



# **Accompagnement infirmier de l'enfant en âge préscolaire lors de la naissance de la fratrie**

---

**CAROLINE YERSIN**

**Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**TIFFANIE LAUB**

**Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**Directrice de travail : NICOLE RIMAZ-KELLER**

---

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2012 EN VUE DE  
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud  
Filière Soins infirmiers**



# **RESUME**

## **Titre**

Accompagnement infirmier de l'enfant en âge préscolaire lors de la naissance de la fratrie

## **Contexte**

La naissance d'une fratrie prend forme à l'arrivée du deuxième enfant. Un bouleversement chez l'aîné qui lui demande de s'adapter. Les relations fraternelles favorisent le développement psycho-social des enfants et influencent leurs compétences sociales.

## **Objectifs**

Identifier les besoins de l'aîné et ceux des parents durant cette période, le soutenir dans son processus d'adaptation et ses premiers contacts avec le cadet.

## **Méthode**

Critères d'inclusion : Type de participants : Enfant d'âge préscolaire ; Types de résultats : réactions comportementales de l'aîné, stratégies d'adaptation, facteurs influençant le comportement ; Type de contexte: services de santé touchant la périnatalité; Types de recherches : qualitatives ou quantitatives.

Stratégies de recherche : Bases de données consultées : CINAHL, PubMed, PsycINFO et Maternity and infant care. La recherche a amené 35 articles écrits entre 1983 et 1996. Le manque d'études récentes sur le sujet n'a pas permis d'obtenir des articles plus actuels.

Synthèse des données : articles analysés selon les grilles de Fortin (2010) qui a permis une sélection de 9 articles pertinents sur le sujet.

## **Résultats**

Trois grandes thématiques ressortent: Les stratégies de coping de l'enfant, le processus d'attachement ainsi que les facteurs influençant les comportements de l'aîné.

## **Conclusion**

La connaissance des stratégies d'adaptation en lien avec l'âge de l'enfant ainsi que le processus d'attachement fraternel permet à l'infirmière d'établir des interventions auprès de l'aîné et des parents.

**Mots-clés :** Fratrie, dynamique familiale, enfant en âge préscolaire, attachement, naissance.

## **AVERTISSEMENT**

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Le 13 juillet 2012, Yersin Caroline & Laub Tiffanie

## **REMERCIEMENTS**

L'élaboration de cette revue de littérature est l'ouvrage, de plus d'une année, de deux étudiantes infirmières arrivant au terme de leur formation. Ce travail leur a demandé de mobiliser plusieurs compétences, acquises au long de leurs études et développées dans l'élaboration même de ce document. Par ailleurs, il leur a aussi permis de mobiliser leurs ressources relationnelles.

C'est pour cela que nous souhaitons remercier les différentes personnes concernées.

Madame Rimaz-Keller, notre directrice de travail de Bachelor, qui nous a suivi et guidée,

Nos parents, Paul et Michelle Yersin, Jean-Marc et Josette Laub, pour leurs maintes relectures et corrections, ainsi que leur soutien,

Priscille, Patrick et Géraldine Yersin, Aloïs-Quentin, Priscille et Thibald Laub, pour leur patience et compréhension fraternelle,

Nicolas Simon pour son soutien et sa patience,

Nos amis et futurs collègues, Martina Gamboni, Nancy Rodriguez, Beatriz Lopez, Rolch Mainit et Delphine Favre pour les conseils, les encouragements précieux et les bons moments, ainsi que Fatih Demircan pour le partage des places de travail,

Et finalement, toutes les personnes qui nous ont épaulées...

## TABLE DES MATIERES

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Introduction .....   | 1  |
| 2     | Problématique.....   | 2  |
| 3     | Cadre théorique .....  | 5  |
| 3.1   | Le développement de l'enfant en âge préscolaire .....            | 5  |
| 3.1.1 | La théorie psychosociale d'Erikson .....                         | 5  |
| 3.1.2 | La théorie du développement cognitif selon Piaget .....          | 6  |
| 3.2   | Développement psycho-social du nouveau-né .....                  | 7  |
| 3.2.1 | Stade sensorimoteur (de la naissance à 2 ans) selon Piaget ..... | 7  |
| 3.2.2 | Crise confiance/méfiance selon Erikson .....                     | 7  |
| 3.2.3 | Crise autonomie/honte et doute selon Erikson.....                | 8  |
| 3.3   | Le coping chez l'enfant .....                                    | 8  |
| 3.3.1 | Définition du coping.....  | 8  |
| 3.3.2 | Coping et stress .....   | 8  |
| 3.3.3 | Types de coping .....  | 9  |
| 3.3.4 | Coping et développement de l'enfant.....                         | 9  |
| 3.4   | Le processus d'attachement.....                                  | 10 |
| 3.4.1 | Définition .....   | 10 |
| 3.4.2 | La base sécurisante.....   | 10 |
| 3.4.3 | Les phases du développement de l'attachement .....               | 11 |
| 3.4.4 | Formes d'attachement .....                                       | 11 |
| 3.5   | La dynamique familiale .....                                     | 12 |
| 3.5.1 | Définition de la famille .....                                   | 12 |
| 3.5.2 | Le modèle d'analyse familiale de Calgary.....                    | 12 |
| 3.5.3 | Les changements de la famille à la naissance d'un enfant.....    | 13 |
| 3.6   | L'Espace Prévention.....   | 14 |
| 3.6.1 | Le projet de l'Etat de Vaud .....                                | 14 |
| 3.6.2 | L'Espace Prévention .....  | 15 |
| 4     | Méthodologie .....   | 17 |
| 4.1   | Les démarches de la recherche .....                              | 17 |
| 4.1.1 | Les bases de données choisies.....                               | 17 |
| 4.1.2 | La recherche sur les bases de données .....                      | 18 |
| 4.1.3 | Les résultats sur les bases de données.....                      | 18 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 4.2   | Choix des articles.....   | 19 |
| 4.2.1 | Les critères d'exclusion des articles.....  | 20 |
| 4.2.2 | Sélection des articles .....  | 21 |
| 4.3   | Limites de la méthodologie .....  | 22 |
| 5     | Résultats .....   | 23 |
| 5.1   | Résumés et limites des articles .....   | 23 |
| 5.1.1 | Children's Responses to Separation from Mother during the Birth of Another Child (Field & Reite, 1984).....   | 23 |
| 5.1.2 | Security of Attachment and Infant-Sibling Relationship: A laboratory Study (Teti & Ablard, 1989).....   | 23 |
| 5.1.3 | Protest or pleasure ? The response of first-born children to interactions between their mothers and infant siblings (Kendrick & Dunn, 1981).....                            | 24 |
| 5.1.4 | Initial acquaintance and attachment behavior of siblings with the newborn (Anderberg, 1988) .....   | 25 |
| 5.1.5 | Sibling visitation: How far should the pendulum swing? (Stewart Faller & Ratcliffe, 1993).....  | 26 |
| 5.1.6 | The Arrival of a Rival : Maternal Perceptions of Toddlers' Regressive Behaviors after the Birth of a Sibling. (Kayiatos, Adams & Gilman, 1984). .....                       | 26 |
| 5.1.7 | Sibling Behavior With a Newborn : Parents' Expectations and Observations. (Gullicks & Crase, 1992) .....  | 27 |
| 5.1.8 | What's Real in Children's Fantasy Play ? : Fantasy Play Across the Transition to Becoming a Sibling. (Kramer, 1996). .....  | 28 |
| 5.1.9 | Emotion Regulation in Context : The Jealousy Complex between Young Siblings and its Relations with Child and Family Characteristics (Volling, McElwain & Miller, 2002)..... | 28 |
| 5.2   | Synthèse des résultats .....  | 29 |
| 5.2.1 | Stratégies de coping .....  | 29 |
| 5.2.2 | Attachement .....   | 33 |
| 5.2.3 | Facteurs influençants.....  | 34 |
| 6     | Discussion .....  | 37 |
| 6.1   | Résumé .....  | 37 |
| 6.2   | Caractères généralisables des résultats .....   | 37 |
| 6.3   | Confrontation des résultats à la problématique .....  | 38 |
| 6.4   | Perspectives professionnelles .....   | 42 |

|     |                                      |    |
|-----|--------------------------------------|----|
| 6.5 | Perspectives pour la recherche ..... | 44 |
| 6.6 | Limites du travail.....              | 44 |
| 7   | Conclusion.....                      | 46 |
|     | Références bibliographiques .....    | 47 |

# 1 INTRODUCTION

De plus en plus, les infirmières<sup>1</sup> se basent sur des résultats de recherche pour confronter leurs pratiques, en développer de nouvelles et ainsi assurer la qualité des soins. Il est donc essentiel pour des futures professionnelles de connaître les démarches à effectuer afin d'obtenir des articles scientifiques. Puis, d'être capable de critiquer les articles trouvés, d'en connaître les limites et d'en ressortir des perspectives pour la pratique professionnelle. C'est dans cette vision que le Travail de Bachelor prend tout son sens.

La première partie du travail est d'élaborer une problématique ayant une importance pour la pratique professionnelle et répondant à un besoin pour les patients. Puis, une recherche sur les bases de données a permis d'établir un recueil d'articles concernant le sujet. C'est avec une sélection de ces articles, que des résultats sont mis en avant et discutés, à la lumière de la question de recherche. Finalement, différentes interventions infirmières et réflexions, quant à la pratique professionnelle, sont amenées.

---

<sup>1</sup>Pour des raisons de lecture et d'identité professionnelle des auteures, le professionnel infirmier est mis au féminin mais il concerne également le masculin.

## 2 PROBLEMATIQUE

Selon Howe et Recchia (2008), 80% des enfants occidentaux font l'expérience de la relation fraternelle. Les frères<sup>2</sup> constituent une partie de la famille qui doit être prise en compte afin de mieux comprendre les réalités familiales (p. 1).

Durant plusieurs années, les frères vivent et interagissent ensemble au sein de la famille, comprendre leurs fonctionnements est essentiel étant donné qu'ils influencent le système familial (Favart, 2009, p. 247). Selon Kramer et Kowal (2005), l'entente entre les enfants marque la qualité des relations familiales (p. 503). Pourtant, la relation fraternelle n'a été que peu étudiée par les scientifiques. Les études étaient essentiellement centrées sur la relation parents-enfant et son influence sur le développement de l'enfant. Ce n'est que ces 25 dernières années que des recherches ont été menées à propos de l'impact de la fratrie sur le développement de l'enfant (Howe & Recchia, 2008, p. 1).

La fratrie est une expérience relationnelle unique par les éléments suivants : premièrement, les enfants sont émotionnellement désinhibés dans le cadre familial, ce qui influence les comportements qu'ils ont entre eux. Deuxièmement, lorsque les enfants atteignent un certain âge, ils passent beaucoup plus de temps en interactions les uns avec les autres, comparés aux moments passés avec leurs parents. Finalement, la capacité de s'entendre dans la fratrie est variable, car les enfants vivent une ambivalence émotionnelle au niveau de la relation fraternelle. (Pike, Coldwell & Dunn, 2008, p. 524). La fratrie permet aux enfants de développer des compétences cognitives, sociales, affectives et morales. (Howe & Recchia, 2008, p. 2).

La naissance d'un frère semble être une période de transition pour l'aîné. Le Centre de référence pour les Infirmières Petite Enfance dans le canton de Vaud (2005) décrit cette phase comme un bouleversement pour l'aîné (p. 3). En effet, il doit réajuster le rapport qu'il a aux autres, à soi-même et découvrir un nouveau lien, une nouvelle dynamique, celle de la fratrie au sein de la famille (Duhamel, 2007, p. 110). Kramer et Kowal (2005) établissent un lien entre la qualité des relations précoces dans la fratrie et la qualité de la relation fraternelle à l'adolescence, ainsi que la capacité de chacun des enfants à exprimer ses émotions. Les enfants qui démontrent de l'hostilité et une faible implication dans les relations fraternelles peuvent présenter des difficultés scolaires et relationnelles avec leurs pairs (p. 509).

---

<sup>2</sup> Afin de faciliter la lecture, le terme « frère(s) » englobe le genre masculin et féminin, sauf dans les cas où une précision est apportée.

Les conflits dans les relations fraternelles arrivent fréquemment. Ils peuvent être mal résolus, agressifs, violents et même abusifs. Ceux-ci peuvent avoir une conséquence majeure sur le développement de l'enfant et amener, lorsqu'il devient adulte, une difficulté à gérer ses émotions de manière socialement acceptable (Howe & Recchia, 2008, p. 3). L'enfant a donc besoin d'être préparé et soutenu durant l'étape de la naissance de la fratrie afin de faire face aux difficultés qu'il rencontre lors de son adaptation (Kramer & Kowal, 2005, p. 509).

Il semble nécessaire de prendre en compte l'âge de l'aîné<sup>3</sup> lors de l'arrivée du nouveau-né. En effet, Alice Petit (1993) met en avant deux périodes où l'aîné est moins sensible aux changements dus à la naissance de la fratrie. Premièrement, lorsque l'aîné se trouve en période d'amnésie infantile (moins de 18 mois), il n'a pas le souvenir d'avoir vécu sans son cadet. Une relation de compagnonnage s'établit facilement. Deuxièmement, quand l'écart est de 6-7 ans entre eux, l'aîné a un vécu personnel avec sa mère. Il est alors plus compréhensif face à la relation mère-cadet (p. 19). De manière générale, entre 18 mois et 5 ans, l'enfant présente plus de difficultés à s'adapter à la situation. Dumont (2001) relève que l'un des stress caractéristique de l'enfant en âge préscolaire est « la naissance d'un nouvel enfant ou l'arrivée d'un nouveau membre dans la famille » (p. 18).

Habituellement, la fratrie prend naissance dans un service de maternité. Dans ce cadre, l'infirmière priorise ses interventions sur l'enseignement aux parents quant aux soins du nouveau-né, car le temps d'hospitalisation est court (moyenne de 3 jours) (SPJ & SSP, 2006) et les visites de la fratrie sont souvent brèves. Par ces différents éléments, il est difficile pour l'infirmière de maternité de centrer sa prise en charge sur l'adaptation de l'aîné face à cette nouvelle dynamique familiale.

Le code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII) (2006) énonce que, « les infirmières fournissent des services de santé à l'individu, à la famille et à la collectivité et coordonnent cette activité avec celles d'autres groupes qui travaillent dans des domaines connexes. » (p. 1). Il est donc primordial de se questionner quant au rôle infirmier auprès de l'aîné dans son processus d'adaptation.

Dans le canton de Vaud, les parents ont la possibilité de prendre contact avec une infirmière de la petite enfance, s'ils ont un enfant âgé de 0-6 ans. Dans le cadre de la santé communautaire à l'Espace Prévention, l'infirmière peut être une ressource pour la famille dans cette nouvelle transition (Centre de référence pour les Infirmières Petite Enfance, 2005).

