

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2012-2013

**LIEN MÈRE-ENFANT LORS D'UNE NAISSANCE
PRÉMATURÉE**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU

PAR

LORENTZ JULIE

Née le 15 juillet 1989 à Haguenau

Directeur de mémoire : Madame Dominique MERG-ESSADI

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement Madame Dominique MERG-ESSADI pour son investissement et sa grande disponibilité tout au long de ce travail.

Je remercie également Madame Sandrine GRÜSS, pour tous ses conseils et ses encouragements.

Je tiens à remercier particulièrement les mères qui ont accepté de partager leurs expériences et leurs émotions lors des entretiens.

Merci à ma famille pour leur soutien durant toutes ces années d'études.

Merci à Guillaume pour sa présence, son aide et sa motivation.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	2
INTRODUCTION	3
MATÉRIELS ET MÉTHODES	11
1. Sélection des articles	12
2. Recueil de données suite à trois entretiens	14
3. Construction des hypothèses	15
RÉSULTATS	16
1. Description des articles	17
1.1 Description de l'étude de R. Korja <i>et al.</i> , octobre 2011	17
1.2 Description de l'étude de R. Korja <i>et al.</i> , mars 2010	24
1.3 Description de l'étude de J. Laganière <i>et al.</i> , 2003	32
1.4 Description de l'étude de I. H. Ravn <i>et al.</i> , novembre 2010	38
2. Analyse du contenu de trois entretiens	44
DISCUSSION	48
1. Analyse critique des articles	49
1.1 Analyse critique de l'étude de R. Korja <i>et al.</i> , octobre 2011	49
1.2 Analyse critique de l'étude de R. Korja <i>et al.</i> , mars 2010	51
1.3 Analyse critique de l'étude de J. Laganière <i>et al.</i> , 2003	53
1.4 Analyse critique de l'étude de I. H. Ravn <i>et al.</i> , novembre 2010	55
2. Apports de la littérature	57
3. Discussion autour des entretiens	63
4. Illustration par une méthode d'interventions précoces	67
5. Synthèse	70
CONCLUSION	71
RÉFÉRENCES	74
ANNEXES	

GLOSSAIRE

AMP: Aide Médicale à la Procréation

EEG: Électroencéphalogramme

IMC: Infirmité Motrice Cérébrale

IMN: Index Médical Néonatal

IRM: Imagerie à Résonance Magnétique

ISP: Index de Stress Parental

MITP: Mother Infant Transaction Program

NIDCAP[®]: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PCERA: the Parent-Child Early Relational Assessment

PMI: Protection Maternelle et Infantile

QRPCI: Qualitative Ratings for Parent-Child Interaction at 3-15 months of age

SA: Semaines d'Aménorrhée

WMCI: the Working Model of Child Interview coding system

INTRODUCTION

Pour présenter notre travail sur le sujet de l'attachement lors d'une naissance prématurée, nous commencerons par définir la prématurité. Puis nous ferons un résumé des travaux de John BOWLBY, pédiatre et psychanalyste, ainsi qu'une synthèse explicative des méthodes d'évaluation de l'attachement de Mary Salter AINSWORTH, psychologue clinicienne, et de Mary MAIN, professeure en psychologie.

1. La prématurité

En France, la fréquence de la prématurité n'a cessé de croître ces dernières années. D'après l'enquête nationale périnatale de 2010, le taux de naissances prématurées augmente de manière régulière depuis 1995 (4,5 % des naissances globales en 1995, 5,0 % en 2003 et 5,5 % en 2010) (1).

L'augmentation de 70 % du taux de gémellité entre 1971 et 2003 est la première cause de prématurité en France (2). Le pourcentage de naissance avant terme chez les jumeaux est de 42,7 % versus 6,3 % lors d'une grossesse unique. Le risque est donc multiplié par sept (1). Plusieurs facteurs ont contribué à cette croissance. Dans un premier temps, nous retrouvons l'augmentation de l'âge maternel à la naissance de l'enfant (2). Actuellement, l'âge de la première grossesse est de 29,9 ans. La proportion de naissances à 35 ans ou plus est passée de 15,9 % à 19,2 % entre 2003 et 2010 (1). Un quart des grossesses gémellaires sont liées à l'âge avancé de la mère. Dans un deuxième temps, les progrès de la médecine avec la prolifération des Aides Médicales à la Procréation (AMP) sont responsables de 30% des grossesses gémellaires (2).

La gémellité est une des causes principales responsable de la prématurité avec les infections materno-fœtales, les pathologies vasculo-placentaires et les autres grossesses multiples. De plus, l'âge maternel, continuellement repoussé lors de la première grossesse, entraîne l'apparition de ces pathologies influençant le risque de naissance avant terme (3).

