des détails de l'expérience ou réduire l'intensité des émotions décrites. En outre, bien que l'entretien dyadique a permis de cerner l'expérience de la naissance prématurée à travers le discours partagé des deux partenaires, ceci aurait pu affecter le discours de l'un ou l'autre des partenaires ayant de la difficulté à se dévoiler devant l'autre. En contrepartie, le choix d'entretien individuel aurait pu montrer un axe différent de l'expérience, soit celui de chaque partenaire de son côté. Une autre limite correspond au regard rétrospectif des couples participants, qui avec le temps peuvent réduire l'intensité des émotions décrites ou omettre des détails de l'expérience. De plus, une analyse dyadique des données aurait apporté une dimension enrichissante au discours des couples participants à travers l'analyse de leurs interactions durant l'entretien dyadique. En outre, étant donné que la grille d'entrevue n'est pas centrée sur les changements sexuels, les données recueillies n'ont pas permis d'avoir une analyse très profonde de ce volet dans la discussion. Ainsi, une étude plus approfondie de ce sujet précis serait très pertinente. Une dernière limite correspond à la subjectivité de la chercheuse et sa tendance à s'attendre à des réponses particulières.

## 6.9 Recommandations pour les recherches futures

Malgré la pertinence indéniable de la sortie de l'hôpital et des sentiments de vide, d'injustice et de culpabilité que cet événement procure, ces derniers ont été peu documentés. Ainsi, nous suggérons que les recherches futures soient être menée en tenant compte de cette limite afin d'étudier le côté sentimental de cette expérience.

Il serait aussi pertinent que les études futures pourraient approfondir le thème de la vie conjugale et sexuelle en contexte de naissance prématurée. Aussi, cette étude n'a pas étudié la notion d'attachement des parents aux bébés de façon approfondie. Il serait donc pertinent de s'y intéresser afin d'étudier l'effet de la naissance prématurée sur le niveau et la qualité d'attachement des parents aux bébés (Bréhat, 2018; Druon, 2005; Shah *et al.*, 2011). Dans ce contexte, des études comparatives seraient également pertinentes. Ceci peut être une comparaison de groupe de parents ayant eu des bébés prématurément avec un groupe de parents ayant eu des bébés nés à terme et/ou une comparaison de groupes de différents niveaux de prématurité. Ceci permettrait d'étudier comment l'attachement peut varier en fonction du type de la naissance et le niveau de la prématurité.

De plus, les participants de cette étude ont particulièrement souligné l'importance de la mise en place de l'allaitement dans le rétablissement de l'attachement parent-enfant et l'implication dans le sauvetage du bébé. Toutefois, l'effet direct de l'allaitement n'a pas été profondément étudié, d'où l'intérêt de mener des études documentant cet aspect précis de l'expérience.

En outre, cette étude s'est intéressée à l'expérience des parents 6 à 18 mois après la naissance. Cependant, des études de recherche longitudinales réalisées à plusieurs moments seraient aussi pertinentes afin de suivre des couples sur plusieurs années afin d'observer les effets de la naissance prématurée sur la relation de couple dans le temps.



## CONCLUSION

Le présent projet de recherche a étudié l'expérience de la TàP des couples en contexte de naissance prématurée. L'étude a permis d'élaborer un modèle théorique qui décrit les différentes composantes de la transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée tout en étudiant les stratégies d'adaptations déployées par les couples durant cette expérience ainsi que les répercussions de la transition à la parentalité sur la vie conjugale, sexuelle et coparentale.

Les résultats de la présente étude issus des entrevues dyadiques semi-dirigées effectuées auprès de six couples ayant eu un premier bébé prématuré suggèrent que la transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée comprend principalement quatre composantes, soit la grossesse désirée et appréciée, la naissance prématurée, l'hospitalisation du bébé et le retour à la maison. Pour tous les couples rencontrés, la grossesse représentait une période « parfaite » que l'accouchement prématuré vient y mettre fin. Cette idéalisation de la grossesse intensifie les sentiments de déceptions, culpabilité et injustice qui surgissent par la suite au cours de l'hospitalisation du bébé.

Malgré le traumatisme et l'état de choc décrits par tous les couples participants, l'accouchement a été grandement apprécié notamment pour les couples ayant vécu un accouchement par voie vaginale. Ainsi, malgré l'environnement stressant d'urgence de la salle d'accouchement ainsi que la présence dominante du personnel médical, les couples décrivent cet événement comme étant un moment heureux qui a mis en suspens le stress et l'anxiété de la naissance prématurée.

Les couples participants ont indiqué que l'hospitalisation de leurs bébés fut la période la plus difficile de toute l'expérience vu son caractère instable, imprévu et stressant. Pendant l'hospitalisation du bébé, les parents vivent une succession de bonnes et mauvaises nouvelles. Selon eux, deux facteurs ont fait en sorte qu'ils ont surmonté les obstacles rencontrés pendant cette période difficile, soit le travail d'équipe et le support de l'entourage et du personnel médical. Bien que l'hospitalisation du bébé soit une période difficile à traverser pour les couples participants, ils estiment que cette période représente une opportunité d'apprentissage importante qui leur a permis de s'impliquer dans les soins à prodiguer à leurs bébés et à mieux intégrer leurs rôles parentaux.

Toutefois, selon les couples participants à la présente étude, la fin de cette période d'hospitalisation fut le moment le plus heureux de toute l'expérience ; il s'agit du retour à la maison. Bien que cet événement soit heureux, il représente un nouveau défi pour les parents qui vont se trouver confrontés à une nouvelle réalité, soit celle d'avoir pour la première fois la responsabilité complète de leur bébé, sans la présence de machines, ni celle du personnel médical. Ceci crée un sentiment d'insécurité chez certains parents, spécifiquement chez les pères qui les mènent parfois à surprotéger leur bébé dans le but d'éviter une réadmission à l'hôpital. Cette surprotection du bébé reflète que la prématurité ne s'arrête pas à la fin de l'hospitalisation, mais demeure présente dans la vie quotidienne des parents, même quelques mois après la naissance.

La naissance prématurée représente une épreuve pour la solidité de la vie conjugale ; si celle-ci est fragile, elle risque de subir des répercussions importantes. La vie sexuelle est mise quant à elle en suspens pendant la période d'hospitalisation et sa reprise relève un changement au niveau du désir sexuel, de la fréquence et le sens donné à la vie sexuelle qui la transforme en une sexualité plus mature, « une sexualité de parents » selon les couples participants.

À la lumière de ces résultats, il est possible de soulever quelques questionnements : le traumatisme causé par la naissance prématurée aurait-il des effets sur le long terme sur la vie conjugale et sexuelle ? Et ce traumatisme aurait-il des répercussions sur l'identité parentale sur le long terme ? Si la naissance prématurée persiste pour les parents, il serait pertinent de savoir comment ceci se manifeste dans la vie de couple sur le long terme. Il s'avère donc nécessaire d'entreprendre plus de recherches afin de cerner plus d'axes touchant cette forme précoce de transition à la parentalité.