---

<sup>3</sup> Dans ce travail, le terme « aîné » est sous la forme masculine. Cependant, il englobe également le féminin, sauf dans les cas où une précision est apportée.

Cette réflexion amène un questionnement quand au rôle infirmier durant cette période :

Dans un cadre de santé communautaire, de quelle manière l'infirmière peut-elle favoriser l'adaptation de l'aîné en âge préscolaire à vivre le changement de dynamique familiale lors de la naissance de la fratrie ?

Cette problématique est traitée dans le cadre de ce travail.

## **3 CADRE THEORIQUE**

Plusieurs concepts sont centraux dans la problématique. Dans ce chapitre, ils sont définis afin de permettre au lecteur de connaître leur signification donnée dans ce travail. Les concepts sont les suivants : le développement de l'enfant en âge préscolaire, le développement psychosocial du nouveau-né, le coping chez l'enfant, la dynamique familiale et le cadre de la santé communautaire à l'Espace Prévention. Le processus d'attachement ne ressort pas dans la problématique, cependant il est aussi traité car il est présent dans de nombreux articles du travail et mérite d'être défini.

### **3.1 Le développement de l'enfant en âge préscolaire**

Différentes théories ont été élaborées pour expliquer le développement de l'enfant. La théorie psychosociale d'Erikson et la théorie cognitiviste de Piaget sont développées ci-dessous.

#### **3.1.1 La théorie psychosociale d'Erikson**

La théorie psychosociale d'Erikson se base sur le postulat que la personne se développe par l'influence de la société et également par les différentes crises qu'elle peut traverser durant la vie. Ces crises sont des épreuves par lesquelles l'individu passe, ce qui forge sa personnalité (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 16).

L'identité se développe par un processus constitué de huit stades psychosociaux. A chacun de ces stades, la personne se trouve face à un problème d'identité. Elle a le choix entre deux attitudes, l'une positive et l'autre négative. Lorsqu'elle trouve un équilibre entre celles-ci, elle peut alors s'investir dans la suite de son développement et acquérir des compétences sociales (Pire, 2003, p. 187). Dans le cas contraire, lorsque la personne ne réussit pas à faire face à une crise, elle y sera à nouveau confrontée et aura l'occasion de la résoudre. Si elle n'y parvient pas, le développement du soi peut être compromis (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 16).

#### **Culpabilité/Initiative**

La crise par laquelle l'enfant d'âge préscolaire doit faire face, comporte les deux attitudes suivantes : la culpabilité et l'initiative. Cette crise permet à l'enfant d'acquérir la capacité de développer des initiatives et de se donner des buts. Puis, de les poursuivre sans être inhibé par la peur d'être puni ou par la culpabilité (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 181).

L'enfant d'âge préscolaire, par l'utilisation de ses compétences cognitives et le développement de celles-ci, commence à devenir autonome dans certaines actions. Il explore

des domaines inconnus jusque-là et prend des initiatives (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 181). Le comportement de l'enfant est actif et rempli d'énergie. Il arrive alors que les parents le considèrent comme un peu agressif (Bee & Boyd, 2003, p. 198).

Lorsque les parents trouvent les comportements excessifs ou inadéquats, ils peuvent restreindre ou punir l'enfant. Ce dernier peut alors éprouver de la culpabilité (Bee & Boyd, 2003, p. 198), il en ressent aussi quand il n'est pas capable de cerner ses limites (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 181). La culpabilité permet à l'enfant d'acquérir la maîtrise de soi. Mais lorsqu'elle est trop présente, elle empêche l'initiative et l'interaction avec les autres individus (Bee & Boyd, 2003, p.198). L'enfant, dont les parents ne contrôlent pas ses initiatives, sort de la crise en ayant probablement des initiatives expansives et une faible conscience de ceux qui l'entourent. De plus, celui qui traverse cette crise culpabilité/initiative avec difficulté, peut abandonner toute spontanéité et ressentir de la culpabilité, ce qui l'influence dans sa manière de s'engager dans la tâche suivante (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 181).

### **3.1.2 La théorie du développement cognitif selon Piaget**

Dans sa théorie, Piaget s'intéresse au fait que l'individu, par ses capacités cognitives, apprend des éléments sur son environnement ce qui lui permet de s'adapter. Par l'expérience, l'enfant développe ses facultés cognitives. La théorie de Piaget se base sur quatre stades : le stade sensorimoteur, le stade préopérateur, le stade des opérations concrètes et le stade des opérations formelles. Ces stades permettent d'acquérir des modes de pensées (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 21).

#### **Le stade préopérateur**

Le stade préopérateur est le deuxième de la théorie du développement cognitif. Il définit la période de deux à six ans. L'enfant n'est pas encore apte à avoir une pensée logique. Par contre, il est de plus en plus capable de s'imaginer mentalement des éléments tels que des objets, des personnes ou une situation, qui ne sont pas physiquement là. Il développe donc la fonction symbolique c'est-à-dire qu'il utilise de plus en plus les symboles et les comprend (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 143).

Au début de ce stade, l'enfant est capable de comprendre de manière générale les relations de cause à effet. Même s'il ne sait pas pourquoi une action en produit une autre, il fait tout de même le lien entre ces deux actions. Piaget a élaboré un concept qu'il nomme la transduction, c'est-à-dire que le jeune enfant élabore une relation de cause à effet entre deux éléments par

leur proximité dans le temps et leur contexte similaire. (Papalia, Olds, & Feldman, 2009, pp. 143-144).

La centration est un concept principal à ce stade. En effet, l'enfant n'est pas capable de prendre en compte les différents éléments d'une situation mais il a tendance à se centrer sur un seul élément. Cela influence sa compréhension du monde et ses interactions avec les autres. Du concept de la centration, un sous-concept émerge : l'égoïsme (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 145) : L'enfant ne peut pas élaborer une situation du point de vue d'une autre personne parce qu'il est centré sur lui-même (Ball & Bindler, 2003, p. 33). Cette théorie explique la difficulté des enfants à discerner la réalité de ce qu'ils imaginent, ainsi que les liens de cause à effet (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 145).

## **3.2 Développement psycho-social du nouveau-né**

### **3.2.1 Stade sensorimoteur (de la naissance à 2 ans) selon Piaget**

Piaget énonce que la pensée du nourrisson est bien différente de celle de l'adulte. En effet, celle-ci se développe par six stades permettant à l'enfant d'acquérir une meilleure compréhension de son environnement à l'aide de son développement cognitif. Par le toucher et les mouvements, il explore le monde qui l'entoure ainsi que lui-même. Petit à petit, il assemble les informations reçues par les réflexes innés ou non, pour répondre à des problèmes simples (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 82).

La permanence de l'objet est un concept que l'enfant explore et acquiert durant cette période. En effet, lorsqu'il n'est encore qu'un nourrisson, il n'a pas conscience que l'autre et les objets ne font pas partie de lui-même. Quand il grandit, il est capable d'établir cette différence mais, il n'a pas conscience que les personnes, les objets continuent d'exister même s'il ne les voit pas. Aux environs de 8 mois, le nourrisson acquiert la compréhension de la permanence de l'objet. L'enfant de cet âge ne comprend pas ce concept dans sa globalité ni celui de la causalité étant donné leur incapacité à se représenter des éléments (Papalia, Olds & Feldman, 2009, pp. 85-86).

### **3.2.2 Crise confiance/méfiance selon Erikson**

La première crise, par laquelle l'enfant passe, comporte les deux attitudes suivantes : la confiance et la méfiance. Elle se situe entre la naissance et les 18 premiers mois. L'enfant est dépendant dans la satisfaction de ses besoins. Pour développer ses relations sociales et sa personnalité, il trouve un équilibre entre la confiance en les autres et la méfiance nécessaire à

la protection du soi. La qualité développée lors de cette crise est l'espoir. L'enfant croit que l'ouverture au monde peut répondre à la satisfaction de ses besoins et qu'il est dans un environnement sûr. Lorsque la méfiance domine, elle engendre une vision menaçante du monde et donc une peur dans l'établissement de relations interpersonnelles.

Dans cette première crise, la mère influence la manière dont l'enfant se situe face aux deux attitudes. En effet, en lui permettant d'explorer l'environnement dans un cadre rassurant, l'enfant assimile que sa mère ne l'abandonne pas, même si elle n'est pas constamment présente. Elle est donc un soutien dans cette première crise et facilite sa transition vers la prochaine étape. (Papalia, Olds & Feldman, 2009, p. 116).

### **3.2.3 Crise autonomie/honte et doute selon Erikson**

La deuxième crise par laquelle l'enfant passe se situe entre 18 mois et 3 ans. Ayant acquis, lors de la crise précédente, une certaine confiance envers le monde qui l'entoure, l'enfant développe une envie de découvrir son environnement de manière autonome. De plus, ses capacités motrices et verbales lui permettent d'exprimer davantage ses désirs et donc, de développer la qualité de cette crise : la volonté. L'enfant dont la famille restreint, de manière systématique, son exploration et son besoin d'indépendance, influence de manière marquée le développement du pôle négatif de cette phase, c'est-à-dire le doute et la honte. (Papalia, Olds & Feldman, 2009, pp. 116-117).

## **3.3 Le coping chez l'enfant**

### **3.3.1 Définition du coping**

Le coping est un mot qui vient de l'anglais qui est difficilement traduisible en français. Il s'agit d'un dérivé du verbe « to cope » qui signifie « faire face », qui est souvent traduit par « stratégie d'ajustement » ou « stratégie d'adaptation » (Hartmann, 2008, p. 286). Selon Dumont et Plancherel (2001), les recherches sur ce concept se sont développées en premier plan sur l'aspect biologique et physiologique (p. 3). Le domaine psychologique des stratégies d'adaptation est amené par l'ouvrage de Lazarus et Folkman (1984) qui intègre le coping dans la théorie cognitive du stress (Hartmann, 2008, p. 286).

### **3.3.2 Coping et stress**

«Pour Lazarus (1966), le stress apparaît lorsque la personne est confrontée à des demandes qui excèdent ses ressources d'ajustement. » (Dumont & Plancherel, 2001, p. 13). Lazarus et Folkman (1984), dans leur modèle transactionnel, démontre qu'il y a un processus

d'évaluation face au stress. La personne commence par donner une signification à l'agent stressant puis évalue ses capacités et ressources pour y faire face (Hartmann, 2008, p. 286 ; Dumont & Plancherel, 2001, p. 14). Quand l'individu les mobilise, il fait du « coping ». Lazarus (1991) définit le coping comme « la mise en place d'efforts cognitifs et comportementaux destinés à gérer les demandes externes et internes (et les conflits entre les deux) qui sont évaluées comme épuisant ou excédant les ressources de la personne. » (Hartmann, 2008, p. 286).

### **3.3.3 Types de coping**

Lazarus et Folkman identifient deux types d'adaptation. Le coping centré sur le problème et celui centré sur l'émotion (Dumont & Plancherel, 2001, p. 60).

Le coping centré sur le problème se préoccupe de la source du stress et cherche à le résoudre en changeant la situation (en faisant des plans, en cherchant des informations, en développant de nouvelles habiletés). Roth et Cohen (1986) parlent de coping de type « approche » et Kohn (1996) de « coping actif ». Ce type de stratégie d'adaptation apparaît surtout quand l'individu a un sentiment de contrôle et de maîtrise sur la situation. La réponse émotionnelle reste en général faible (Dumont & Plancherel, 2001, pp. 60-61).

Le coping centré sur les émotions se fait sur la régulation des émotions. Roth et Cohen parlent de coping de type « évitement » et Kohn de « coping passif ». Ce sont des stratégies cognitives qui permettent à l'individu de voir la situation de manière différente, mais il ne cherche pas à la changer directement. Ces stratégies sont plus souvent utilisées, lorsque le problème est perçu comme incontrôlable. Par conséquent, l'individu s'adapte en essayant de se réguler psychologiquement et diminuer son anxiété (en dédramatisant, en niant, en se distrayant) (Dumont & Plancherel, 2001, pp. 60-61).

Ces types de coping peuvent tous être efficaces, l'objectif est qu'ils permettent l'adaptation de la personne face à l'agent stressant : « un coping est dit adaptatif s'il mène à la résolution permanente du problème et s'il maintient un état émotionnel positif... » (Dumont & Plancherel, 2001, p. 62).

### **3.3.4 Coping et développement de l'enfant**

Dumont et Plancherel (2001) relèvent que les connaissances sur le coping de l'enfant sont restreintes et qu'il est nécessaire de s'appuyer sur les théories du coping de l'adulte (p. 55). Il existe peu d'études qui mettent en relation le coping avec le développement de l'enfant (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Dumont et Plancherel (2001) parlent de coping cognitif (coping centré sur le problème) pour l'enfant. Ils le mettent en relation avec le développement intellectuel de celui-ci. En effet, plus l'enfant développe ses compétences cognitives, plus il est capable d'utiliser ce type de coping. « On peut penser que l'émergence de la pensée abstraite à l'adolescence (la pensée hypothéticodéductive, ou pensée scientifique, et la capacité de planification) favorise l'utilisation de stratégies cognitives de plus en plus complexes pour résoudre des situations problématiques. » (Dumont & Plancherel, 2001, p. 64). L'âge peut être un facteur, parmi d'autres, qui influence le type de coping.

On peut conclure ici que la réponse de coping dépend de plusieurs paramètres : les ressources disponibles (personnelles, familiales, environnementales, matérielles), l'histoire de succès/d'échec de certains mode de réaction face aux agents de stress, l'âge, le sexe, le degré de contrôle face à la situation, les facteurs de vulnérabilité (facteur de risque) et de résistance (facteur de protection) de la personne ainsi que la fréquence, l'intensité, la durée et le type de stress auquel on doit faire face (famille, école, pairs). (Dumont & Plancherel, 2001, p. 68).

### **3.4 Le processus d'attachement**

#### **3.4.1 Définition**

Selon Bowlby (1969), l'attachement est défini par un ensemble de comportements ayant pour but de maintenir la proximité d'une personne. Elle est nécessaire pour assurer à l'enfant la survie. L'attachement ne peut pas être observé mais les comportements, qui en résultent, peuvent l'être (Papalia, Olds & Feldman, 2010, p. 119). Selon Bowlby (1969), c'est un processus qui se développe tout au long de la vie et non pas un état donné à la naissance (Mijikovitch, 2001, p. 27).