La définition première de la prématurité est une naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhées (SA). Or, nous pouvons distinguer quatre subdivisions permettant de définir au mieux ce terme :

- Prématurité moyenne ou simple : de 33 à 36 SA + 6 jours
- Grande prématurité : de 28 à 32 SA + 6 jours
- Très grande prématurité : de 26 à 27 SA + 6 jours
- Extrême prématurité : inférieur à 26 SA

Selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un nouveau-né est considéré comme viable si il naît vivant à partir de 22 SA ou pesant au moins 500 g (3).

2. L'attachement

2.1. Théorie de John BOWLBY

John BOWLBY, psychanalyste et pédiatre anglais, est le fondateur de la théorie de l'attachement. Il établit que chez l'humain comme chez l'animal, l'attachement est un besoin primaire, biologiquement déterminé. Ce système d'attachement tend à favoriser la proximité entre le bébé et sa principale figure d'attachement, sa mère le plus souvent, afin de maintenir la survie de l'espèce (4). Tout ce qui favorise la proximité, en donnant un sentiment de sécurité, appartient au comportement d'attachement (5).

L'hypothèse de BOWLBY repose sur la théorie du comportement instinctif : « Elle postule que le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à sa mère » (6).

BOWLBY énonce cinq schèmes de comportements contribuant à l'attachement :

- Les pleurs et le sourire (permettant d'amener la mère à l'enfant et à la maintenir près de lui)
- Le comportement de poursuite et l'agrippement (contribuant à amener l'enfant à la mère et de le tenir près d'elle)
- La succion non nutritionnelle
- L'appel (par des petits cris puis par le nom)

Le système de comportements de soins est un sous-ensemble des comportements parentaux conçus pour amener du réconfort à un enfant en danger réel ou potentiel. BOWLBY a considéré le « *caregiving* » comme l'ensemble des comportements parentaux comprenant à la fois les soins physiques et affectifs donnés à l'enfant (4).

2.2. Mary Salter AINSWORTH et la « Situation Étrange »

Mary Salter AINSWORTH, psychologue clinicienne d'origine canadienne, installe fermement la théorie de l'attachement dans la psychologie du développement. Suite à son étude d'observation en milieu naturel, AINSWORTH décrit le concept de « base sécurisante » et met en lien les comportements d'attachement observés avec la qualité des soins maternels et non la quantité (4,7).

AINSWORTH crée « the Strange Situation Test » afin d'évaluer de façon qualitative le type d'attachement de l'enfant à l'âge de 12 mois (5,8). Durant ce test, l'enfant est soumis à de brèves séparations d'avec sa mère et mis en présence d'une personne non familière.

Sept épisodes successifs, durant trois minutes chacun, s'enchaînent dans un ordre préétabli, censé activer le système d'attachement avec une intensité croissante.

- 1) L'enfant est seul avec son parent dans la pièce d'enregistrement où se trouve des jouets;
- 2) Ils sont rejoints par une personne inconnue de l'enfant comme du parent ;
- 3) La personne étrangère ayant capté l'attention de l'enfant, le parent quitte la pièce, laissant en présence l'enfant et l'inconnu(e) ;
- 4) Le parent revient et l'inconnu(e) s'en va ;
- 5) Le parent quitte lui-même la pièce trois minutes plus tard, laissant l'enfant seul ;
- 6) L'inconnu(e) revient ;
- 7) Le parent revient en même temps que l'inconnu(e) s'en va.

Ce test met en évidence trois catégories d'attachement. Tout d'abord nous trouvons un attachement dit « sécure » ou « securely attached ». Ces enfants protestent lors du départ de la figure maternante puis se console rapidement en jouant. Au retour de la mère, ils s'interrompent pour manifester leur joie puis reprennent leurs activités.

Ensuite un attachement dit « insécure évitant » ou « anxiously attached avoidant » se manifeste par des enfants ne protestant pas ou peu lors du départ de leur mère et réagissent peu à son retour. Les tentatives de rapprochement ne servent à rien.

Enfin un attachement dit « insécurité ambivalent-résistant » ou « anxiously attached ambivalent-resistant » se traduit chez les enfants qui ne peuvent être apaisés ni se remettre à jouer après la séparation. Au retour de la figure d'attachement, ils recherchent le réconfort de façon ambivalente.

Mary MAIN et Judith SOLOMON ont défini une quatrième catégorie d'attachement dit « désorganisé-désorienté » suite à l'observation d'enfants non classables dans une des catégories précédentes.

AINSWORTH a montré l'existence de liens entre ces patterns d'attachement de l'enfant dans la Situation Étrange et les relations parents-enfants au cours de la première année de vie (4).

2.3. Mary MAIN et l'« Adult Attachment Interview » (AAI)

Mary MAIN, professeure américaine en psychologie et élève d'AINSWORTH, a élaboré un outil d'évaluation des représentations d'attachement chez l'adulte : l'Adult Attachment Interview (AAI) (5,9). Cet outil est basé sur un entretien semi-directif portant sur l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement de la personne interrogée.

Quatre catégories d'attachement sont définies. Nous retrouvons l'attachement « sécure » qui représente des personnes ayant un accès facile à leurs souvenirs et émotions d'enfance. L'attachement « détaché » est défini par des personnes désengagées émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles.