## APPENDICE B

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

#### Titre du projet de recherche

Transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée ; le point de vue des parents sur leur vie conjugale et coparentale

#### Étudiant-chercheur

Imen Bhar, candidate à la maîtrise en sexologie (Recherche-Intervention) à l'UQAM

coordonnées : [redacted] ou bhar.imen@courrier.uqam.ca

#### Direction de recherche

Sylvie Lévesque, Professeure au Département de sexologie, UQAM

coordonnées : [redacted] ou levesque.sylvie@uqam.ca

#### Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique une entrevue dyadique d'environ 2 heures au cours de laquelle vous serez invité.e à partager votre expérience en tant que parent d'un premier enfant né prématurément..

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

#### Description du projet et de ses objectifs

L'étude s'insère dans le cadre de projet de mémoire de maîtrise en sexologie concentration Recherche-Intervention. Ce projet a pour but d'explorer le vécu des couples en contexte de naissance prématurée. Plus spécifiquement, il vise à décrire le développement des identités et des rôles parentaux des couples dans leur passage prématuré à la parentalité, explorer les répercussions de la transition à la parentalité (TàP) en contexte de naissance prématurée sur la vie conjugale et documenter les stratégies d'adaptation dyadiques déployées par les parents ayant eu un bébé prématuré lors de leur TàP.

#### Nature et durée de votre participation

Votre participation consiste à passer une entrevue dyadique au cours de laquelle il vous sera demandé de répondre à des questions semi-dirigées portant sur votre vie conjugale, sexuelle et coparentale à la suite de naissance prématurée de votre premier enfant. Cette entrevue est enregistrée numériquement avec votre permission, prendra environ 2 heures de votre temps et aura lieu soit dans un local de l'UQAM soit à votre domicile.

#### Avantages liés à la participation

Les principaux avantages de la recherche pour les participant.es, correspondent au fait de partager leurs expériences, faire connaître leur histoire et participer au développement des connaissances.

### Risques liés à la participation

Nous croyons que la participation à ce projet comporte peu de risques. Toutefois, il est possible que vous ressentiez un malaise à répondre à certaines questions. Sachez que vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante ou de vous retirer en tout temps sans avoir à vous justifier. De plus, il est possible que les thèmes abordés dans l'entrevue vous rappellent de mauvais souvenir en lien avec la naissance prématurée de votre bébé, votre transition à la parentalité ou votre relation de couple. Dans ce cas, l'entrevue sera suspendue si j'estime que votre bien-être est menacé et je vous dirigerai vers des ressources spécialisées qui vous apporteraient du soutien et de l'écoute.

### Confidentialité

Les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels. Seules l'étudiante responsable du projet et sa directrice de recherche Sylvie Lévesque auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codés) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par l'étudiante responsable du projet pour la durée totale du projet. Les données ainsi que les formulaires de consentement pourront être détruits 5 ans après le dépôt final du travail de recherche.

### Utilisation secondaire des données

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine ?

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheurs à ces conditions ?  
 Oui     Non

### Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser la chercheuse responsable du projet verbalement ; toutes les données vous concernant seront détruites. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoire, essai ou thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

### Indemnité compensatoire

Il n'y a pas de compensation financière associée à la participation à ce projet de recherche. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet si vous le désirez.

### Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Sylvie Lévesque ( ) ou [levesque.sylvie@uqam.ca](mailto:levesque.sylvie@uqam.ca)) et Imen Bhar, ( ) ou [bhar.imen@courrier.uqam.ca](mailto:bhar.imen@courrier.uqam.ca)).

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordonnatrice du CERPE 4; [cerpe4@uqam.ca](mailto:cerpe4@uqam.ca) ou 514-987-3000, poste 3642.

### Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

## Consentement

### Conjoint

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

---

Prénom Nom

---

Adresse courriel

---

Signature

---

Date

### Conjointe

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

---

Prénom Nom

---

Adresse courriel

---

Signature

---

Date

## Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

(a) avoir expliqué au signataires les termes du présent formulaire ; (b) avoir répondu aux questions qu'ils m'ont posées à cet égard ;

(c) leurs avoir clairement indiqué qu'ils restent, à tout moment, libres de mettre un terme à leur participation au projet

de recherche décrit ci-dessus ;

(d) que je leur remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

---

Prénom Nom

---

Signature

---

Date



## APPENDICE C

### GRILLE D'ENTRETIEN



**Transition à la parentalité en contexte  
de naissance prématurée ; le point de vue  
des parents sur leur vie conjugale et coparentale**

#### **Déroulement de l'entretien**

- Mot de bienvenue et présentation du projet de recherche
- Explication et signature du formulaire de consentement
- Questions semi-dirigées
- Retour sur l'entretien et remerciement

#### **Formulaire de consentement**

Expliquer et faire signer, en deux copies. Remettre une des copies au couple participant.

#### **Préambule**

Nous allons présentement entamer l'entretien dyadique portant sur votre vie conjugale, sexuelle et coparentale à la suite de naissance prématurée de votre premier enfant. Comme vous le savez, l'entretien va être enregistré. Il est possible que certains thèmes ou questions vous mettront mal à l'aise, vous êtes évidemment libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante ou de vous retirer en tout temps sans avoir à vous justifier. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; nous souhaitons avoir accès à votre expérience personnelle et à votre point de vue quant à ce sujet.

**Questions d'entretien**

<b>Thèmes</b>	<b>Questions principales</b>	<b>Questions secondaires/ Relances</b>
<b>Avant la naissance prématurée</b>		
<b>Relation conjugale</b>	1) Parlez-moi de votre vie de couple avant la naissance de votre bébé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée de la relation, modes de fonctionnement du couple (prise de décisions, partage d'activités, dévouement) Sens donnée à la relation/ au partenaire, niveau de satisfaction conjugale</li> </ul>
<b>Sexualité</b>	2) Parlez-moi de votre vie sexuelle et intime avant la naissance prématurée de votre bébé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désir sexuel, envie, fréquence de rapports sexuels, orgasmes</li> </ul>
<b>À la naissance du bébé</b>		
<b>Défis rencontrés</b>	<p>3) Racontez-moi les circonstances dans lesquelles votre bébé était né(e)</p> <p>4) Comment avez-vous vécu l'accouchement prématuré de votre bébé ?</p> <p>5) Décrivez-moi vos attitudes au premier contact avec votre bébé</p> <p>6) En quoi votre vie de couple à la suite de la naissance du bébé, était la même ou différente de votre vie conjugale antérieure ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évènement soudain, sentiments négatifs/positifs, peur par rapport à la survie du bébé (et la santé de la mère), urgence médicale, sentiments éprouvés, réactions positives/négatives ?</li> <li>• Plus de tension/stress, angoisse partagée par rapport à l'état de santé du bébé, entente/mésentente sur les décisions qui concernent la santé du bébé, soutien, augmentation/diminution de l'intimité ans le couple</li> <li>• État de choc ? Apparence physique du bébé, peur de blesser le bébé, peur de le toucher</li> <li>• Stress, traumatisme, état d'anxiété, déception due à</li> </ul>