#### **3.4.2 La base sécurisante**

Lorsque le nouveau-né est confronté à une nouvelle personne, une situation étrangère ou à un objet qu'il ne connaît pas, il recherche la présence de la figure d'attachement. Il l'utilise comme point de référence, ce qui l'aide à explorer cette nouveauté. L'enfant tente de maintenir une distance physique et émotionnelle acceptable, pour lui, de l'objet inconnu. Il s'assure également à plusieurs reprises de la proximité de la figure d'attachement, ce qui lui permet au besoin de recevoir un soutien émotionnel (Miljkovitch, 2001, p. 29 ; Papalia, Olds & Feldman, 2010, p. 121).

### **3.4.3 Les phases du développement de l'attachement**

Selon Flandrin (1976), il existe quatre étapes du développement de l'attachement. La première phase appelée la phase pré attachement se situe avant deux mois. L'enfant élabore des signaux, des comportements indifférenciés face aux personnes qui l'entourent. Puis, de 2 à 7 mois, il commence à développer des comportements différenciés pour solliciter le parent et sa proximité. La troisième phase commence à partir de 7 mois, la figure d'attachement ne peut plus être substituée et l'enfant montre sa détresse lors de séparation. La dernière phase se situe dès l'âge de 3 à 4 ans, l'enfant est capable de comprendre en partie la vision d'autrui et tente d'influencer l'autre, afin qu'il réponde à ses besoins relationnels, tels que des soins ou de l'intérêt (Pierrehumbert, 2003, pp. 88-89).

### **3.4.4 Formes d'attachement**

Les travaux d'Ainsworth ont permis d'établir trois formes d'attachement. Le premier, l'attachement sécurisant. Il est caractérisé par la réaction de l'enfant lorsque sa mère, qu'il utilise comme base sécurisante, est absente (Papalia, Olds & Feldman, 2010, pp. 120-121). Lorsqu'il se trouve seul ou avec une personne inconnue, l'enfant exprime de la détresse, le but étant d'appeler sa figure d'attachement. Au moment où l'enfant sécure retrouve sa figure d'attachement, il adopte peu de comportements de résistance ou d'évitement et il est rapidement consolé (Miljkovitch, 2001, pp. 47-48).

L'enfant de type anxieux-ambivalent est perturbé lors du départ et retour de sa mère. Il démontre son ambivalence en recherchant le contact avec elle, tout en lui résistant (Papalia, Olds & Feldman, 2010, p. 121). La résistance peut être sa manière d'exprimer la colère qu'il ressent, lors du départ de la figure maternelle et qu'il n'a jusqu'à lors pu déverser. Face à une personne inconnue, celui-ci réagit fortement. Il utilise peu la figure d'attachement comme base sécure pour l'exploration de l'environnement, ayant de la difficulté à s'en détacher (Miljkovitch, 2001, pp. 48-49).

L'enfant anxieux-évitant, éloigné de sa figure d'attachement, reste centré sur l'environnement. Lorsqu'il la retrouve, il ne recherche pas le contact avec elle et semble être indifférent. Il ne démontre aucune attitude pour conserver le lien (Miljkovitch, 2001, pp. 45-46). Face à une personne étrangère, il a tendance à accepter le contact avec celle-ci (Papalia, Olds & Feldman, 2010, p. 121).

Un dernier type, répertorié par Main et Salomon (1986), est l'enfant désorganisé-désorienté. Celui-ci réagit lorsqu'il est séparé de sa figure d'attachement, comme pourrait le faire un

enfant de type sécure ou ambivalent. Mais, lorsqu'il la retrouve, il semble à la fois chercher le contact avec elle tout en essayant de l'éviter. L'enfant a des attitudes contradictoires et ne semble pas trouver un moyen pour gérer sa détresse (Miljkovitch, 2001, pp. 48-49).

Le lien avec la figure maternelle permet le développement de l'enfant, tant au niveau de sa personnalité, de sa dimension psychologique et physique (Miljkovitch, 2001, p. 16).

### **3.5 La dynamique familiale**

#### **3.5.1 Définition de la famille**

Selon Wright, Watson et Bell (1996), « la famille est un groupe de personnes qui sont unies par des liens affectifs solides qui leur confèrent un sentiment d'appartenance et qui les poussent à s'engager dans la vie des autres. » (Wright & Leahey, 2007, p. 63).

Duhamel (2007) parle de la famille comme étant l'environnement le plus important dans lequel évolue la santé d'une personne. Chacun des individus amènent ses croyances et représentations dans la famille. Ces influences ont des conséquences sur leurs comportements et notamment sur leur comportement à la santé (p. 3).

#### **3.5.2 Le modèle d'analyse familiale de Calgary**

Le modèle de Calgary, relatif à l'évaluation de la famille (MCEF), est un modèle que l'infirmière peut utiliser pour faire une collecte de données, une analyse et une évaluation du système familial, ainsi que des pistes d'interventions (Duhamel, 2007, p. 39). Le MCEF s'intéresse à trois catégories principales pour la compréhension de la famille :

Premièrement, la structure familiale qui comprend plusieurs sous-catégories : la structure interne qui représente la composition de la famille, le sexe, l'orientation sexuelle, le rang, les sous-systèmes (parental, fraternel, etc.), et les frontières entre les membres (relations). La structure externe comprend la famille élargie et le système en relation avec la famille (système de santé, etc.). Pour finir la structure contextuelle qui s'intéresse à l'ethnie, la race, la classe sociale, la spiritualité/religion (Duhamel, 2007, pp. 40-43 ; Wright & Leahey, 2007, p. 63).

Deuxièmement, le développement de la famille correspond à son évolution, appelé aussi « cycle de vie familiale » (Duhamel, 2007, p. 44). McGoldrick (1999) amène six étapes de cette évolution : le jeune adulte, la formation du couple, la famille avec des jeunes enfants, la famille avec des adolescents, la famille lors du départ des enfants, les parents à la période de la retraite. Pour chaque période de la vie, les liens affectifs, les tâches et les responsabilités

évoluent. Ces éléments favorisent le développement de la famille, d'autres facteurs comme des événements marquants (divorce, déménagement, maladie, etc.) influencent aussi cette évolution (Duhamel, 2007, pp. 43-44 ; Wright & Leahey, 2007, pp. 100-101).

Troisièmement, le fonctionnement familial détermine les interactions entre les membres. Il comprend deux dimensions : le fonctionnement instrumental et le fonctionnement expressif. Le fonctionnement instrumental représente les activités courantes de la vie quotidienne comme l'alimentation, le sommeil, le transport, la préparation des repas, l'administration des médicaments. Le fonctionnement expressif est formé de la communication émotionnelle, la communication verbale et non-verbale, la communication circulaire, la résolution de problème, les rôles, l'influence et le pouvoir, les croyances, les alliances et les coalitions (Duhamel, 2007, p. 44 ; Wright & Leahey, 2007, pp. 135-137).

Duhamel (2007) relève que l'infirmière, qui utilise le modèle de Calgary, évalue ces trois grandes catégories du système familial, à chaque fois qu'elle est en contact avec un de ses membres, car elle peut récolter de nouvelles informations (p. 57).

### **3.5.3 Les changements de la famille à la naissance d'un enfant**

Dans la problématique, d'après le MCEF, la famille se trouve au stade trois du développement : « La famille avec jeunes enfants » (Wright & Leahey, 2007, p. 112). Duhamel (2007) décrit l'arrivée d'un enfant comme provoquant « de grands changements dans l'identité personnelle des membres de la famille. L'un des plus importants est, sans aucun doute, l'acquisition de rôles permanents, tels ceux de parent ou de membre de la fratrie. » (p. 108).

Le premier enfant représente un changement important pour les parents. Non seulement le sous-système conjugal connaît un changement de dynamique, mais un nouveau sous-système se crée pour les deux conjoints : le parental. Ils doivent faire face à de nouvelles responsabilités et tâches qu'ils se départagent. Chacun doit s'adapter et remettre en question ses croyances et idéaux du rôle de parent (Duhamel, 2007, p. 108). Un troisième sous-système se forme à la naissance de l'aîné, il s'agit du parent/enfant. Il comprend le processus d'attachement (selon Bowlby) et les perceptions d'efficacité du parent dans son rôle (Duhamel, 2007, p. 114).

Si le bouleversement est important pour les deux conjoints lors de la naissance du premier enfant, il est moindre lors de celle du deuxième car les sous-systèmes, conjugal et parental, sont déjà existants. Cependant, l'aîné vit un grand changement de dynamique car, un nouveau

sous-système, dont il fait partie, naît : « la fratrie ». Selon Duhamel (2007), le premier de fratrie est confronté à trois tâches liées à ses différents rôles au sein de la structure familiale :

la réalisation de tâches de développement propres au rôle de frère ou de sœur (le rapport au nouvel enfant), la coordination des tâches de développement propres au rôle de frère ou de sœur avec les tâches de développement associées à son âge (le rapport à soi-même) et le réalignement des relations avec les autres membres de son réseau social, notamment avec le père et la mère (le rapport aux autres). (p. 110).

## **3.6 L'Espace Prévention**

### **3.6.1 Le projet de l'Etat de Vaud**

A partir du Cadre cantonal pour la promotion de la santé et la prévention 2002-2007, l'Etat de Vaud, a mis sur pied une Politique inter-départementale de promotion de la santé et de prévention primaire des enfants (0-6 ans) – parents<sup>4</sup> (Centre de référence pour les Infirmières Petite Enfance, 2005, p. 4). Le but est de favoriser la promotion de la santé et la prévention primaire auprès des familles, en particulier pour celles qui sont concernées par la petite enfance.

Selon le SSP et le SPJ (2006) : « la promotion de la santé s'adresse à l'ensemble de la population et vise à renforcer les compétences individuelles et d'amélioration des conditions de vie. » (p. 6). La prévention primaire est définie comme « l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher ou réduire les risques. » (p. 6).

L'objectif est de mettre en place des ressources pour répondre aux besoins de ces familles durant les périodes de la grossesse, de la naissance, du post-partum et de la petite enfance. Selon le SSP et le SPJ (2006) : « les axes d'intervention sont le bien-être familial, le lien parental, le développement de l'enfant, la lutte contre l'isolement des parents et l'accès aux prestations proposées. » (p. 12). Il s'agit d'exploiter les compétences de différents professionnels et de mettre en place un réseau interdisciplinaire au service des familles afin de favoriser le développement de l'enfant en bas âge.

---

<sup>4</sup> Il s'agit d'un programme cantonal mis en place par les Services de la Santé Publique (SSP) et de la Protection de la Jeunesse (SPJ) qui ont été mandatés par le Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) et le Département de la Formation et de la Jeunesse (DFJ).

### 3.6.2 L'Espace Prévention

Les centres de l'Espace Prévention se trouvent dans plusieurs régions du canton de Vaud. Ils se préoccupent des besoins des individus en matière de promotion et prévention de la santé. Dans le système des soins, ils interviennent dans le cadre de la « santé communautaire ».

La santé communautaire a comme objet le maintien et l'amélioration de l'état de santé au moyen de mesures préventives, curatives et de réadaptation, couplées à des mesures d'ordre social et politique par des équipes pluridisciplinaires travaillant en réseau et faisant largement appel à la participation active de la population. (Centre de référence pour les Infirmières Petite Enfance, 2005, p. 7).

L'Espace Prévention offre des services d'information et d'activités pour les personnes de tous âges, de la petite enfance aux personnes âgées.

Dans le cadre de la santé de l'enfant, des infirmières de la petite enfance (IPE) sont à la disposition des familles à travers des permanences téléphoniques, des visites à domicile, des consultations de puériculture, des animations de groupes de partage, des conférences, des prestations communautaires (stand lors de manifestation), des collaborations avec des institutions où se trouvent des enfants. Elles travaillent en interdisciplinarité avec les autres professionnels de la santé (Centre de référence pour les Infirmières Petite Enfance, 2005, pp. 19-21).

L'infirmière travaille sur 14 thèmes qui « sont prioritaires pour améliorer et préserver la santé de l'enfant. » (Centre de référence pour les Infirmières Petite Enfance, 2005, p. 10). Ces thèmes sont larges et englobent autant le domaine de l'alimentation, de la toxicodépendance au contexte familial (relationnel et social).

Les prestations proposées à une famille débutent en général après la naissance du premier enfant, cependant, exceptionnellement, certaines familles peuvent être suivies durant la grossesse. Le but de l'activité de l'IPE est de :

- « Promouvoir un environnement familial et social, favorable au développement optimal des enfants entre la naissance et l'âge de 6 ans,
- Prévenir les troubles psychoaffectifs, des maladies et des accidents survenant au début de la vie. » (Centre de référence pour les Infirmières Petite Enfance, 2005, p. 9).

Ces services semblent être appréciés et utilisés par la population. En effet, en 2011, le canton de Vaud a connu 7'827 nouveau-nés et deux tiers de ces familles ont bénéficié des prestations

des infirmières de la petite enfance, 31% des prestations sont des visites à domicile et 67% des consultations lors de rencontres parents-enfant. (AVASAD, 2011, p. 16).

## **4 METHODOLOGIE**

Dans ce chapitre, la méthodologie de la recherche des articles est expliquée et argumentée. Elle favorise la compréhension de la démarche effectuée, ce qui permet au lecteur de comprendre le cheminement élaboré, les choix entrepris, ainsi que les limites de cette recherche.

### **4.1 Les démarches de la recherche**

#### **4.1.1 Les bases de données choisies**

Pour la recherche d'articles scientifiques orientés sur la problématique de ce travail, deux bases de données choisies, semblent pertinentes car elles englobent de nombreux domaines scientifiques :

CINAHL (Cumulative Index to Nursing & allied Health Literature): Cette base de données est axée sur les sciences sociales, la santé publique, la médecine et les soins infirmiers (Bréaud, 2011, p. 5). La problématique est en lien avec ces différentes sphères.

Medline – PubMed : Elle touche les domaines suivants : le bio-médical, la médecine clinique, l'anatomie et la physiologie, la pharmacologie et la pharmacie, la médecine dentaire, la psychiatrie et psychologie, la santé publique et les soins infirmiers (Bréaud, 2011, p. 13). Ces quatre derniers thèmes répondent de plus près à la question de recherche.

Dans un deuxième temps, deux autres bases de données ont permis d'approfondir le domaine choisi :

PsycINFO – OvidSP : Cette base de donnée est centrée sur les thèmes suivants : la psychiatrie, l'éducation, la psychologie, l'anthropologie, les soins infirmiers, la gestion, la médecine, le droit et la sociologie (Bréaud, 2011, p. 16). Les domaines de l'éducation et l'anthropologie peuvent amener des articles intéressants qui n'apparaissent pas sur PubMed et CINAHL.

Maternity and infant care : MIDIRS reference database: elle couvre les sujets concernant la sage-femme, l'accouchement, l'obstétrique, les soins postnataux, la grossesse, les soins néonataux, la naissance et les soins aux nourrissons (Bréaud, 2011, p. 12). Ces thématiques en lien avec la périnatalité peuvent amener des éléments appropriés à la problématique.