	<p>7) Parlez-moi des moments que vous évaluez comme difficiles pendant cet événement.</p> <p>8) Décrivez-moi les moments que vous avez apprécié de votre expérience</p>	<p>l'accouchement prématurée, sentiment de culpabilité, (gestion de travail, hôpital, maison)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien conjugal mutuel, joie d'avoir son premier bébé, soutien familial, soutien de l'entourage, présence du personnel médical, sentiment de sécurité</li> </ul>
<b>Mécanismes d'adaptation</b>	<p>9) Comment avez-vous réagi face à la naissance prématurée de votre bébé ?</p> <p>10) Qu'est-ce qui vous a aidé à gérer la situation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien (du partenaire, famille, entourage, personnel médical), isolement, croyance religieuse, communication dans le couple</li> </ul>
<b>Identité et rôles parentaux</b>	<p>11) Comment décrivez-vous votre passage du statut de homme/femme (conjoint/conjointe) à celui de parents (père/mère) ?</p> <p>12) Comment percevez-vous votre rôle en tant que père/mère ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facile/difficile, sentiment d'incapacité, pas un vrai bébé, sentiment de ne pas être un(e) vrai(e) père/père</li> <li>• Rôles parentaux partagés/non partagés, sentiment de rejet/d'exclusion, grande implication du personnel médical</li> </ul>
<b>Vie sexuelle</b>	<p>13) Comment décrivez-vous l'intimité et la sexualité dans votre couple à la suite de la naissance de votre bébé ?</p> <p>14) Pensez-vous que la naissance prématurée de votre bébé a eu un impact sur votre vie sexuelle ? Si oui, comment percevez-vous ce changement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement du désir sexuel, orgasmes, satisfaction sexuelle</li> <li>• Importance accordée à la vie sexuelle, apparition de troubles sexuels, moins de temps accordé aux rapports sexuels ? priorité accordée à l'état de santé du bébé et aux soins à lui prodiguer</li> </ul>
<b>Après la naissance du bébé</b>		

<b>Vie conjugale</b>	<p>15) Comment décrivez-vous votre vie conjugale présentement ?</p> <p>16) En la comparant à votre vie de couple avant la naissance du bébé et dès sa naissance, comment évaluez-vous votre satisfaction conjugale ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaisante, entente/tension</li> <li>• Changement, pas de changement, moins satisfaits, relation conjugale renforcée</li> </ul>
<b>Vie coparentale</b>	<p>17) Pensez-vous que votre vie de parents a évolué depuis la naissance du bébé ? Si oui, comment décrivez-vous cette évolution ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partage des rôles parentaux, tensions en lien avec les soins à prodiguer au bébé et son éducation</li> </ul>
<b>Vie sexuelle</b>	<p>18) Comment décrivez-vous votre vie sexuelle actuellement ?</p> <p>19) Pensez-vous que la naissance prématurée de votre bébé a eu un impact persistant sur votre sexualité ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins satisfaisante, plus satisfaisante, pas de changement depuis la naissance du bébé</li> <li>• Une sexualité plus/moins épanouie, moins de temps consacrés aux rapports sexuels, plus/moins de satisfaction sexuelle</li> </ul>

## APPENDICE D

### BROCHURE DE RESSOURCES D'AIDE

# Brochure de ressources d'aide



#### Transition à la parentalité

En contexte de naissance  
prématurée

Le point de vue des parents

Cette  
brochure  
contient une  
liste de  
ressources  
d'aide.

En cas de besoin,  
veuillez-vous référer  
à l'une de ces  
ressources d'aides.

### LigneParents

C.P. 186  
Succursale Place d'Armes  
Montréal (Québec) H2Y 3G7  
Tél. : 514 288-1444  
<https://www.ligneparents.com/LigneParents>

### Première ressource, aide aux parents

911 Rue Jean-Talon Est, Bureau 124,  
Montréal, Québec, H2R 1V5  
Tel : 514-525-2573  
Sans frais: 1-866-329-4223  
<http://www.premiereresource.com/>

### Devenir parent

Région de la Capitale-Nationale  
Tel : 418 644-4545

### Région de Montréal

Tel : 514 644-4545

### Ailleurs au Québec

Sans frais : 1 877 644-4545  
<https://www.quebec.ca/gouv/services->

### Liste de ressources d'aide

#### Institut de Formation et d'Aide Communautaire à l'Enfant et à la Famille

4694, boulevard Gouin Est  
Montréal (Québec) H1H 1E7  
Tel : 514-388-7216  
<http://www.ifacef.com>

#### La maison des familles

86, rue St-Paul  
Victoriaville, QC G6P 9C8  
Tel : 819 758-4041  
[info@parentsressources.org](mailto:info@parentsressources.org)

#### Relevailles Québec

5485, boulevard de l'Ornière  
Québec (Québec)  
G1P1K6  
Tél : 418 688-3301  
[accueil@relevaillesquebec.com](mailto:accueil@relevaillesquebec.com)

#### Postpartum support international

Tel: 1.800.944.4773  
<https://www.postpartum.net/>

#### Préma-Québec

Tel : (450) 651-4909  
Sans frais : 1 888 651-4909  
<http://www.premaquebec.ca/fr/services/ligne-decoute/>

#### Première ressource, aide aux parents

911 Rue Jean-Talon Est, Bureau 124,  
Montréal, Québec, H2R 1V5  
Tel : 514-525-2573  
Sans frais : 1-866-329-4223  
<http://www.premiereresource.com>

#### Naître et grandir

2001, av. McGill College, bureau 1000 /  
Montréal (Québec) H3A 1G1  
<https://naîtreetgrandir.com/fr/>

## APPENDICE E

### CERTIFICAT ÉTHIQUE

**UQAM** | Comités d'éthique de la recherche  
avec des êtres humains

No. de certificat: 3496  
Certificat émis le: 14-05-2019

#### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Transition à la parentalité en contexte de naissance prématurée ; le point de vue des parents sur leur vie conjugale et coparentale
Nom de l'étudiant:	Imen BHAR
Programme d'études:	Maîtrise en sexologie (concentration recherche-intervention)
Direction de recherche:	Sylvie LÉVESQUE

#### Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

**Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission.** Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique  
Présidente du CERPÉ FSH

## APPENDICE F

### VIGNETTES

#### **Anne et Samuel (ENTREVUE 1)**

Anne et Samuel, tous deux en fin de la vingtaine, forment un couple depuis environ deux ans. Leur bébé a actuellement 6 mois. Ils ont pris la décision de vivre ensemble et avoir un enfant après 1 an de relation. Sur le plan conjugal, ils parlent d'une relation fusionnelle, ils se disputent rarement, communiquent bien et s'aiment beaucoup.

Anne qualifie sa grossesse comme étant difficile, à cause de la présence de malaises physiques tels des maux de ventre. Sa grossesse, suivie de près par les deux partenaires, a été chamboulée vers la 25<sup>e</sup> semaine par la perte du bouchon muqueux. Le couple cesse par la suite complètement les rapports sexuels de peur que ceux-ci provoquent une perte des eaux ou un accouchement prématuré. Quelques jours après la perte de son bouchon muqueux, Anne commence à perdre du liquide amniotique en petites quantités et à avoir des contractions de façon continue. Elle est hospitalisée d'urgence pour suspicion de travail prématuré et la même journée, le couple se trouve soudainement confronté à une perte complète des membranes. C'est un choc pour Anne et Samuel et initie une période marquée par l'inquiétude et le stress. Ils rapportent qu'à partir de ce moment, ils ont perdu tout contrôle de la situation. L'accouchement s'est fait par voie basse (vaginale), ce qu'ils ont apprécié particulièrement (c'était la seule chose « normale » dans tout le processus). Après l'accouchement, ils étaient séparés physiquement : Samuel a laissé sa place au personnel médical qui s'occupait d'Anne et du bébé. Le moment à trois (les conjoints avec leur bébé) de l'accouchement a été vite suspendu par le personnel médical qui a transféré le bébé en urgence à l'unité néonatale pour lui prodiguer les soins nécessaires.



Le premier contact avec le bébé était avec Samuel, qui a accompagné son enfant lors du transfert en unité néonatale. Les parents rapportent que la priorité pendant cette période d'hospitalisation était accordée à la santé du bébé. Ils estiment que leur présence était plus que cruciale pour aider leur bébé à survivre. L'allaitement a été initié par la mère avant même que le personnel médical n'en fasse la demande.

Pendant le mois d'hospitalisation, Anne et Samuel rapportent avoir été soutenus par le personnel médical. Les médecins et infirmiers les ont aidés dans cette transition prématurée à la parentalité et les ont impliqués dans les soins donnés au bébé. Selon Anne et Samuel, leur hospitalisation a servi d'apprentissage pour les tâches qu'ils vont partager à la maison par la suite. Pendant cette période d'hospitalisation d'un mois, le couple a choisi de s'isoler du monde extérieur pour se concentrer sur l'état de santé de leur bébé ainsi et leur relation conjugale. La transition à la parentalité s'est faite graduellement, grâce à leur présence continue, le soutien mutuel, le partage des tâches et des soins à prodiguer au bébé ainsi que l'isolement par moment. Ils disent se sentir à moitié parents jusqu'à leur retour à la maison, vu la grande présence du personnel médical. Ils rapportent, 6 mois après la naissance de leur bébé, être en période de classification des identités (parents, conjoints, amants, femme, homme).

Selon Anne et Samuel, cet isolement pendant la période d'hospitalisation les a aidés à se retrouver en tant que couple et à renforcer leur relation conjugale. Sur le plan sexuel, la fréquence des rapports sexuels est passée de 3 fois par semaine à 1 à 2 fois par semaine après la naissance du bébé. Selon eux, le changement n'est pas nécessairement négatif, mais ils disent qu'ils ont une « sexualité d'adultes », « une sexualité de parents » donc des rapports sexuels moins fréquents, mais avec plus de qualité.

### **Catherine et Arthur (ENTREVUE 2)**

Catherine et Arthur sont en fin de la vingtaine et leur bébé a actuellement 11 mois. Leur relation de couple a commencé il y a 9 ans. Avant la grossesse, le couple a vécu des hauts et des bas, ce qui les a amenés à consulter un thérapeute. Une fois leurs études terminées, ils ont pris la décision d'avoir un bébé. Cette décision commune fait suite à une période de quelques années où les deux partenaires ne s'entendaient pas sur le moment idéal pour leur projet d'enfant, Catherine exprimant un désir de devenir parent plus rapidement qu'Arthur. La grossesse a été suivie de près par l'équipe soignante, puisque Catherine souffrait d'une maladie chronique. En raison de ce dernier, la naissance a été prévue à 37 semaines de gestation. Pendant la grossesse, Catherine a rapporté se sentir « tellement bien ».

À 35 semaines, Catherine a vécu une rupture prématurée des membranes. Suite à cet incident, elle a été directement transférée à l'hôpital pour un accouchement prématuré. L'accouchement s'est fait par voie basse (vaginale) avec une épidurale. L'accouchement s'est bien passé et a été suivi par le transfert du bébé à l'unité néonatale, accompagné d'Arthur. Cette séparation a fait vivre un sentiment de solitude à Catherine, alors Arthur indique à la fois avoir été heureux et inquiet de s'être retrouvé seul avec son bébé. Ce moment lui a permis de réaliser sa grande responsabilité de protéger son enfant et sa conjointe. L'hospitalisation a duré 3 semaines. Durant la première semaine, le bébé a attrapé une infection respiratoire, ce qui a augmenté l'inquiétude et le stress chez les parents.

Pendant l'hospitalisation, le couple rapporte avoir vécu la transition à la parentalité chacun de son côté. Comme Arthur s'est trouvé seul avec le bébé pendant la première période suivant la naissance, ce dernier a pu profiter amplement de son rôle en tant que père, contrairement à Catherine qui s'est sentie délaissée et seule pendant cette période. Elle indique avoir eu du mal à trouver son rôle de mère pendant l'hospitalisation vu la présence dominante de son conjoint et du personnel médical. Les conjoints rapportent le fait que le partage des tâches pendant cette période était difficile et a déclenché des

conflits. Selon le couple, le personnel médical a joué un rôle important dans le soutien et l'apaisement de leurs conflits à l'hôpital. Le retour à la maison a permis au couple de se sentir véritablement parents.

Sur le plan conjugal, ils rapportent que leurs conflits ont diminué quand Arthur est retourné au travail. Ceci a permis à Catherine de retrouver sa vraie place de mère, qui selon elle a été prise par Arthur tout au long de l'hospitalisation. Présentement, les deux partenaires suivent une thérapie chacun de son côté depuis la naissance du bébé.