Cependant, ces deux dernières bases de données ont apporté des résultats d'articles déjà trouvés par le biais de CINAHL et PubMed ou ne correspondaient pas aux critères de sélection.

#### 4.1.2 La recherche sur les bases de données

Afin de travailler sur les bases de données, il a été nécessaire de passer par différentes étapes. Premièrement, la question de recherche a été conceptualisée. De ces concepts, des mots-clés ont permis de préciser des champs intéressants. Pour finir, il fallait les « traduire » sous forme de descripteurs. CINAHL et PubMed ont tous les deux un système de codage qui définit des descripteurs pour leur base de données. Les descripteurs qui ont donné des résultats plus pertinents avec notre problématique sont les suivants :

Pour CINAHL : Sibling\* / Sibling relations / Infant, Newborn / Nursing intervention\* / Birth order / Child behavior.

Pour PubMed: Sibling\* / Siblings relations / Infant, Newborn / Infant / Child, preschool / Birth order / Child psychology / Family relations / Mother-child relations / Adaptation psychological.

Pour PsycINFO: Newborn / Sibling\*.

Pour Maternity and infant care: Newborn / Sibling\*.

#### 4.1.3 Les résultats sur les bases de données

L'équation de recherche qui comprend plusieurs descripteurs et booléens permet l'exploration des bases de données. Dans le tableau ci-dessous se trouvent ces équations qui ont mené aux articles utilisés dans ce travail. Il s'agit uniquement d'une partie de la recherche, celle qui a amené les articles sélectionnés.

##### Recherches sur CINAHL

| Equation de recherche<br>(descripteurs et mots-clés)                  | Résultats<br>(articles<br>trouvés) | Article sélectionné  |
|---|------------------------------------|--|
| MH "Sibling Relations" AND MH "Infant, Newborn" NOT death NOT illness | 25                                 | Initial acquaintance and attachment behavior of siblings with the newborn. (Anderberg, 1988).        |
| MH "Infant, Newborn" AND MH "Birth Order"                             | 62                                 | Sibling behavior with the newborn: parents' expectations and observations. (Gullicks & Crase, 1992). |

| <b>Equation de recherche<br/>(descripteurs et mots-clés)</b> | <b>Résultats<br/>(articles<br/>trouvés)</b> | <b>Article sélectionné</b>  |
|--|---|---|
| MH "Sibling Relations" AND MH "Child Behavior"               | 42  | The arrival of a sibling maternal and perceptions of toddlers' regressive behaviors after the birth of a sibling. (Kayiatos, Adams & Gilman, 1984). |

### Recherches sur PubMed

| <b>Equation de recherche<br/>(descripteurs et mots-clés)</b>  | <b>Résultats<br/>(articles<br/>trouvés)</b> | <b>Article sélectionné</b>   |
|---|---|--|
| "Sibling Relations"[Mesh] AND "Child, Preschool"[Mesh] AND "Infant, Newborn"[Mesh]                                      | 109   | Sibling visitation: how far should the pendulum swing? (Stewart Faller & Ratcliffe, 1993)  |
| "Sibling Relations"[Mesh] AND "Child, Preschool"[Mesh] AND "Infant"[Mesh] AND "Birth Order"[Mesh]                       | 33  | Protest or pleasure? The response of first-born children to interactions between their mothers and infant siblings. (Kendrick & Dunn, 1981).                             |
| "Child, Preschool"[Mesh] AND "Sibling Relations"[Mesh] AND "Infant"[Mesh]   | 265   | Security of attachment and infant-sibling relationships: a laboratory study. (Teti & Ablard, 1989).  |
| "Sibling Relations"[Mesh] AND "Adaptation, Psychological"[Mesh] AND "Child, Preschool"[Mesh] AND "Child Behavior"[Mesh] | 11  | What's real in children's fantasy play? : Fantasy play across the transition to becoming a sibling. (Kramer, 1996).  |
| "Mother-Child Relations"[Mesh] AND "Infant, Newborn"[Mesh] AND "Child, Preschool"[Mesh] AND "Child Behavior"[Mesh]      | 77  | Children's Responses to Separation from Mother during the Birth of Another Child. (Field & Reite, 1984).   |
| "Child, Preschool"[Mesh] AND "Sibling Relations"[Mesh] AND "Jealousy" [Mesh]  | 21  | Emotion Regulation in Context : The Jealousy Complex between Young Siblings and Its Relations with Child and Family Characteristics. (Volling, McElwain & Miller, 2002). |

## 4.2 Choix des articles

Durant la phase de recherche des articles, il a été nécessaire de nommer plusieurs critères permettant de sélectionner les articles les plus adéquats et susceptibles de répondre à la question de recherche.

#### **4.2.1 Les critères d'exclusion des articles**

Pour commencer, une première sélection a été établie sur les bases de données. Il s'agit de critères d'exclusion, qui ont été définis au préalable et qui peuvent être relevés lors de la lecture du résumé de l'article.

Tout d'abord, les sources sélectionnées doivent être de type primaire. Afin de correspondre aux critères d'une revue systématique, la démarche consiste en la recension de recherches existantes sur un sujet (Fortin, 2010, p. 263).

Le deuxième critère implique que ces mêmes articles doivent provenir de revues scientifiques reconnues par leur domaine de prédilection.

La date de publication de l'étude est un troisième critère qui démontre l'actualité des informations (Fortin, 2010, p. 151), ainsi que la qualité de la méthode utilisée dans l'étude. En 2002, le National Research Council charge un comité d'établir un rapport pour constituer les principes de la recherche scientifique (Fortin, 2010, p. 7). Les études antérieures à cette année présentent une méthodologie moins rigoureuse. Cependant, les études trouvées en lien avec la question de recherche datent essentiellement des années 1985-1995. Ces résultats ont induit une ouverture de ce critère et donc une plus grande souplesse sur la sélection des articles. Les recherches actuelles sur le sujet s'intéressent aux relations fraternelles, de manière générale et tout au long de la vie. Quant à celles qui se penchent sur la période de la périnatalité et l'influence sur l'aîné, traitent ces sujets en lien avec un problème de santé chez le nouveau-né. Ces thématiques ne correspondent pas à la problématique de ce travail. Celle-ci est centrée sur la période bien précise de la naissance, dans un cadre où les membres de la famille sont en bonne santé générale.

Pour finir, le quatrième critère intègre la population à l'étude. Comme le précise Fortin (2010), « il importe de considérer les travaux qui traitent de sujets analogues et qui ont été menés auprès de la même population » (p. 150). Les recherches doivent avoir un échantillon de population occidentale afin de favoriser la transférabilité des résultats aux familles vivant en Suisse.

Dans un premier temps, un critère concernant le contexte du soin avait été défini : le service de maternité. Cependant, il a été nécessaire d'élargir ce critère afin d'être plus cohérent avec la pratique et d'optimiser les résultats de recherche. Ce critère a donc été exclu.

#### 4.2.2 Sélection des articles

Suite aux résultats de la recherche, une trentaine d'articles ont été sélectionnés et répertoriés en quatre thématiques :

- La réaction de l'aîné face à la naissance et ses interactions avec les parents
- La participation à l'accouchement de l'aîné à la naissance du cadet
- L'interprétation du vécu de l'aîné par l'analyse de son imaginaire
- La préparation de l'aîné avant la naissance.

Le choix s'est porté sur les périodes où la priorité des interventions infirmières peut se centrer sur la dynamique de famille. « La réaction de l'aîné face à la naissance et ses interactions avec les parents » semble être la thématique la plus pertinente dans un milieu de santé communautaire.

Cette thématique comprend une douzaine d'articles qui a été analysée à l'aide des grilles de Fortin (2010) selon leur nature : qualitative (pp. 90-91) ou quantitative (pp. 88-89). Ces grilles permettent un regard critique sur les articles et amènent une réflexion quant aux différents points centraux de la validité de l'étude : la rigueur de la méthode, l'analyse des données, les interprétations des résultats et les considérations éthiques. Après cette critique des articles, neuf semblent pertinents et sont utilisés pour cette revue de littérature.

L'éthique est un élément primordial à prendre en compte. Le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ, 2008) la définit comme étant «la discipline qui propose un ensemble de règles de conduite propices au bien humain et au respect des personnes. » (Fortin, 2010, p. 95). Les considérations éthiques découlent de la responsabilité du chercheur (Fortin, 2010, p. 96), celui-ci se doit de prendre des mesures pour garantir l'éthique tout au long de son étude. D'ailleurs lors de tout projet concernant l'humain, le chercheur doit obtenir un certificat octroyé par les comités d'éthique de la recherche (Fortin, 2010, p. 107).

Les neuf articles sélectionnés pour cette revue de littérature répondent aux principes éthiques c'est-à-dire, le respect de la dignité humaine, du consentement libre et éclairé des personnes vulnérables, de la vie privée et des renseignements personnels, de la justice et de l'intégration, ainsi que l'équilibre des avantages et des inconvénients (réduction des inconvénients et optimisation des avantages) (Fortin 2010, pp. 101-105). Les articles choisis n'évoquent pas tous l'approbation d'un comité d'éthique. Cependant, ils ont été soutenus par des universités et mentionnent des mesures éthiques telles que : la protection des données, le consentement

libre et éclairé ainsi que le respect des personnes vulnérables. Ce dernier élément est d'autant plus important étant donné que les sujets des études sont mineurs.

### **4.3 Limites de la méthodologie**

Il est nécessaire d'énoncer les limites de la méthodologie de ce travail. Premièrement, l'inexpérience de l'utilisation des bases de données peut être une faiblesse dans le processus de recherche d'articles. Des équations de recherche ont pu être involontairement négligées par le choix arbitraire des descripteurs et booléens exploités. Deuxièmement, la sélection d'une thématique unique, sur les quatre définies, diminue la diversité des données en orientant le point de vue sur un seul domaine. Finalement, les articles sélectionnés ne proviennent rarement des sciences infirmières. Cela est probablement dû au peu de résultats trouvés lors de l'utilisation de descripteurs tels que « nursing, nursing care, nursing intervention et nursing management ».

## **5 RESULTATS**

### **5.1 Résumés et limites des articles**

#### **5.1.1 Children's Responses to Separation from Mother during the Birth of Another Child (Field & Reite, 1984).**

Field et Reite (1984) ont réalisé une étude quantitative sur la réponse comportementale et physiologique de l'aîné pendant la séparation avec la mère lors de l'arrivée d'un nouveau-né. L'objectif est d'observer les enfants à leur domicile dix jours avant ( $M = 10.2$ ), deux jours pendant ( $M = 1.5$ ) et dix jours après l'hospitalisation ( $M = 9.6$ ) de la mère. Les enfants choisis ( $n = 16$ ) sont âgés entre 22 et 60 mois ( $M = 38$ ). Les résultats sont analysés selon la théorie du coping de McCabe et Schneiderman. L'aîné vit une période de coping actif durant l'hospitalisation en présentant une augmentation du niveau d'activité, de la fréquence cardiaque, des pleurs et des réveils pendant la nuit qui témoigneraient d'un état d'agitation. Lors du retour de la mère avec le nouveau-né, il vivrait une période de coping passif en présentant une diminution du niveau d'activité, de la fréquence cardiaque et une diminution de la phase active du sommeil, ce qui montrerait un état dépressif ( $p < 0.05$ ). Au niveau des sessions de jeux, les auteurs relèvent que le jeu de simulation augmente durant la période d'hospitalisation et posthospitalisation ( $p < 0.001$ ) dans lequel l'enfant a des propos agressifs envers le nouveau-né. Ce type de jeu diminue chez le parent qui présente un jeu plutôt constructif ce qui provoque l'affaiblissement du jeu coopératif ( $p < 0.01$ ). Cette différence est mise en lien avec l'arrivée du nouveau-né, la fatigue de la mère ou la dépression post-partum. Lors de la période d'hospitalisation, les auteurs constatent que l'augmentation de la présence du père ainsi que les visites à la mère jouent un rôle positif sur le stress que provoque la séparation. La limite principale se trouve au niveau de l'interprétation des résultats. Il est difficile de différencier si la réaction de l'aîné est due à la séparation avec la mère ou à l'arrivée du nouveau membre dans la famille.

#### **5.1.2 Security of Attachment and Infant-Sibling Relationship: A laboratory Study (Teti & Ablard, 1989).**

Dans leur étude quantitative, Teti et Ablard (1989) s'intéressent à la relation entre le nourrisson et le frère. Les auteurs postulent que les relations au sein d'une jeune fratrie dépendent de la sécurité de l'attachement (selon Bowlby 1969/1982, Bretherton 1985) de chacun envers la mère plutôt que de l'âge, du sexe, ou de l'espacement des naissances. Un

échantillon de 47 familles a été sélectionné, il est composé d'un trottineur ( $M = 1,57$  ans) et d'un enfant d'âge préscolaire ( $M = 4,02$  ans). Les auteurs ont évalué la sécurité de l'attachement des deux enfants, en utilisant la méthode d'Ainsworth Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) pour le cadet et le questionnaire : Attachment Q-Set (Waters & Deane, 1985) pour l'aîné. Ils font le lien entre les compétences sociales de l'aîné et sa sécurité dans l'attachement auprès de sa mère. L'enfant en âge préscolaire, défini comme sécure, est en général plus apte à prendre soin du cadet, que celui défini comme insécure ( $p < 0.05$ ). Le potentiel de l'aîné, à être un substitut de la figure d'attachement pour le cadet, est renforcé quand lui-même est sécure dans la relation à sa mère. Il est alors capable de donner des soins adaptés à son cadet en détresse. L'aîné insécure parvient à donner des soins, seulement quand la détresse du cadet est très intense. Dans de rares situations extrêmement stressantes, le cadet présente un comportement d'attachement envers l'aîné, quand celui-ci est défini comme sécure ( $p < 0.05$ ). Pour 36% des cas, les duos fraternels n'ont pas réagi comme le prévoyaient les auteurs. Des résultats similaires ont été mis en avant dans une étude de Ward, Vaughn et Robb (1988), sur la concordance de l'attachement dans la fratrie et la qualité des soins prodigués par la mère. Des limites peuvent être relevées au niveau de la transférabilité des données : les expériences se sont déroulées dans une salle de jeux non familière aux enfants, ce qui peut biaiser leurs comportements. La petite taille de l'échantillon est aussi une limite de cette étude.