Sur le plan sexuel, ils disent avoir été très actifs avant la naissance du bébé. La fréquence de leurs relations sexuelles allait jusqu'à 2 fois par jour. Actuellement, la fréquence des rapports sexuels varie entre 3 et 4 fois par semaine. Leur préoccupation première est toujours l'état de santé de leur bébé.

### **Maude et William (ENTREVUE 3)**

Maude et William sont en début de la trentaine. Leur bébé a actuellement 18 mois. Leur relation de couple a commencé il y a 2 ans. Ils se sont mariés peu après leur rencontre. D'après le couple, la survenue de la grossesse était une suite « naturelle » au mariage.

La grossesse s'est bien déroulée jusqu'à ce que Maude ressente un malaise qui l'a amené à consulter son médecin vers la 26<sup>e</sup> semaine de grossesse. Celui-ci l'informe qu'elle a une complication médicale de la grossesse, mettant sa vie et celle de son bébé à risque. Maude a été transférée en urgence à l'hôpital pour un trouble cardiovasculaire de la grossesse et a accouché par césarienne à 26 semaines de gestation. William, de son côté, rapporte être complètement sous le choc et avoir vécu des moments de désespoir et de peur. Il a même pensé au pire et a commencé à se projeter dans sa vie future sans sa conjointe. Maude a passé 2 semaines à l'unité des soins intensifs et le bébé a été transféré à l'unité néonatale pour une période de 4 mois environ. Pendant

l'hospitalisation, plusieurs complications médicales se sont succédé non seulement pour la mère, mais aussi pour le bébé, ce qui a augmenté le stress et l'inquiétude des deux conjoints. Malgré l'alternance des mauvaises et bonnes nouvelles pendant cette période, le couple rapporte avoir été aidé par le personnel médical, ce qui a facilité leur passage vers la parentalité.

Sur le plan conjugal, les partenaires rapportent qu'ils ont dû faire une pause sur leur relation conjugale et sexuelle pendant l'hospitalisation de la mère et du bébé. Ils ont continué à communiquer pendant cette période, mais ils étaient physiquement séparés. La priorité était accordée à la survie du bébé. Chaque petite amélioration de son état de santé était considérée comme une grande victoire pour le couple. L'hospitalisation du bébé a duré 4 mois, pendant lesquelles, Maude et William ont instauré une routine qui impliquait l'allaitement maternel, la présence constante auprès du bébé et le partage des tâches de soins telles que la peau à peau et le bain du bébé. Au retour à la maison, le couple a gardé cette même routine.

Sur le plan sexuel, le couple rapporte une diminution de la fréquence des rapports sexuels qu'ils attribuent notamment au partage du lit conjugal avec le bébé. Maude et William refusent catégoriquement leur séparation de l'enfant par peur qu'un mal lui arrive pendant leur absence. Ils rapportent le fait que la période d'hospitalisation les a rendus très protecteurs.

Globalement, selon le couple, bien que le choc a été difficile à vivre, plusieurs facteurs les ont aidés à s'adapter tels que la communication dans le couple, la foi religieuse et le lâcher-prise. En effet, le fait qu'ils ont accepté la situation leur a permis de se concentrer plus sur l'évolution de l'état médical de leur bébé. Selon le couple, bien que la naissance prématurée fût une expérience traumatisante ayant eu des impacts sur plusieurs perspectives du couple concernant une deuxième grossesse par exemple, cette expérience a renforcé leur relation, ce qui les a aidés à affronter les défis quotidiens.

**Léa et Thomas (ENTREVUE 4)**

Léa et Thomas sont en fin de la trentaine. Leur bébé a actuellement 18 mois. Leur relation de couple a commencé il y a 10 ans. Le couple indique avoir toujours eu une relation conjugale stable et satisfaisante. La grossesse était planifiée et désirée. Léa a vécu une grossesse qu'elle qualifie comme « paradisiaque ». Selon elle, l'accouchement prématuré est venu interrompre le bonheur de sa grossesse, d'où sa déception. À 31 semaines de gestation et lors d'une visite routinière chez le gynécologue, Léa apprend que son bébé peut avoir un trouble de la croissance. Choquée et en détresse, elle demande l'avis d'un autre médecin. Cette consultation révèle une tension artérielle très élevée mettant en danger la vie de Léa et du bébé. Léa et Thomas se trouvent ainsi dans une situation complètement imprévue à laquelle ils n'étaient pas préparés, soit celle d'un accouchement prématuré en urgence dû à une complication de la grossesse. Thomas rapporte le fait qu'il était divisé entre le risque pour la santé de Léa et celui pour la survie de son bébé. Après la césarienne, Thomas s'est trouvé seul avec son bébé. Quant à Léa, elle était sous sédation et n'a pu rencontrer son bébé qu'après quelques jours d'hospitalisation en soins intensifs.

Pendant les 2 mois d'hospitalisation du bébé, Thomas a aidé Léa après ses journées de travail en s'informant continuellement auprès du personnel médical et en participant aux soins donnés à leur bébé. Ceci a été apprécié par Léa qui le considère comme un facteur important de leur adaptation à la parentalité. Selon Thomas, par sa grande implication, il voulait non seulement aider sa conjointe, mais aussi confirmer le fait qu'il est devenu papa. En effet, il ne voulait pas qu'il y ait une différence entre lui et sa conjointe en termes de rôles parentaux. Pendant cette période, le couple rapporte avoir été grandement soutenu par le personnel médical.

L'adaptation à leur nouvelle vie de parents, qui est survenue de façon prématurée, s'est faite graduellement. Les conjoints tiennent à partager toutes les tâches et les soins à

prodiguer au bébé. Pendant cette période à l'hôpital, le couple a choisi de s'isoler en refusant toute visite de la part de la famille et des amis.

Sur le plan sexuel, les rapports sexuels n'étaient pas très fréquents avant la grossesse et ceci n'a pas changé après la naissance du bébé. Selon Léa et Thomas, bien que l'accouchement prématuré ait représenté un traumatisme, leur relation s'est renforcée après la naissance prématurée de leur bébé. Le couple rapporte le fait que leur vie conjugale s'est transformée en vie coparentale. Ainsi, leur quotidien de couple a donné place à un quotidien de famille qui inclue leur bébé dans toutes leurs activités.

#### **Alice et Gustave (ENTREVUE 5)**

Alice et Gustave sont en début de la quarantaine. Leur bébé a actuellement 11 mois. Leur relation de couple a commencé il y a 6 ans. Le couple a tenté pendant une période de 6 années d'avoir un enfant par la tenue de plusieurs relations sexuelles. La présence de troubles reproductifs chez Alice a ralenti le processus de reproduction. Le couple a eu recours à la procréation médicale assistée dans une clinique de fertilité ainsi qu'à la médecine alternative. Après 5 ans de traitement et une fausse couche, Léa devient enceinte à nouveau. Le couple rapporte sa grande joie de cette grossesse tant désirée et attendue. Léa rapporte avoir beaucoup apprécié être enceinte.