### **5.1.3 Protest or pleasure ? The response of first-born children to interactions between their mothers and infant siblings (Kendrick & Dunn, 1981)**

Dans leur étude quantitative longitudinale, Kendrick et Dunn (1981) se sont intéressés aux réactions positives et négatives de l'enfant aîné lorsque la mère est en interaction avec le nouveau-né. L'échantillon comprend 40 familles, composées d'un aîné en âge préscolaire ( $M = 25$  mois) et d'un nouveau-né. Les auteurs filment l'interaction entre la mère et le nouveau-né ainsi que la réaction de l'aîné face à cela. Les résultats de l'étude amènent des éléments intéressants sur les comportements de la mère en interaction avec le nouveau-né. En effet, les échanges les plus fréquents, en comparaison avec d'autres interactions (donner des soins, parler), sont les jeux ( $p < 0.05$ ). De manière générale, la mère passe plus de moments de jeux avec le cadet si celui-ci est de sexe opposé à l'aîné. Quant aux comportements de l'aîné face aux interactions mère-nouveau-né, il s'agit souvent de protestation et revendications. Des attitudes qui sont plus prononcées lors des trois premières semaines après la naissance et lorsqu'il s'agit d'une interaction de soin (alimentation, toilette). Cependant, pour l'aîné,

l'interaction de jeux semble être un facteur favorisant son attitude positive et son intégration dans le duo ( $p < 0.001$ ). Le comportement de l'aîné face à l'interaction mère – nouveau-né garde une certaine continuité. S'il a une attitude d'intérêt et une volonté de participer aux soins du nouveau-né durant le premier mois, il est plus apte à rejoindre le duo mère – nouveau-né dans une attitude amicale et bienveillante. Par contre les aînés présentant un comportement revendicateur et agressif semblent plus propices à continuer dans cette attitude, sur les quatorze mois de l'étude. Une des limites principale de cette étude se trouve dans la petite taille de l'échantillon, ce qui ne permet pas une saturation des données.

#### **5.1.4 Initial acquaintance and attachment behavior of siblings with the newborn (Anderberg, 1988)**

Dans une étude exploratoire descriptive, Anderberg (1988) s'intéresse à la première rencontre entre la fratrie et le nouveau-né, dans un service de maternité. Son but étant d'explorer et de décrire le moment où la fratrie et le nouveau-né font connaissance. L'auteur s'appuie sur la théorie de Bowlby (1969, 1980) et de Klaus et Kennell (1983) sur l'attachement pour argumenter que la phase « faire connaissance » fait partie intégrante du processus d'attachement. L'échantillon choisi est composé de 30 aînés âgés de 17 mois à 11 ans. Lors de cette visite, l'auteur relève que l'aîné a plus d'interactions avec la mère qu'avec le nouveau-né. Il a tout d'abord besoin d'être rassuré et que cette dernière lui montre de l'affection. Les résultats mettent aussi en avant trois facteurs influençant la capacité de « faire connaissance », avec le nouveau-né. Premièrement, l'âge de l'aîné semble être le plus important. En effet, le plus jeune groupe des aînés (17 et 48 mois) ont plus facilement des comportements de jalousie et de rejet envers leur mère et donc des difficultés à rentrer en contact avec le nouveau-né que les plus âgés. D'ailleurs, les enfants de plus de 7 ans ont plus de facilité à penser et initier cette nouvelle relation de manière objective. L'approche tactile change aussi selon l'âge : les aînés de moins de 7 ans commencent à toucher le nouveau-né par la tête tandis que les autres commencent par les extrémités. Deuxièmement, l'expérience d'un deuil influence cette première rencontre. Les enfants ayant vécu une perte importante (mort d'un proche, divorce des parents, perte d'un animal de compagnie) ont plus de difficultés à « faire connaissance » et à montrer un comportement d'attachement. Pour finir, Anderberg note que le comportement des parents et des soignants, en expliquant, en encourageant et en autorisant des actions envers le nouveau-né, favorise l'enfant à rentrer en relation avec le nouveau-né. L'auteur propose des pratiques infirmières auprès des familles. La limite principale de cette étude réside dans la collecte des données. L'auteur énonce ses

difficultés à observer tous les comportements des aînés lorsque plusieurs frères étaient présents dans la chambre.

### **5.1.5 Sibling visitation: How far should the pendulum swing? (Stewart Faller & Ratcliffe, 1993)**

A travers une étude quantitative longitudinale (n = 22), Stewart Faller et Ratcliffe (1993) ont observé le comportement des aînés, âgés de 30 à 52 mois, envers le nouveau-né. Les auteures s'intéressent à trois éléments : le comportement de l'aîné lors de la première rencontre, ses comportements de régression et les interactions sur les mois qui suivent la naissance. Les observations se font sur quatre périodes : la première visite en maternité, à trois semaines après la naissance, à cinq puis sept mois à domicile. Lors du premier contact, les résultats montrent que 88% des aînés observent le nouveau-né, 82% le touchent du bout des doigts et 70% sont attentifs à ses besoins (pleurs, couches mouillées). Tous parlent du « bébé » mais seulement 41% s'adressent directement à lui. Tous ces comportements sont liés aux besoins de l'aîné d'explorer et d'initier un premier contact avec son cadet. Cet intérêt diminue tout au long des 7 mois de l'étude. Cependant, les résultats relèvent que la majorité des aînés (60% au 7<sup>ème</sup> mois) restent dans une zone permettant l'interaction (prêter un jouet, parler au nouveau-né). Les comportements négatifs (35% au 7<sup>ème</sup> mois) sont plus souvent une recherche d'attention que de l'agressivité envers le nouveau-né. Les comportements régressifs observés dans l'étude correspondent au développement normal de l'enfant, il est difficile de les mettre en lien avec l'arrivée d'un nouveau membre au sein de la famille. Une limite peut être identifiée quant à la généralisation des résultats. En effet dans l'échantillon, les parents étaient tous volontaires, d'un bon niveau général d'éducation (67% des mères et 59% des pères sont allés au collège), et une grande majorité des enfants a été préparée à l'arrivée du nouveau-né.

### **5.1.6 The Arrival of a Rival : Maternal Perceptions of Toddlers' Regressive Behaviors after the Birth of a Sibling. (Kayiatos, Adams & Gilman, 1984).**

Une étude quantitative de type descriptive menée par Kayiatos, Adams et Gilman (1984), a pour but de déterminer les différentes perceptions des mères face aux changements de comportement de leur trottineur lors de l'intégration du nouveau-né dans la famille. L'échantillon est composé de 29 femmes ayant un enfant aîné entre 15 mois et 4 ans. Les auteurs ont trouvé que 93 % des mères ont observé un ou davantage de comportements régressifs chez leur trottineur. 34 % décrivent leurs préoccupations quant à ces comportements et 84 % de celles-ci les ont associés à l'arrivée du nouveau-né. De plus, sur

les 14 trottineurs qui ont visité leur frère à l'hôpital, le 85% des mères ont remarqué des comportements régressifs. Quant à ceux qui n'y sont pas allés, les mères remarquent des comportements régressifs pour 100% d'entre eux. Le 92 % des femmes qui n'ont pas reçu, des informations quant aux changements de comportement de l'enfant, auraient désiré en recevoir. Face aux différents comportements régressifs de l'enfant, les mères ont adopté des stratégies de coping telles, qu'ignorer le comportement, essayer de raisonner l'enfant, lui donner une fessée, donner plus d'amour et d'attention et gronder l'enfant. L'étude nous démontre que les mères peuvent se sentir dépassées et qu'elles souhaitent, en général, établir un partenariat avec un professionnel de la santé. Les limites, évoquées dans l'étude, viennent d'un échantillon restreint, ce qui favorise une généralisation parfois hâtive, ainsi que la probable influence des différents intervieweurs lors des entretiens téléphoniques. Cette étude suggère des interventions telles que la visite du frère à l'hôpital en phase prénatale, en postpartum et une information des professionnels quant au processus de développement de l'enfant.

### **5.1.7 Sibling Behavior With a Newborn : Parents' Expectations and Observations.** **(Gullicks & Crase, 1992)**

Une étude quantitative de type longitudinale a été menée par Gullicks et Crase (1992) auprès de parents attendant leur deuxième enfant et dont l'aîné a moins de 6 ans. Le but est d'étudier les attentes des parents et leurs perceptions du comportement de l'aîné avant et après la naissance du second. L'échantillon est composé de 70 aînés. Deux questionnaires ont été remplis par les participants : Le premier en fin de grossesse et le second lorsque le nouveau-né a environ quatre semaines. Les résultats montrent que les attentes des parents face au comportement de l'aîné sont plus élevées avant la naissance qu'après, pour les composantes suivantes : la proximité des parents, les comportements régressifs et la jalousie. Ce sont des items qui sont représentatifs d'éléments plutôt négatifs. Les parents ont donc tendance à s'attendre davantage à des comportements plus négatifs de l'aîné que ce qu'ils expérimentent par la suite. Ils ont souvent des avis qui se rejoignent, ce qui montre le partage de leurs représentations face aux interactions dans la fratrie. Les attentes des parents ont été satisfaites et même au-delà de ce qu'ils pensaient pour trois items positifs : être heureux avec le nouveau-né, être compréhensif sur le fait qu'il faut prendre soin du bébé au lieu de jouer, ou que l'aîné continue sa routine. L'intérêt de l'aîné aurait tendance à croître lorsqu'il a des opportunités de voir et de porter l'enfant. Ces résultats nuancent la littérature populaire qui décrit cette période comme difficile et stressante pour l'aîné. Pour 39 items, il n'y a pas de

changement significatif. Les limites de l'étude sont : l'influence sur le comportement de l'aîné que peut avoir la présence plus significative d'un parent. L'absence de connaissance des parents sur le processus normal de l'enfant de ce fait, leurs perceptions peuvent être subjectives.

#### **5.1.8 What's Real in Children's Fantasy Play ? : Fantasy Play Across the Transition to Becoming a Sibling. (Kramer, 1996).**

Une étude longitudinale a été menée par Kramer (1996) auprès d'enfants en âge préscolaire avant et après la naissance de la fratrie. Le but est d'identifier les points communs entre le jeu de simulation et sa réalité et si l'aîné l'utilise comme un moyen d'adaptation et de transition dans le processus de devenir un frère. L'échantillon est composé de 30 aînés âgés de 3-5 ans qui ont participé avec leur mère. Des visites ont été faites à plusieurs reprises à domicile en pré et postnatal. Les outils d'évaluation utilisés sont une version modifiée de Zahn-Waxler et Radke-Yarrow (1992) et des items créés par Jersild, Markey & Jersild (1993) et Miller (1983) concernant l'anxiété de l'enfant. Pour les aînés, devenir un frère est une préoccupation centrale pour seulement 7% d'entre eux, dont le 47,27% s'en soucie de manière positive et 52,73% de manière négative. Les enfants, intégrant le cadet comme positif dans le jeu de simulation, ont des relations plus harmonieuses avec lui et s'adaptent mieux. Ce type de jeu peut permettre à l'enfant de faire face aux changements de la vie et au stress. Cependant, les enfants ne jouent pas toutes leurs préoccupations. Les filles se réjouissent davantage des événements sociaux, expriment plus leur joie face à la naissance de leur cadet et développent plus les thèmes de la famille et du bébé dans leurs jeux. Elles semblent aussi exprimer le besoin de continuer leur vie sociale durant la période de transition, ce qui les aideraient à développer des compétences sociales et une relation plus positive avec leur cadet. Les limites principales de cette étude se trouvent au niveau de la collecte des données, car ce sont les mères qui interprètent les préoccupations de l'enfant. Le temps d'observation (30 minutes) du jeu de simulation alors que l'enfant passe d'autres moments durant la journée à cette activité.

#### **5.1.9 Emotion Regulation in Context : The Jealousy Complex between Young Siblings and its Relations with Child and Family Characteristics (Volling, McElwain & Miller, 2002).**

Une étude qualitative à devis phénoménologique a été réalisée par Volling, McElwain et Miller (2002) auprès de familles. L'échantillon est composé de 60 familles dont les aînés sont âgés entre 2-6 ans et les trottineurs ont 16 mois à la 3<sup>ème</sup> visite. Le but est d'étudier la jalousie

dans l'enfance et sa régulation dans un contexte social. Les auteurs se sont centrés sur les interrelations entre les émotions exprimées et les comportements d'adaptation. Différents types de sessions sont réalisées dans les laboratoires. Dans un premier temps, le but est d'observer les interactions entre les parents et les enfants. Puis, comment la jalousie est suscitée entre eux. Les parents ont également dû répondre à différents questionnaires afin d'évaluer leur relation, le tempérament du trottineur, la qualité de la relation fraternelle et les différents types d'attachements entre les membres de la famille. Les résultats montrent que la maîtrise des émotions est une tâche centrale du développement de la petite enfance. Les trottineurs dépendent de la régulation externe de leurs parents, n'ayant pas encore développé leur propre système de régulation. Les enfants d'âge préscolaire, qui ont une meilleure compréhension des besoins du cadet et des règles culturelles, arrivent mieux à gérer leurs émotions. Par contre, des comportements de régulations ont été davantage observés lorsque l'attachement était moins sûr avec la figure maternelle. La qualité des interactions parents/enfant et la relation conjugale prédisent de meilleur comportement de « coping » de l'aîné face à la jalousie. Les limites principales de l'étude sont : la taille de l'échantillon et la transférabilité des résultats dans des familles plus à risque ou de structures différentes.

## **5.2 Synthèse des résultats**

Dans ce chapitre, les résultats des études ont été synthétisés après la démarche suivante : Tous les concepts des articles ont été répertoriés puis classés par domaine. Trois domaines centraux ressortent à propos de l'enfant en âge préscolaire : les stratégies de coping, le processus d'attachement et les facteurs influençant son comportement. Puis, des sous-catégories ont été établies dans chacun des domaines.

### **5.2.1 Stratégies de coping**

Dans l'analyse des résultats, plusieurs types de coping émergent. Deux stratégies se retrouvent à plusieurs reprises dans les articles : le jeu de simulation et les comportements régressifs. Les autres stratégies de coping sont regroupées sous l'item « autres stratégies adaptatives ».

#### **5.2.1.1 Le jeu de simulation**

Le jeu de simulation apparaît dans différents articles. De manière générale, il semble qu'il change durant la période de la naissance de la fratrie (Field & Reite, 1984; Kayiatos, Adams & Gilman, 1984; Kramer, 1996). Durant l'hospitalisation de la mère en maternité et lors de

son retour à domicile, le jeu de simulation prend une plus grande place, comparé à d'autres types de jeu (construction). Les thèmes sont en général centrés sur la naissance du cadet avec une certaine agressivité envers lui et parfois également envers la mère (Field & Reite, 1984). Peu de différences sont remarquées dans le jeu entre les garçons et les filles. Toutefois, les filles jouent davantage des thèmes en lien avec la famille et le bébé (Kramer, 1996).