À 25 semaines de gestation, Léa ressent un malaise et contacte son accompagnatrice à la naissance qui la rassure et lui conseille de se reposer. Pour soulager son malaise, Alice se tourne vers l'acupuncture, le yoga et la méditation. Suite à un bain chaud, Alice commence à avoir des contractions et des légers saignements. Le couple rapporte s'être senti stressé et a commencé à ressentir un sentiment d'urgence face à la situation, sans pour autant penser à la menace d'accouchement prématuré. Alice se renseigne auprès de l'hôpital qui l'informe de la possibilité d'accouchement prématuré. Elle décide de se rendre à l'hôpital et découvre que son col utérin est suffisamment dilaté

pour accoucher le soir même. Bien que l'accouchement soit imprévu, les conjoints rapportent le fait qu'ils ont vécu un accouchement merveilleux. Ils se sont alarmés et apeurés quand le personnel médical a transféré leur bébé en unité néonatale.

Leur bébé a été hospitalisé pour 3 mois, durant lesquels il a eu deux interventions chirurgicales. Ces interventions ont constitué des défis pour les parents, notamment pour la prise de décision. Bien que le personnel médical fût présent pour les soutenir, Alice et Gustave ont eu du mal à communiquer avec les médecins et à comprendre les termes médicaux. Pendant l'hospitalisation, Alice et Gustave étaient présents à côté de leur bébé de façon continue en alternance ; chacun d'eux restait 12 heures à l'hôpital.

Sur le plan conjugal, bien qu'ils se voient presque plus pendant l'hospitalisation à cause de la répartition du temps passé avec le bébé, ils communiquent beaucoup par appels téléphoniques ou messages textes. Selon eux, la prématurité de leur bébé a mis leur couple à l'épreuve, ce qui a renforcé encore plus leur relation. Alice rapporte le fait qu'elle était émotionnellement plus forte que Gustave et que grâce à sa vision de combattante, elle a pu soutenir son conjoint pendant cette épreuve difficile.

Sur le plan sexuel, le couple était très actif avant la naissance du bébé. Alice rapporte le fait qu'elle n'a jamais été aussi satisfaite sexuellement qu'avec son conjoint actuel. Suite à la naissance prématurée, la priorité était accordée à l'état de santé du bébé à l'hôpital, mais ils ont eu quelques occasions pour reprendre les activités sexuelles grâce à l'aide de leurs parents qui les remplaçaient par moment à l'hôpital. Au retour à la maison, la reprise des activités sexuelles était graduelle. La fréquence des rapports sexuels a diminué comparativement à avant. Selon le couple, cette diminution est due non seulement au manque du temps, mais aussi à la diminution du désir sexuel de la conjointe. En effet, selon Alice, les rapports sexuels fréquents étaient liés à l'envie de concevoir, et une fois le bébé est né, elle ne voit plus le but de leurs relations sexuelles.

Alice et Gustave se sont adaptés à leur vie de parents de façon graduelle à travers l'instauration d'une routine précise qui inclut le partage des tâches entre les deux partenaires. leurs rôles de parents évoluent continuellement depuis la naissance.

### **Chloé et Jacob (ENTREVUE 6)**

Chloé et Jacob sont en début de la trentaine. Leur bébé a actuellement 18 mois. Leur relation de couple a commencé il y a 9 ans. Les deux partenaires ont mené une relation de couple harmonieuse et épanouie. Ils partagent leurs activités et communiquent bien ensemble. La décision d'avoir un enfant a été prise à deux.

Dès le début de la grossesse, Chloé a été traumatisée par la nouvelle de diagnostic de cancer de sa mère. Elle rapporte que cette nouvelle l'a grandement affectée et estime que l'angoisse qui en résultait serait probablement la cause son accouchement prématuré. À 29 semaines de grossesse, Chloé a ressenti des douleurs pelviennes (contractions). Suite à un appel à l'hôpital, elle s'y présente pour recevoir des calmants. Chloé et Jacob découvrent alors que le bébé est engagé et que Chloé était en travail et allait accoucher prématurément. Jacob était sous le choc, car il ne savait même pas que l'accouchement prématuré était possible. Cet accouchement, bien qu'il ait été bien vécu par Chloé qui a catégoriquement refusé l'épidurale pour vivre intégralement son accouchement, représente un double deuil pour elle. Ce double deuil est représenté par un premier deuil de la perte de la grossesse prématurément, suivi d'un deuxième deuil du décès de sa mère deux semaines après la naissance. Ce double deuil a grandement affecté Chloé pendant la période d'hospitalisation. Jacob était présent pour la soutenir, ainsi que sa belle-famille. Ce soutien de l'entourage a aidé le couple à se relever pour mieux faire face à cette situation difficile.

Pendant 2 mois d'hospitalisation, le couple a vécu des moments d'angoisse, de stress et de joie pour les petites améliorations de l'état de santé de leur bébé. Chloé était



constamment à l'hôpital. Quant à Jacob, il la rejoignait chaque soir après sa journée de travail. Selon Chloé et Jacob, le personnel médical était à l'écoute et ne cessait de les aider et les soutenir dans toutes les étapes suivant l'accouchement.

Chloé tenait à allaiter en tirant son lait. Selon le couple, cette étape était l'une des plus difficiles dans tout le processus d'hospitalisation.

Selon Jacob, la naissance prématurée lui a permis d'apprendre comment s'occuper de son bébé et il se considère chanceux d'avoir eu cette opportunité qui s'est avérée bénéfique au retour à la maison. Au retour à la maison, le couple a pu prendre en main tous les soins à prodiguer au bébé de manière autonome. Bien qu'ils se soient sentis insécures au début vu l'absence des machines, les habitudes et la routine ont pu prendre place dans leur nouvelle vie de parents.

Actuellement, les parents ont été choqués par le diagnostic de trouble neurologique chez leur enfant qui est due à sa prématurité. Selon eux, ce diagnostic est encore plus traumatisant que la naissance prématurée à cause des conséquences à long terme sur leur enfant. À cause de ce diagnostic, Chloé et Jacob ont plus peur de la prématurité et ne savent pas s'ils veulent un deuxième enfant par peur d'un risque de récurrence de prématurité.

Sur le plan sexuel, les conjoints sont aussi satisfaits qu'avant la naissance de leur bébé, malgré la baisse de la fréquence des rapports sexuels. Globalement, selon le couple, cette épreuve difficile a renforcé leur couple.