Le jeu de simulation qui intègre des éléments négatifs (être fâché avec le cadet, la séparation des parents, des peurs spécifiques), durant la transition, reste stable. Jouer des éléments négatifs ne semble pas avoir d'effet adaptatif ou nuisible pour les enfants devenant aînés. Par contre, les éléments positifs (enthousiasme envers le cadet et autres), avant et directement après la naissance du nouveau-né, sont plus fréquents. Par conséquent, les jeux à composantes positives, avant la naissance du cadet, servent de fonction préparatoire et aident les enfants à anticiper les changements dus à l'arrivée du nouveau-né (Kayiatos, Adams & Gilman, 1984).

Le comportement des parents influence le jeu de l'aîné. Durant l'hospitalisation et post-hospitalisation de la mère, le parent participe moins au jeu de simulation de l'enfant. Ce qui diminue leur complicité (diminution des regards, des suggestions de jeux, des interactions verbales). Les changements de partenaire de jeu et des habitudes quotidiennes semblent aussi perturber l'aîné (Field & Reite, 1984).

Kendrick et Dunn (1981) relèvent que l'aîné parvient à rejoindre plus facilement dans une attitude positive le duo mère-nouveau-né, lorsque ceux-ci sont dans une interaction de jeu, plutôt qu'un autre type d'interaction tels que les soins et l'alimentation du nouveau-né.

Field et Reite (1984) s'appuient sur la théorie de Piaget (1951) pour affirmer que le jeu est un moyen de « thérapie » permettant l'adaptation et la transition. Kramer (1996) rallie ce point de vue en expliquant que le jeu de simulation a souvent été utilisé comme un outil représentatif de ce que les enfants vivent intérieurement. Les enfants jouent parfois ce qui les intéresse et les préoccupe dans le jeu de simulation. Mais, il nuance ces propos en considérant de faibles convergences, observées, entre leurs préoccupations, leurs intérêts réels et le contenu du jeu.

### ***5.2.1.2 Comportements régressifs***

Plusieurs articles amènent des données quant aux comportements régressifs de l'aîné (Field & Reite, 1984; Kendrick & Dunn, 1981; Stewart Faller & Ratcliffe, 1993; Kayiatos, Adams & Gilman, 1984; Gullicks & Crase, 1992; Volling, McElwain & Miller, 2002). Selon Kayiatos, Adams et Gilman (1984), lors des 3-6 semaines post-partum, une large partie des mères

(93%) remarque un ou plusieurs comportements régressifs. Ceux-ci concernent des changements au niveau des habitudes alimentaires, de propreté, de sommeil et de comportement général (jeu, demande l'attention de la mère).

Field et Reite (1984) relèvent les mêmes catégories mais précisent les changements au niveau du sommeil. Durant l'hospitalisation de la mère, l'enfant vit une phase agitée. Les phases de sommeil profond sont plus importantes lors de cette période. Elles peuvent être une manifestation de l'organisme qui se protège, face au stress physique et émotionnel que provoque la séparation. (Emde, Harmon, Metcalf, Koenig, & Wagonfeld, 1971). Lors du retour de la mère à domicile, l'enfant présente une diminution du sommeil qui peut être une des manifestations de la dépression chez l'enfant (Kupfer, Colbe, Kane, Petti & Conners, 1981). Field et Reite (1984) constatent aussi un changement au niveau de l'état de santé de l'aîné, durant l'hospitalisation de la mère. Les enfants peuvent présenter une augmentation de problèmes somatiques. Elle serait due à un changement du système immunitaire qui apparaît en général chez les enfants vivant une séparation (Reite, Harbeck, & Hoffman, 1981).

Kayiatos, Adams et Gilman (1984) ont remarqué que les enfants de 3 à 4 ans ont des scores plus bas dans les comportements régressifs. Quant aux facteurs influençant ces comportements, ils n'ont pas trouvé de corrélations entre les comportements régressifs et le sexe de l'aîné. Par contre, ils constatent moins de comportements régressifs chez les aînés qui ont rendu visite à leur mère à l'hôpital.

Durant les trois semaines après la naissance, l'aîné qui imite les comportements du nouveau-né semble avoir une attitude plus positive, envers son cadet, lorsque la mère lui donne des soins. Celui qui n'a rarement, voire jamais, imité le nouveau-né n'est pas susceptible de comprendre les besoins de celui-ci (Kendrick & Dunn, 1981).

Plus de la majorité des mères remarque un ou plusieurs comportements régressifs et les associe à l'arrivée du nouveau-né (Kayiatos, Adams & Gilman, 1984). Cependant, certains auteurs énoncent qu'il est difficile de définir si les comportements régressifs apparaissent suite à la séparation avec la mère, l'arrivée du nouveau-né (Field & Reite, 1984) ou au développement normal de l'enfant (Stewart Faller & Ratcliffe, 1993). En plus des comportements régressifs, plusieurs études relèvent aussi des comportements positifs montrant une évolution vers l'indépendance et l'autonomie (Stewart Faller & Ratcliffe, 1993 ; Gullicks & Crase, 1992).

### *5.2.1.3 Autres stratégies adaptatives*

Anderberg (1988) ainsi que Stewart Faller et Ratcliffe (1993) remarquent que l'aîné a besoin de faire connaissance avec le nouveau-né pour commencer un lien d'attachement. Pour cela, il doit obtenir des informations. Elle manifeste alors un comportement « d'exploration » : Il touche, observe, parle du nouveau-né et, dans de rare cas, il lui parle directement. Ces comportements s'atténuent les mois suivants, l'effet de la nouveauté s'estompe et l'aîné présente moins d'intérêt pour le nouveau-né.

Lors de la visite à l'hôpital, le rejet de la mère est un moyen pour les enfants de 17 à 48 mois de gérer leurs angoisses et anxiétés créées par la séparation. La jalousie envers le nouveau-né est une manière de contrôler le bouleversement familial. Les enfants plus âgés parviennent à mieux gérer cet affect et présentent peu ou pas ce type de comportement (Anderberg, 1988).

Kramer (1996) fait un constat similaire. En effet, les enfants d'âge préscolaire ayant une compréhension émotionnelle plus élevée sont moins susceptibles d'exprimer de la jalousie et des comportements de dérégulation. Les enfants plus âgés, plus matures ont une meilleure compréhension des règles culturelles et expriment de manière plus appropriée leur colère et leur jalousie.

La jalousie semble également être liée au tempérament de l'enfant (Kendrick & Dunn, 1981). Les trottineurs et les enfants d'âge préscolaire, moins colériques ont des relations plus positives avec leur cadet et sont moins susceptibles de montrer de la jalousie. L'aîné de fort caractère, très expressif, proteste beaucoup plus que l'enfant en retrait qui ignore facilement l'interaction mère-nouveau-né.

Teti et Ablard (1989) relèvent également que les capacités cognitives d'un enfant d'âge préscolaire l'aide à s'adapter. En effet, il ne montre pas de comportements agressifs envers le nourrisson ou envers la mère lorsque ceux-ci sont en interaction de jeu. Il a les capacités de répondre de manière appropriée aux instructions de sa mère qui lui demande de jouer seul un moment. Ce qui est rarement le cas pour un enfant plus jeune qui peut réagir de manière beaucoup plus agressive, dû à l'incompréhension de la situation.

Selon Field et Reite (1984), lors de l'hospitalisation de la mère, l'enfant vit un stress dû à la séparation. L'organisme cherche à garder le contrôle en mobilisant un maximum de ressources pour y faire face. Par contre lors du retour de la mère avec le nouveau-né, l'aîné semble vivre un état dépressif. L'arrivée du nouveau-né, la fatigue de la mère, les changements au niveau du jeu avec les parents peuvent être des éléments sur lesquels l'enfant

a l'impression d'avoir peu de contrôle. L'organisme se sent impuissant et cherche moins les ressources nécessaires pour rétablir un équilibre.

## **5.2.2 Attachement**

L'attachement est un concept majeur ressortant des articles. Les résultats l'abordent sous deux angles : l'attachement de l'aîné à la figure principale et l'attachement au nouveau-né.

### ***5.2.2.1 Attachement à la figure principale***

Teti et Ablard (1989) relèvent que l'attachement aux parents ne développe pas uniquement la relation enfant-parents mais également le rôle de l'aîné de « prendre soin » des autres (La Freniere & Sroufe, 1985).

Plus l'enfant est sécure dans la relation, plus il est apte à donner des soins. La sécurité dans l'attachement ne dépend pas de l'âge, ni du sexe. Teti et Ablard (1989) ainsi que Volling, McElwain et Miller (2002) constatent que les aînés, définis comme sécures, sont plus capables de s'adapter à une situation stressante et de prendre soin du cadet, que ceux définis comme insécures. Ils parviennent à servir de substitut à la figure d'attachement quand eux-mêmes sont sécures dans leur lien d'attachement avec leur figure principale. Tandis que les aînés insécures, dans leurs interactions avec un nourrisson insécure, ont tendance à montrer de l'agressivité dans des situations semblables.

Lors de la première visite à l'hôpital, Anderberg (1988) remarque que l'aîné est réservé et discret avant de rencontrer sa mère et semble plus relaxé après l'avoir retrouvée. En effet, il a premièrement besoin d'être rassuré et que celle-ci lui montre de l'affection avant qu'il puisse entrer en relation avec le nouveau-né. Lorsqu'elle répond à ses besoins, cela favorise positivement la première interaction avec le nouveau-né. Tandis que les mères qui se plaignent de leur douleur ou de l'accouchement difficile provoquent une distance relationnelle dans la nouvelle fratrie. Sur la durée de la visite, les interactions entre l'aîné et la mère sont plus nombreuses qu'entre la fratrie.

### ***5.2.2.2 Attachement au nouveau-né***

La première rencontre permet à l'aîné et au nouveau-né de faire connaissance. En général, la première réaction de l'aîné est de regarder le nouveau-né et de sourire. Ensuite, il présente des comportements qui lui permettent d'explorer et découvrir son frère

Le toucher se fait du bout des doigts. Les enfants de moins de 7 ans commencent, en général, par la tête, comme si elle représentait le cadet dans son ensemble, tandis que les plus âgés

touchent les extrémités. La communication verbale se limite à des questions à propos du nouveau-né. Quand il s'adresse à lui, il s'agit de mots de bienvenue, d'une demande d'ouvrir les yeux et il arrive qu'il le nomme par son prénom (Anderberg, 1988).

Stewart Faller et Ratcliffe (1993) ajoutent que l'aîné montre un intérêt aux besoins du nouveau-né en cherchant à les comprendre. Lorsqu'il ne les saisit pas, cela peut provoquer une situation de stress pour lui. Par exemple, quand il tente d'entrer en interaction avec son cadet et que celui-ci se met à pleurer (Anderberg, 1988).

Tous ces comportements « d'exploration » s'atténuent par la suite car l'aîné se familiarise à son cadet. Les signes d'attachement plus intimes sont rarement spontanés, ils doivent être appris ou imités (Stewart Faller & Ratcliffe, 1993).

La préparation de l'aîné, avant la naissance du cadet, influence positivement sa capacité à entrer en relation et à s'attacher au nouveau-né. Un autre facteur agit sur l'attachement est l'expérience du deuil. Elle influence négativement la capacité à « faire connaissance ». En effet, les enfants qui l'ont expérimentée restent plus distants face au nouveau-né (Anderberg, 1988).

### **5.2.3 Facteurs influençants**

A travers l'élaboration de stratégies de coping et d'un processus d'attachement auprès du nouveau-né, l'aîné est influencé par plusieurs facteurs externes. Les deux plus importants concernent les parents et les soignants.

#### **5.2.3.1 Les parents**

Selon Gullicks et Crase (1992), avant la naissance du cadet, les parents ont différentes attentes face au comportement de l'aîné. Ils prédisent davantage des comportements négatifs que des comportements positifs. Leurs attentes sont, de manière générale, similaires. Les auteurs font l'hypothèse que le système « parents », déjà formé, partage leurs attentes et se sent plus proche. C'est en post-partum, qu'ils remarquent l'inexactitude de leurs inquiétudes.

Pendant et en post hospitalisation de la mère, l'aîné vit un bouleversement. Les modifications dans les habitudes de la vie quotidienne (le père prend davantage soin de lui) et les changements de comportement des parents en sont les principales causes. Durant cette période, les parents peuvent montrer de l'épuisement, une dépression post-partum chez la mère, ce qui influence l'affect de l'enfant. De plus, ils s'impliquent moins dans le jeu de simulation avec l'aîné alors que d'habitude ils le favorisent (Field & Reite, 1984).

Les visites à la mère, à l'hôpital, permettent à l'aîné de mieux comprendre la situation et d'être rassuré face à la séparation (Anderberg, 1988). Les parents peuvent favoriser le processus de faire connaissance en permettant à l'aîné d'entrer en contact avec son cadet (en le touchant par exemple) et en lui expliquant les besoins de celui-ci. Ils peuvent aussi influencer négativement ce premier contact en forçant ou interdisant l'aîné à toucher, à parler et à faire des photos. Si la mère parle de sa douleur, de sa fatigue suite à l'accouchement, cela peut provoquer une prise de distance relationnelle entre l'aîné et le nouveau-né. Field et Reite (1984) ajoutent que l'aîné parvient à mieux tolérer une séparation temporaire si le père s'implique activement auprès de lui et si les visites auprès de la mère sont possibles. (Legg, Sherick, & Wadland, 1974).

Selon Gullicks et Crase (1992), à domicile, les mères relèvent que les comportements de « pleurnichage » diminuent quand le père rentre du travail. Cela serait dû au fait qu'il y ait un adulte en plus, disponible pour donner des soins et de l'attention. Les auteurs émettent aussi l'hypothèse que ce comportement diminue, parce que l'enfant a du plaisir à le retrouver après une journée d'absence.

Face aux comportements régressifs de l'aîné, les mères utilisent différentes actions de coping : ignorer son comportement, le fesser, lui donner plus d'attention et d'amour, le gronder ou le féliciter. Cependant, certaines ne sont pas satisfaites, d'autres ne sont pas sûres de mettre en place les meilleures solutions en réponse au comportement. C'est pourquoi, elles auraient aimé recevoir plus d'information sur les comportements régressifs et les différentes méthodes pour y faire face (Kayiatos, Adams & Gilman, 1984).

Les parents peuvent améliorer l'adaptation de la transition en continuant leur routine et leurs engagements sociaux autant que possible. En effet, cet aspect fournit à l'enfant un soutien et des compétences sociales pour interagir avec son cadet. De plus, il garde certains repères et une stabilité (Kramer, 1996). L'attitude des parents influence les réactions de l'aîné (Legg & al., 1994), il est donc primordial de les aider à se préparer pour la naissance du cadet et ainsi améliorer l'adaptation de l'aîné (Gullicks & Crase, 1992).

### ***5.2.3.2 Les soignants***

Les mères ont reçu des informations quant à l'adaptation de l'aîné de différentes sources : l'obstétricien, le pédiatre et principalement par des amis ou des lectures. La majorité des femmes qui n'ont reçu aucune information de leur médecin aurait souhaité en avoir (Kayiatos, Adams & Gilman, 1984).