## RÉFÉRENCES

- Aagaard, H. et Hall, E. O. C. (2010). 500 Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis. *Pediatric Research*, 68, 256-256. doi: 10.1203/00006450-201011001-00500
- Al Maghaireh, D. F., Abdullah, K. L., Chan, C. M., Piaw, C. Y. et Al Kawafha, M. M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Clin Nurs*, 25(19-20), 2745-2756. doi: 10.1111/jocn.13259
- Anderson, C. et Cacola, P. (2017). Implications of preterm birth for maternal mental health and infant development. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(2), 108-114.
- Auger, N., Park, A. L., Gamache, P., Pampalon, R. et Daniel, M. (2012). Weighing the contributions of material and social area deprivation to preterm birth. *Soc Sci Med*, 75(6), 1032-1037. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.033
- Black, B. P., Holditch - Davis, D. et Miles, M. S. (2009). Life course theory as a framework to examine becoming a mother of a medically fragile preterm infant. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 38-49. doi: 10.1002/nur.20298
- Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Joreskog, K. et Nyqvist, K. H. (2012). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *J Adv Nurs*, 68(9), 1988-1996. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x
- Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. et Muller-Nix, C. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-

traumatic stress symptoms and the quality of mother-infant interaction: the case of preterm birth. *Infant Behav Dev*, 37(4), 624-631. doi: 10.1016/j.infbeh.2014.08.003

Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M. et Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Ment Health J*, 27(5), 494-508. doi: 10.1002/imhj.20103

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). Random House. Furman, W., & Buhrmester, D. (2009). *Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version. International Journal of Behavioral Development*, 33, 470-478.

Bréhat, C. (2018). *Construction du maternel dans les situations de grande prématurité.*

Bréhat, C. et Thévenot, A. (2018). Les «prémas» ne seraient-ils pas des vrais bébés? *Dialogue*, (3), 127-140.

Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité* Odile Jacob.

Cavanaugh, A. F. (2006). *Exploring the role of playfulness, social support and self esteem in coping with the transition to motherhood.*

Charmaz, K. et Belgrave, L. L. (2007). Grounded theory. *The Blackwell encyclopedia of sociology.*

Chunuan, S., Somsap, Y., Pinjaroen, S., Tiansawad, S., Nangham, S. et Jeamamornrat, A. (2007). An evaluation of childbirth policy in Thailand: a case study in the southern part of Thailand (part 1). *Thai Journal of Nursing Research*, 11(4), 227.

- Crête, J. (2003). L'éthique en recherche sociale»: 243-265. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec.
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H. et Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev*, 73(1-2), 61-70. doi: 10.1016/s0378-3782(03)00073-2
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M. et Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 601-619. doi: 10.1037/a0013969
- Druon, C. (2005). *A l'écoute du bébé prématuré: une vie aux portes de la vie* Flammarion.
- Edwards, D. M., Gibbons, K. et Gray, P. H. (2016). Relationship quality for mothers of very preterm infants. *Early Hum Dev*, 92, 13-18. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2015.10.016
- Elek, S. M., Hudson, D. B. et Bouffard, C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: the effect of infant sex. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 26(1), 45-57. doi: 10.1080/01460860390183065
- Evans, T., Whittingham, K. et Boyd, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behav Dev*, 35(1), 1-11. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.10.002
- Favez, N. (2013). La transition à la parentalité et les réaménagements de la relation de couple. *Dialogue*, 199(1), 73. doi: 10.3917/dia.199.0073

- Feldman, R. et Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant–mother and infant–father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49(3), 290-302. doi: 10.1002/dev.20220
- Fenwick, J., Barclay, L. et Schmied, V. (2008). Craving closeness: a grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the Special Care Nursery. *Women Birth*, 21(2), 71-85. doi: 10.1016/j.wombi.2008.03.006
- Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K. H. et Starrin, B. (2006). Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med*, 62(1), 70-80. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.026
- Frascarolo-Moutinot, F., Darwiche, J. et Favez, N. (2009). Couple conjugal et couple co-parental: quelle articulation lors de la transition à la parentalité? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), 207-229.
- Gameiro, S., Moura - Ramos, M. et Canavarro, M. C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 269-286. doi: 10.1080/02646830802350898
- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* Puq.
- Golish, T. D. et Powell, K. A. (2003). 'Ambiguous Loss': Managing the Dialectics of Grief Associated with Premature Birth. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3), 309-334. doi: 10.1177/0265407503020003003
- Gouvernement du Canada, S. C. (2015). Naissances vivantes prématurées au Canada, 2000 à 2013.

- Greco, L. A., Heffner, M., Poe, S., Ritchie, S., Polak, M. et Lynch, S. K. (2005). Maternal adjustment following preterm birth: Contributions of experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 36(2), 177-184.
- Hagen, I. H., Iversen, V. C. et Svindseth, M. F. (2016). Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics*, 16(1). doi: 10.1186/s12887-016-0631-9
- Harwood, K., McLean, N. et Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Dev Psychol*, 43(1), 1-12. doi: 10.1037/0012-1649.43.1.1
- Hebert, C. (2014). *Premature Birth and the Impact on Family Systems*.
- Hébert, M., Gallagher, F. et St-Cyr Tribble, D. (2015). La théorisation enracinée dans l'étude de la transition des perceptions de l'état de santé de femmes atteintes d'un cancer du sein. *Approches inductives: Travail intellectuel et construction des connaissances*, 2(1), 92. doi: 10.7202/1028102ar
- Heinemann, A. B., Hellstrom-Westas, L. et Hedberg Nyqvist, K. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatr*, 102(7), 695-702. doi: 10.1111/apa.12267
- Howland, L. C. (2007). Preterm birth: implications for family stress and coping. *Newborn and infant nursing reviews*, 7(1), 14-19.
- Ibáñez, M. (2005). Prématurité, émotions et développement à long terme. *Spirale*, (1), 93-106.

- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F. et Lista, G. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Eur J Psychol*, 12(4), 604-621. doi: 10.5964/ejop.v12i4.1093
- Jacques, M., Hébert, M., Gallagher, F. et St-Cyr Tribble, D. (2014). La théorisation ancrée: une théorisation ancrée pour l'étude de la transition des perceptions de l'état de santé. *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines et de la santé*, 97-122.
- Johnston, K. M., Gooch, K., Korol, E., Vo, P., Eyawo, O., Bradt, P. et Levy, A. (2014). The economic burden of prematurity in Canada. *BMC Pediatr*, 14, 93. doi: 10.1186/1471-2431-14-93
- Kantrowitz-Gordon, I., Altman, M. R. et Vandermause, R. (2016). Prolonged Distress of Parents After Early Preterm Birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 45(2), 196-209. doi: 10.1016/j.jogn.2015.12.004
- Kohn, J. L., Rholes, S. W., Simpson, J. A., Martin, A. M., 3rd, Tran, S. et Wilson, C. L. (2012). Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: the role of adult attachment orientations. *Pers Soc Psychol Bull*, 38(11), 1506-1522. doi: 10.1177/0146167212454548
- Kraljevic, M. et Warnock, F. F. (2013). Early educational and behavioral RCT interventions to reduce maternal symptoms of psychological trauma following preterm birth: a systematic review. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 27(4), 311-327.
- Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S. et Baker, M. (2015). Penser la parentalité au Québec: un modèle théorique et un cadre conceptuel. *Les éditions CEIDF*, 3.

- Lasiuk, G. C., Comeau, T. et Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth, 13 Suppl 1*, S13. doi: 10.1186/1471-2393-13-S1-S13
- Lawrence, E., Nysten, K. et Cobb, R. J. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 21*(2), 155.
- Lawrence, E., Rothman, A. D., Cobb, R. J., Rothman, M. T. et Bradbury, T. N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *J Fam Psychol, 22*(1), 41-50. doi: 10.1037/0893-3200.22.1.41
- Lindberg, B., Axelsson, K. et Öhrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*(1), 79-85.
- Lindberg, I., Öhrling, K. et Christensson, K. (2008). Expectations of post-partum care among pregnant women living in the north of Sweden. *International Journal of Circumpolar Health, 67*(5), 472-483. doi: 10.3402/ijch.v67i5.18354
- Lundqvist, P. et Jakobsson, L. (2003). Swedish Men's Experiences of Becoming Fathers to Their Preterm Infants. *Neonatal Network, 22*(6), 25-31. doi: 10.1891/0730-0832.22.6.25
- Martel, M.-J., Milette, I., Bell, L., Tribble, D. S.-C., Payot, A. et Dowling, D. (2016). Establishment of the relationship between fathers and premature infants in neonatal units. *Advances in Neonatal Care, 16*(5), 390-398.
- Martin, A. et Njoroge, W. (2005). Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. *American Journal of Psychiatry, 162*(8), 1553-a-1554.



- McDonald, S. W., Kingston, D., Bayrampour, H., Dolan, S. M. et Tough, S. C. (2014). Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. *Archives of Women's Mental Health*, 17(6), 559-568. doi: 10.1007/s00737-014-0436-5
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* Springer publishing company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K. et Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* De Boeck Supérieur.
- Misund, A. R. (2016). Mothers' trauma reactions following preterm birth.
- Misund, A. R., Nerdrum, P. et Diseth, T. H. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 263.
- Miszkurka, M., Goulet, L. et Zunzunegui, M. V. (2012). Antenatal depressive symptoms among Canadian-born and immigrant women in Quebec: differential exposure and vulnerability to contextual risk factors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(10), 1639-1648.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A. et Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early human development*, 79(2), 145-158.
- Neff, L. A. et Broady, E. F. (2011). Stress resilience in early marriage: can practice make perfect? *J Pers Soc Psychol*, 101(5), 1050-1067. doi: 10.1037/a0023809

Nelson, A. M. (2003). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477. doi: 10.1177/0884217503255199

Noy, A., Taubman-Ben-Ari, O. et Kuint, J. (2015). Well-Being and Personal Growth in Mothers of Full-Term and Pre-Term Singletons and Twins. *Stress Health*, 31(5), 365-372. doi: 10.1002/smi.2560

OMS. (2015). Preterm birth Consulté à <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., Culp, R., Krantz, K., Litt, K. et Tobiasen, J. (1985). Transition to parenthood: Risk factors for parents and infants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(4), 303-315.

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147. doi: 10.7202/1002253ar

Perrin, E. C. et Siegel, B. S. (2013). Promoting the Well-Being of Children Whose Parents Are Gay or Lesbian. *PEDIATRICS*, 131(4), e1374-e1383. doi: 10.1542/peds.2013-0377

Pictet, C., Séchaud, L. et Meixenberger, C. (2014). *La transition vers les soins palliatifs: un défi pour les infirmières des unités de soins intensifs: travail de Bachelor* Haute école de santé.

Préma-Québec. (2014). *La prématurité Préma-Québec*.

Randall, A. K. et Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clin Psychol Rev*, 29(2), 105-115. doi: 10.1016/j.cpr.2008.10.004

- Ravier, A. et Pedinielli, J.-L. (2015). Prématurité et parentalité. *Enfances Psy*, (1), 145-157.
- Reid, T. (2000). Maternal identity in preterm birth. *Journal of Child Health Care*, 4(1), 23-29. doi: 10.1177/136749350000400104
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol*, 58(3), 307-321. doi: 10.1002/jclp.10020
- Rosati, F., Gasparri, E. et Gaetti, M. (2019). The Experience of a Mother in the Situation of a Preterm Birth. *Clinics Mother Child Health*, 16, 322.
- Rossi, A. S. (1968). Transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 26-39.
- Rowland, D. L., Graves, V., Caldwell, C. et Donarski, A. (2019). Does Preterm Birth Affect Psychosexual Development? A Preliminary Exploration. *International Journal of Sexual Health*, 31(4), 351-362.
- Savaria, M., Juneau, A. L., De Lachevrotière, S. et Martel, M.-J. (2017). La méthode kangourou, ou le peau-à-peau. *Perspective infirmière*, 14(5), 46-48.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée»: 293-316. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, 5, 99-111.
- Schumacher, K. L. et Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

- Shah, P. E., Clements, M. et Poehlmann, J. (2011). Maternal resolution of grief after preterm birth: implications for infant attachment security. *Pediatrics*, 127(2), 284-292. doi: 10.1542/peds.2010-1080
- Spielman, V. et Taubman - Ben-Ari, O. (2009). Parental Self-Efficacy and Stress-Related Growth in the Transition to Parenthood: A Comparison between Parents of Pre- and Full-Term Babies. *Health & Social Work*, 34(3), 201-212. doi: 10.1093/hsw/34.3.201
- Tallandini, M. A. et Scalembra, C. (2006). Kangaroo mother care and mother - premature infant dyadic interaction. *Infant mental health journal*, 27(3), 251-275.
- Taubman-Ben-Ari, O., Findler, L. et Kuint, J. (2010). Personal growth in the wake of stress: the case of mothers of preterm twins. *J Psychol*, 144(2), 185-204. doi: 10.1080/00223980903472268
- Treyvaud, K. (2013). *Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: a review, vol. 19*. Elsevier.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K. et Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: a meta - analytic review. *Journal of marriage and family*, 65(3), 574-583.
- Van Breda, A. D. (2001). *Resilience theory: A literature review* : Pretoria, South Africa: South African Military Health Service.
- Van Egeren, L. A. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 453-477. doi: 10.1002/imhj.20019

Waldron, H. et Routh, D. K. (1981). The effect of the first child on the marital relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 785-788.

Watson, G. (2011). Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant. *Journal of clinical nursing*, 20(9 - 10), 1462-1471.