Anderberg (1988) ainsi que Stewart Faller et Ratcliffe (1993) proposent aux infirmières de promouvoir les visites de l'aîné à l'hôpital et d'expliquer aux parents le besoin de l'enfant de faire connaissance avec son cadet. Lors des soins, l'infirmière peut expliquer à l'aîné ses interventions en lien avec les besoins du nouveau-né, afin de favoriser le processus de « faire connaissance » (Anderberg, 1988).

L'infirmière doit être particulièrement attentive à l'aîné qui a vécu une expérience de deuil (divorce des parents, perte d'un parent, grands-parents) afin de l'aider et favoriser son processus d'attachement (Anderberg, 1988).

Elle peut investiguer les attentes des parents à propos du comportement futur de l'aîné. Les professionnels ont tendance à insister sur ces comportements négatifs. L'infirmière doit être capable de les guider dans des attentes réalistes (Gullicks & Crase, 1992).

## **6 DISCUSSION**

### **6.1 Résumé**

A travers la recherche effectuée, différents résultats découlent des neuf articles sélectionnés, afin de répondre à la problématique. De ces résultats, plusieurs concepts se détachent. Il s'agit du coping de l'aîné, de son processus d'attachement, ainsi que des facteurs influençant son comportement.

Les résultats en lien avec la problématique sont critiqués à la lumière de la littérature scientifique actuelle. Ils traitent les éléments suivants :

Les stratégies de coping, qui comprennent le jeu, facilitent la relation entre le nouveau-né et l'aîné. Le jeu prend une importance majeure chez l'aîné et diminue chez les parents après la naissance du deuxième enfant. Les comportements régressifs, dont la cause est difficilement définissable car l'aîné vit plusieurs changements en même temps, semblent être un sujet d'appréhension pour les parents. Les autres stratégies tels que la jalousie, le rejet, les troubles du sommeil peuvent aussi apparaître.

Les facteurs qui influencent les stratégies de coping de l'aîné sont les différentes personnes qui gravitent autour de lui. Il s'agit principalement du système familial et l'influence des soignants, des pairs est présente et a aussi des répercussions.

Finalement, différents éléments jouent un rôle dans l'attachement entre l'aîné et le cadet : L'impact du deuil ou la séparation, la qualité du lien entre l'aîné et sa figure d'attachement, la place que la figure d'attachement laisse à l'aîné, pour rentrer en contact avec son cadet et l'apprentissage des comportements d'attachement de l'aîné.

### **6.2 Caractères généralisables des résultats**

Cette revue de littérature touche la population d'enfants en âge préscolaire (3-6 ans) dans une situation précise : celle de l'arrivée d'un cadet et des relations qui s'établissent entre eux. Comme expliqué dans le chapitre de la méthodologie, un des critères de sélection des articles est la transférabilité. Il est donc possible de dire que les résultats peuvent s'appliquer à toute la population d'âge préscolaire dans un contexte occidental. Cependant, ils ne peuvent pas être généralisés aux autres âges de la vie car le développement cognitif, social et physique joue un rôle sur le type de coping et le processus d'attachement élaboré par l'enfant (Dumont & Plancherel, 2001). Si les résultats ne peuvent pas être ouverts à une population plus large,

ils peuvent l'être pour des situations de stress plus larges que celle de la naissance. Selon Dumont et Plancherel (2001), les sources principales de stress qui touchent les enfants en âge préscolaire sont « le début d'un séjour en crèche, ou le changement de crèche,..., la séparation d'un parent, le fait de recevoir une punition, l'entraînement à la propreté. Les jeunes enfants peuvent aussi être préoccupés par la peur d'être abandonnés. » (p. 18).

Néanmoins, il faut préciser que certains enfants, ayant un vécu difficile, font preuve d'une grande maturité face aux agents stressants, il s'agit des enfants résilients (Dumont et Plancherel, 2001, p. 68). Les stratégies peuvent donc se révéler bien différentes que celles d'un enfant du même âge qui grandit dans un milieu sain.

### **6.3 Confrontation des résultats à la problématique**

Il est intéressant de se pencher à nouveau sur la question de recherche, afin de la confronter aux résultats obtenus : Dans un cadre de santé communautaire, de quelle manière l'infirmière peut-elle favoriser l'adaptation de l'aîné en âge préscolaire, à vivre le changement de dynamique familiale lors de la naissance de la fratrie ?

Les résultats confirment certaines hypothèses de la problématique, d'autres les nuancent.

La première hypothèse de la problématique introduit une notion d'adaptation pour l'aîné durant la période de naissance du cadet. Les auteurs, qui se sont intéressés à cette période, s'accordent pour dire qu'elle représente des changements importants. Pour s'y adapter, l'enfant doit mettre en place des stratégies de coping qui sont très variées.

Le jeu semble être une stratégie importante, en particulier le jeu de simulation. D'ailleurs Ball et Bindler (2003) précisent que ce type de jeu est propre à l'âge préscolaire, car l'enfant à cet âge déborde d'imagination. Il utilise ses jouets pour « représenter l'activité et la vie humaine » (p. 71). Selon Field et Reite (1984), le jeu de simulation semble prendre une plus grande importance après la naissance du cadet. « Les chercheurs supposent qu'à travers le jeu libre les enfants élaborent un monde imaginaire qui les aide à faire face aux situations anxiogènes. » (Wenner, 2009, p. 36). De plus Kayiatos, Adams et Gilman (1984) ajoutent que les éléments du jeu, quand ils sont positifs, favorisent des relations harmonieuses dans la fratrie. Wenner (2009) appuie ces résultats et affirme que le jeu libre permet à l'enfant d'acquérir des compétences sociales, l'aide aussi à se libérer de l'anxiété, du stress et à résoudre ses problèmes (pp. 35-36). Lorsque le duo mère-nouveau-né est en train de jouer,

l'aîné parvient à le rejoindre plus facilement (Kendrick & Dunn, 1981). Cette approche par le jeu lui permet de faire face à cette nouvelle relation, source de stress.

Le comportement régressif apparaît régulièrement chez l'aîné. Il serait dû à la séparation que vit l'enfant durant l'hospitalisation de la mère, à l'arrivée d'un nouveau frère, mais peut également faire partie de son développement normal (Field & Reite, 1984 ; Stewart Faller & Ratcliffe, 1993). Duhamel (2007) donne une explication à ce comportement : « les manifestations de rivalité fraternelle et les comportements régressifs constituent souvent des messages qu'envoie l'enfant pour rappeler à son entourage qu'il existe autrement que dans son rôle de frère ou de sœur. » (p. 110). D'ailleurs, ces comportements peuvent être très variables allant des pleurs plus fréquents à l'incontinence alors que l'enfant était propre (Field & Reite, 1984 ; Gullicks & Crase, 1992).

Dumont et Plancherel (2001) énoncent une liste de comportements que peut adopter l'enfant en état de stress : « troubles du sommeil, troubles de la conduite, comportement dépendant, manque de concentration, irritabilité, régression (sucrer son pouce). A cela s'ajoutent des signes qui peuvent être des troubles physiques comme des maux de tête, maux d'estomac sans cause apparente. » (p. 25). Ces éléments ressortent des articles : la jalousie (Kramer, 1996), le rejet des proches (Anderberg, 1988), l'état dépressif (Field & Reite, 1984), l'augmentation des maladies somatiques (Field & Reite, 1984). Ces comportements sont à différencier des comportements régressifs. Pourtant, ils sont tout de même des stratégies de coping et varient selon les enfants et leur gestion du stress.

La première hypothèse de la problématique est confirmée par les résultats des études. La naissance d'un nouveau-né pour l'aîné en âge préscolaire représente une source de stress. Par toutes ces stratégies mises en place, l'enfant apprend à faire face à des agents stressants mais aussi à y répondre de manière socialement acceptable.

La deuxième hypothèse s'oriente sur le changement de dynamique familiale lors de la naissance d'un enfant. Les résultats décrivent plusieurs changements dont le comportement des parents, mais aussi dans leur répartition des tâches. Field et Reite (1984) relèvent que l'hospitalisation de la mère bouleverse le quotidien de l'enfant. De plus, après la naissance du cadet, les parents participent moins aux jeux de simulation de l'aîné. La période de périnatalité permet un rapprochement des parents, chacun partage ses attentes (Gullicks & Crase, 1992). Ils sont souvent anxieux face à la réaction de l'aîné, ils ne savent pas comment réagir à ses comportements (Kayiatis, Adams & Gilman, 1984). Duhamel (2007) explique ce

changement à travers le modèle de Calgary, la présence d'un nouveau-né demande d'intégrer une nouvelle personne mais aussi de répartir, à nouveau, des tâches au sein de la famille (p. 108). Ces modifications ne sont pas sans conséquences sur l'aîné qui doit s'adapter à cette situation inédite. Ball et Bindler (2003) précisent que « les forces, la résilience, les stratégies d'adaptation et les ressources de la famille jouent un rôle important dans la croissance et le développement de l'enfant. » (p. 254). Cependant, la conservation du réseau social et des habitudes quotidiennes assurent à l'enfant une certaine stabilité (Kramer, 1996). Kramer et Kowal (2005) affirment que la qualité de la relation de l'enfant avec son meilleur ami influence de manière significative la relation qu'il aura avec sa fratrie. De plus, en jouant avec lui, l'aîné apprend à gérer les conflits et les émotions négatives, car il doit prendre en compte les besoins et intérêts de son partenaire de jeu. L'enfant est donc plus compétent pour faire face aux changements et contraintes de son milieu familial (p. 504).

Les résultats démontrent que la naissance d'un deuxième enfant a une influence sur le comportement de l'aîné mais aussi sur celui des parents. La famille vit bien un changement qui touche tous ses membres. Ceux-ci s'influencent dans leur adaptation à la nouvelle situation. Ce qui confirme la deuxième hypothèse de ce travail.

La troisième et dernière hypothèse se tourne vers la pertinence des interventions infirmières auprès de l'aîné et des parents, durant la période de la naissance du cadet. Seuls, deux articles proposent des interventions infirmières auprès de la famille. Ces auteurs parlent de l'influence des soignants auprès de l'aîné. L'infirmière peut expliquer et permettre des actions envers le nouveau-né et favoriser les visites dans le milieu hospitalier (Stewart Faller & Ratcliffe, 1993 ; Anderberg, 1988). Les autres articles ne proposent pas d'interventions infirmières concrètes, mais suscitent des questionnements et des idées d'intervention pour le personnel soignant (sages-femmes, médecins). Même si ces articles ne parlent pas du rôle à proprement parlé de l'infirmière, les sujets traités touchent son rôle et ses compétences. Ils amènent des éléments différents, touchant tous les membres de la famille qui transitent autour de l'aîné. Les interventions qui découlent des articles sont traitées sous l'en-tête « perspectives professionnelles ».

Dans la majorité des recherches, les auteurs amènent un sujet qui n'est pas élaboré dans les hypothèses de la problématique. Il s'agit du processus d'attachement au sein d'une fratrie.

Les résultats démontrent que l'enfant ayant vécu un deuil est moins apte à faire connaissance avec le nouveau-né. Dans cette étude, Anderberg (1988) ne spécifie pas de quel type de deuil

il s'agit. Selon Gervaise (2002), lorsqu'un deuil est vécu comme un traumatisme pour l'enfant, il a un impact sur le développement de celui-ci (p. 10). Cela renforce l'idée que l'aîné peut, au niveau social, avoir plus de difficultés à entrer en contact.

Selon Kübler-Ross (1986), l'enfant n'a pas forcément conscience du deuil mais ressent les impacts de la séparation (Bacqué, 1997, p. 87). Il peut avoir vécu un deuil à proprement dit, ou vivre un temps de séparation lors de l'accouchement et l'hospitalisation de sa mère. L'aîné ressent son éloignement. Bacqué (1997) souligne différentes réactions que l'enfant peut avoir face au deuil : « troubles du sommeil, irritabilité, modifications de l'appétit, retrait émotionnel, recherche excessive de contact ou désintérêt » (p. 87). Les résultats énoncent que les enfants entrent de manières plus positives en relation avec le cadet, s'ils ont été rassurés par la mère auparavant. Ce besoin est probablement en lien avec la détresse vécue par la séparation de la mère.

Le type d'attachement de l'aîné envers sa figure d'attachement influence la relation qu'il développe avec son cadet (Teti & Ablard, 1989). De plus, les auteurs mettent en avant que lorsque l'aîné a un attachement sécurisé, il peut être une figure d'attachement pour son cadet. Durkin (1995) développe aussi cette idée. Toutefois, il n'élabore pas de différence selon le type d'attachement de l'aîné (Rondal, 1999, p. 224). Mareau et Vanek Dreifus (2007) soulignent que le développement des figures auxiliaires peut se faire, lorsque le lien avec la figure d'attachement est sécurisé et que celle-ci est disponible (p. 63). Le type d'attachement développé par le cadet avec sa figure principale peut jouer un rôle, dans sa manière de s'attacher aux autres et donc à son aîné. L'attachement que la mère développe avec le cadet et l'aîné est central, dans le processus de faire connaissance. En effet, Mareau et Vanek Dreifus (2007) ajoutent que l'enfant peut manifester des comportements d'attachement, très tôt vis-à-vis des frères, du moment que la figure principale laisse de l'espace aux possibles figures auxiliaires (p. 63).

Les résultats de Stewart Faller et Ratcliffe (1993) montrent que les signes d'attachement plus intimes sont peu spontanés mais doivent être appris ou imités. Ces éléments peuvent être mis en lumière avec la théorie de l'apprentissage social de Bandura. En effet, celle-ci met en avant que les comportements s'acquièrent par l'observation et l'imitation (Papalia, Olds & Feldman, 2010, p. 19). Il semble donc pertinent d'apprendre à l'aîné à entrer en contact avec son cadet et lui donner des outils pour s'attacher.

Les résultats et leurs confrontations à la littérature scientifique actuelle permettent de réfléchir à la place du rôle infirmier, dans cette situation et de proposer diverses interventions infirmières.

#### **6.4 Perspectives professionnelles**

Selon le Programme vaudois de prévention et promotion de la santé de la petite enfance : « la grossesse, le post-partum et la prime enfance (0-6 ans) sont des périodes de fragilité où les parents, bien que responsables et capables à priori, ont besoin de quelques coups de pouce. » (SSP & SPJ, 2006, p. 8). C'est parce que cette période est fragile, que l'infirmière a pleinement un rôle à jouer, auprès de ces familles.

Les résultats permettent de proposer des interventions sur ces trois périodes. L'infirmière intervient rarement lors de la grossesse. Pourtant d'après Anderberg (1988), dès cette période, l'aîné peut construire une relation avec le futur nouveau-né, afin de favoriser son adaptation et le processus d'attachement. Le professionnel de la santé peut encourager les parents à parler du futur enfant et d'aider l'aîné à prendre conscience de son existence dans le sein de la mère.

Dans les périodes de post-partum et de la prime enfance, concernant le rôle de l'infirmière en maternité, les résultats mettent en avant l'importance du premier contact fraternel. Dans ce but, l'infirmière promeut les visites de la fratrie, principalement quand la mère est disponible et reposée. Elle explique le besoin de l'aîné d'explorer par le toucher, afin d'établir un premier lien et d'être guidé dans l'expression des signes d'attachement. Sensibiliser les parents au respect du rythme propre de l'aîné favorise sa relation au cadet. Lors de soins au nouveau-né, l'infirmière peut également prendre le temps d'expliquer les besoins de ce dernier. A cette même période, la place du père est à favoriser, car c'est un élément stable pour l'aîné, ce qui l'aide à mieux vivre le temps de séparation avec la mère.

Quant à la relation aîné-cadet, il est nécessaire de reconnaître les attentes des parents avant la naissance et de les guider. Les professionnels de la santé ne devraient pas renforcer la vision négative des parents, sur le comportement de l'aîné. Il est utile de donner et d'encourager les parents à consulter des ouvrages fiables.

Dans le cadre d'un suivi à domicile, différentes interventions découlent des articles. Elles touchent les rôles d'information et d'enseignement de l'infirmière. Celle-ci peut élaborer une anamnèse complète de la situation, comprenant les deuils et séparations vécus par l'aîné.

Concernant les comportements régressifs, elle se renseigne auprès des parents, quant aux différents changements vécus par l'aîné les dernières semaines, voire derniers mois. Cela amènerait à comprendre si l'enfant a démontré des attitudes inhabituelles. Il est nécessaire d'expliquer aux parents qu'il est difficile de savoir si ces comportements sont réellement dus à l'arrivée du cadet ou à d'autres facteurs. De plus, dans le cas où les comportements régressifs ont pour but d'imiter le nourrisson, l'infirmière peut les rassurer. En effet, cela n'est pas nécessairement une régression définitive, mais démontre une volonté de la part de l'aîné de comprendre son cadet.

L'infirmière valorise le jeu comme moyen principal pour favoriser la relation aîné et cadet. Les parents, en initiant le jeu et en y participant, favorisent l'intégration des deux enfants dans une même interaction. Si le jeu de l'aîné comporte des éléments négatifs concernant le cadet et que les parents s'inquiètent, il est primordial de les apaiser.

Différents éléments sont susceptibles d'être abordés avec les parents, concernant l'attachement. Il doit être favorisé entre l'aîné et ses parents, pour permettre à celui-ci de devenir une figure d'attachement auxiliaire. L'infirmière sensibilise les parents quant à l'importance d'expliquer à l'aîné les besoins et les réactions du cadet, ce qui l'aide à s'attacher.

Il est essentiel d'encourager les parents à garder leurs engagements sociaux, leurs habitudes de vie, afin de donner à l'aîné, dans cette période de changement, des repères. De plus, conserver l'aspect social contribue à l'acquisition de compétences sociales, chez l'enfant en âge préscolaire.

Les résultats apportent peu de pistes d'intervention directement auprès de l'aîné. Ils démontrent surtout l'influence des parents et des interventions infirmières. Cependant, il paraît essentiel de se pencher aussi sur le vécu de l'enfant en âge préscolaire. Ce critère exige de l'infirmière de comprendre dans quel environnement l'enfant grandit, autant sur le plan physique, émotionnel, que relationnel. Le modèle de Calgary est un outil pertinent, car il permet une vision systémique de la famille. En cherchant à comprendre la structure, le développement et le fonctionnement de la famille, l'infirmière saisit les différentes dimensions du système familial et établit des interventions. « Le but ultime des interventions systémiques consiste à aider la famille à trouver ses propres solutions pour soulager la souffrance physique ou émotionnelle qu'engendre une problématique... » (Duhamel, 2007, p. 65). Le rôle de l'infirmière est d'aider la famille « à accroître sa compétence devant les défis

et les difficultés qu'elle affronte. » et trouver ainsi ses propres stratégies d'intervention (Duhamel, 2007, p. 65).

Pike, Cokwell et Dunn (2005) précisent que dès l'âge de quatre ans, les enfants sont en mesure de fournir des éléments cohérents et significatifs sur les relations au sein de la famille (p. 531). S'intéresser aux perceptions et interprétations de l'enfant amène des informations précieuses sur son vécu dans le milieu familial.

Comme exposé dans la problématique, le contexte de soins joue un rôle important sur la disponibilité de l'infirmière à répondre aux besoins de la famille. La santé communautaire reste le plus adapté pour ce type de suivi. Cependant, la communication entre les différents domaines de la santé, le service de maternité et l'Espace Prévention, est un point essentiel qui permet la continuité dans les soins, pour les familles qui ont besoin d'un soutien professionnel.

## **6.5 Perspectives pour la recherche**

Dans la perspective de recherches futures, différents éléments pourraient être étudiés. Dans la poursuite de ce travail, il serait intéressant de développer davantage l'impact spécifique du père sur la fratrie, étant donné que les études choisies axent principalement leur regard sur la mère. Les auteurs mettent aussi en avant l'importance de son rôle et l'influence qu'il a sur l'adaptation du nouveau-né. En étudiant spécifiquement la place du père durant cette période, il est probable que des interventions infirmières pourraient en ressortir.

Dans les articles sélectionnés, peu d'interventions concrètes sont proposées pour l'aîné. Cela laisse place à une réflexion, quant aux possibles actions à mettre en place et qui devraient être testées et validées par des études scientifiques.

Etant donné que la structure familiale a beaucoup évolué durant ces dernières années, il serait pertinent d'investiguer les besoins de la famille actuelle, dans tout ce qu'elle peut représenter : famille recomposée, monoparentale, homosexuelle et multiculturelle. De plus, les enfants placés dans des accueils de jours sont nombreux, il serait aussi essentiel de s'intéresser à l'impact que cela a sur le développement de la relation de la fratrie.

## **6.6 Limites du travail**

Certaines limites du travail doivent être soulignées. La première concerne la compréhension des articles. En effet, en élaborant cette revue de littérature, il a été nécessaire de traduire en

langue française, les études écrites en anglais. De plus, le niveau de connaissance des auteurs, de ce travail, dans les domaines de périnatalité et de pédiatrie est encore de l'ordre de novice. Ce qui pourrait induire un manque de précision dans les termes utilisés et dans l'interprétation des résultats. Ensuite, cette revue de littérature se base principalement sur des articles scientifiques des années 80. La structure de la famille a évolué, ainsi que la place et le rôle de la mère et du père. Ces éléments jouent un rôle sur la transférabilité des résultats trouvés.

L'évolution de la question de recherche a aussi une influence sur les résultats trouvés. En effet, lors du projet du travail de Bachelor, la problématique était centrée sur les comportements régressifs et la jalousie. Par la suite, elle a évolué et le concept du changement de la dynamique familiale a émergé. Lors des recherches d'articles, cette notion n'a que peu été prise en compte, ce qui a probablement réduit les résultats trouvés avec la problématique finale.

## 7 CONCLUSION

En conclusion, l'état de la littérature scientifique a permis d'établir des réponses à la problématique et aux hypothèses qui en découlent. Elle met en avant des résultats contrastés quant aux réactions des aînés à la naissance de la fratrie. Il s'avère que le processus d'attachement est un concept déterminant dans cette nouvelle relation. Des pistes d'interventions pour la profession infirmière ont pu être établies, dans son champ de compétences : la prévention, l'information et l'enseignement aux parents et à l'enfant.

Il n'en reste pas moins que l'interdisciplinarité est un bénéfice non négligeable pour le suivi d'une famille, plus précisément la fratrie. La coordination entre les infirmières, de différents services, gravitant autour de la fratrie est primordial afin d'assurer la qualité de la prise en soins. Il sera nécessaire de confronter les interventions proposées avec la pratique actuelle de l'Espace Prévention.

Ce travail donne lieu à différents apprentissages : le développement des connaissances théoriques du sujet, des compétences à solliciter et à acquérir quant à la méthodologie de recherche scientifique sur les bases de données. Ces acquisitions seront transférables dans la pratique et nous aideront à l'appuyer sur des résultats fondés. De plus, cette revue de littérature a sollicité et enrichi notre esprit critique, notre capacité à synthétiser et prendre du recul. Cela a aussi élargi notre vision de la profession et nous a projetés dans un contexte de soins que nous connaissions peu. Cet ouvrage réalisé en collaboration a suscité de nombreux échanges et une confrontation des points de vue ce qui est un élément essentiel pour un travail en commun. Le développement des compétences d'écoute, de compréhension, de prise en considération du regard de l'autre semble être des éléments essentiels pour notre future pratique.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anderberg, J. (1988). Initial Acquaintance and Attachment Behavior of Siblings with the Newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 17(1), 49-54. doi: 10.1111/j.1552-6909.1988.tb00414.x
- Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) (2011). *CMS aide et soins à domicile : Rapport d'activité 2011* [Brochure]. Accès <http://www.aide-soins-domicile-vaud.ch/>
- Bacqué, M-F. (1997). *Deuil et Santé*. Paris : Odile Jacob.
- Ball, J. & Bindler, R. (2003). *Soins infirmiers en pédiatrie*. Saint-Laurent : ERPI.
- Bee, H. & Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement : Les âges de la vie* (2<sup>ème</sup> édition). Bruxelles : De Boeck.
- Bréaud, A. (2011). *Aide mémoire : Aborder une recherche documentaire et bases de données* [Brochure]. Accès <http://biblio.hesav.ch/>
- Centre de référence pour les infirmières Petite Enfance (2005). *Promotion de la santé et prévention petite enfance : Définition des prestations pour l'activité de l'infirmière Petite Enfance dans le canton de Vaud*. Lausanne : OMSV.
- Duhamel, F. (Dir.). (2007). *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers* (2<sup>ème</sup> édition). Montréal : Chenelière Education.
- Dumont, M. & Plancherel, B. (Dir.). (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Favart, E. (2009). Fraternité et relations familiales. *Soins pédiatrie-puériculture*, 247, 16-19.
- Ferland, F. (2002). *Et si on jouait ? : Le jeu chez l'enfant de la naissance à six ans*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine.
- Field, T. & Reite, M. (1984). Children's Responses to Separation from Mother during the Birth of Another Child. *Child Development*, 55(4), 1308-1316. Accès <http://www.jstor.org/stable/1130000>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthode quantitatives et qualitatives* (2<sup>ème</sup> édition). Montréal : Chenelière éducation.

- Gervaise, S. (2002). Accompagner l'enfant en deuil. *Soins : pédiatrie, puériculture*, 209, 10-11.
- Guillotte, A. & Lardier, T. (2000). *3 à 6 ans : L'enfant metteur en scène de sa vie* (3<sup>ème</sup> édition). Lyon : Chronique sociale.
- Gullicks, J.N. & Crase, S.J. (1992). Sibling Behavior With a Newborn: Parents' Expectations and Observations. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 22(5), 438-444.
- Hartmann, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques psychologiques*, 14, 285-299. doi : 10.1016/j.prps.2008.01.002
- Howe, N. & Recchia, H. (2008). Les relations fraternelles et leur impact sur le développement des enfants, 1-9. Accès <http://www.enfant-encyclopedie.com>
- Kayiatos, R., Adams, J. & Gilman, B. (1984). The Arrival of a Rival : Maternal Perceptions of Toddlers' Regressive Behaviors after the Birth of a Sibling. *Journal of Nurse-Midwifery*, 29(3), 205-213.
- Kendrick, C. & Dunn, J. (1981). Protest or pleasure? The response of first-born children to interactions between their mothers and infant siblings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23(2), 117-129.
- Kramer, L. & Bank, L. (2005). Sibling Relationship Contributions to Individual and Family Well-Being: Introduction to the Special Issue. *Journal of Family Psychology*, 19(4), 483-485. doi: 10.1037/0893-3200.19.4.483
- Kramer, L. & Kowal, A. (2005). Sibling Relationship Quality From Birth to Adolescence: The Enduring Contributions of Friends. *Journal of Family Psychology*, 19(4), 503-511. doi: 10.1037/0893-3200.19.4.503
- Kramer, L. (1996). What's Real in Children's Fantasy Play?: Fantasy Play Across the Transition to Becoming a Sibling. *J. Child Psychol Psychiatry*, 37(3), 329-337.
- Mareau, C. & Vanek Dreyfus, A. (2007). *L'indispensable de la psychologie* (2<sup>ème</sup> édition). Levallois-Perret : Studyrama.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, R.D. (2010). *Psychologie du développement de l'enfant* (7<sup>ème</sup> édition). Montréal : Chenelière.
- Petit, A. ; (1993). Frères et sœurs. *Enfant d'abord*, 170, 18-20.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien : théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.
- Pike, A., Coldwell, J. & Dunn, J. (2005). Sibling Relationships in Early/Middle Childhood: Links With Individual Adjustment. *Journal of Family Psychology*, 19(4), 523-532. doi: 10.1037/0893-3200.19.4.523
- Pire, F. (2003). *Questions de psychologie* (2<sup>ème</sup> édition). Bruxelles : De Boeck.
- Rondal, J-A. (1999). *Manuel de psychologie de l'enfant*. Belgique : Mardagal.
- Service de la santé publique du canton de Vaud (SSP) & Service de la protection de la jeunesse du canton de Vaud (SPJ) (2006). *Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans)- parents : Document à l'intention des institutions et des intervenantes et intervenants professionnels* [Brochure]. Accès <http://www.vd.ch/themes/sante-social/prevention/>
- Skinner, E. & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The Development of Coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085705
- Stewart Faller, H.S. & Ratcliffe, L. (1993). Sibling Visitation: How Far Should the Pendulum Swing?. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(2), 92-99.
- Teti, D. & Ablard, K. (1989). Security of Attachment and Infant-Sibling Relationships: A Laboratory Study. *Child Development*, 60 (6), 1519-1528. Accès <http://www.jstor.org/stable/1130940>
- Volling, B.L., McElwain N.L. & Miller A.L. (2002). Emotion Regulation in Context : The Jealousy Complex between Young Siblings and Its Relations with Child and Family Characteristics. *Child Development*, 73(2), 581-600.
- Wenner, M. (2009). Le jeu pour apprendre la vie. *Cerveau & Psycho*, 32, 34-38.
- Wright, L. & Leahey, M. (2007). *L'infirmière et la famille: GUIDE d'évaluation et d'intervention* (3<sup>ème</sup> édition). Saint-Laurent : ERPI.