La troisième catégorie est formée par un attachement « préoccupé » définissant des personnes plutôt confuses restituant une image incohérente de leur passé du point de vue des expériences relationnelles.

Enfin l'attachement « non résolu-désorganisé » présente des personnes ayant un discours désorganisé dans sa forme ou son contenu quand sont évoqués les expériences traumatiques.

MAIN est frappée par les correspondances entre la classification de la sécurité de l'enfant, évalué par la Situation Étrange, et les récits des parents évalués par l'AAI (4).

Notre travail s'est orienté sur l'attachement lors d'une naissance prématurée. La Sage-Femme est la première personne pouvant agir auprès d'une mère en détresse suite à un accouchement avant terme. De plus, l'attachement de l'enfant à sa mère, et de la mère à son enfant, est primordial au bon développement psychoaffectif et social de ce dernier. Toutes les notions sur l'attachement abordées précédemment par les spécialistes sont en lien avec une naissance à terme.

Au vu de l'augmentation constante du taux de prématurité dans notre pays (1), il est légitime de se demander si une naissance avant terme a des répercussions sur l'instauration du lien mère-enfant.

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes donc posés les questions suivantes :

- L'attachement maternel, les interactions mère-enfant et l'attachement de l'enfant à sa figure maternante sont-ils altérés suite à une naissance prématurée ?
- Y-a-t-il des méthodes permettant d'établir ce lien et d'aboutir à un attachement sécure entre la mère et son enfant préterme ?
- Quel est le ressenti des mères suite à un accouchement prématuré ?

Nous essayerons de déterminer l'impact d'une naissance prématurée sur l'instauration du lien mère-enfant et nous nous efforcerons de savoir si des méthodes favorisant ce lien existent afin d'en minimiser les conséquences.

Pour répondre à notre problématique, nous allons nous aider d'articles de la littérature scientifique et d'entretiens auprès de mères ayant accouché prématurément.

Tout d'abord, nous exposerons les méthodes de travail utilisées afin d'élaborer notre mémoire.

Puis une partie sera consacrée à la description des articles choisis et à l'analyse des entretiens effectués.

Enfin, dans la dernière partie, une lecture critique des articles décrits précédemment sera réalisée. Une discussion autour des résultats obtenus, complétés avec d'autres publications de la littérature, sera effectuée. Une illustration enrichira nos résultats avant de conclure.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Afin de répondre à notre problématique, nous avons choisi de réaliser dans un premier temps une recherche bibliographique dans le but de sélectionner des articles scientifiques. Dans un second temps, pour soutenir d'un point de vue qualitatif notre mémoire, nous avons réalisé trois entretiens avec des mères ayant accouché prématurément.

1. Sélection des articles

Nous avons réalisé nos recherches à partir des bases documentaires scientifiques PUBMED MEDLINE, SCIENCEDIRECT et CAIRN.

Les mots-clés utilisés pour notre recherche, ayant été traduits précédemment à l'aide du MESH bilingue, étaient : mother child relations, prematurity, maternal attachment et preterm infant.

À partir des résultats obtenus, le choix des articles scientifiques s'est fait selon différents critères. Les études sélectionnées devaient, si possible, être récentes c'est-à-dire parues dans les cinq dernières années, issues de revues de référence, avec une méthodologie et une structure IMRAD (Introduction, Matériels, méthodes, Résultats et Discussion). Les résultats de l'étude devaient apporter un intérêt à notre travail. Il était également nécessaire de trouver, dans les références bibliographiques de chaque article, d'autres études publiées par le même auteur.

Ainsi, nous avons retenu quatre articles.

- L'étude de R. Korja, R. Latva et L. Lehtonen : « The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years », *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavia*, octobre 2011 (10).

Cette étude est une méta-analyse qui compare 29 articles explorant l'attachement maternel, l'attachement de l'enfant prématuré et les interactions mère-enfant prématuré.

- L'étude de R. Korja, S. Ahlqvist-Björkroth, E. Savonlathi, S. Stolt, L. Haataja, H. Lapinleimu, J. Piha, L. Lehtonen : « Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full term infants », *Infant Behavior & Development*, mars 2010 (11).

Cet article est une étude cas-témoins essayant de montrer la relation entre l'attachement maternel et la qualité de l'interaction mère-enfant dans un groupe d'enfants nés prématurément en comparaison avec un groupe d'enfants nés à terme.

- L'étude de J. Laganière, R. Tessier et L. Nadeau : « Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles », *Enfance*, 2003 (12).

Cet article est une étude cas-témoins tentant de montrer le lien entre la capacité d'attachement d'un enfant prématuré à sa mère et les perceptions maternelles vis-à-vis de son enfant en tenant compte du contexte social.

- L'étude de I. H. Ravn, L. Smith, R. Lindemann, N. A. Smeby, N. M. Kyno, E. H. Bunch et L. Sandvik : « Effect of early intervention on social interaction between mothers and preterm infants at 12 months of age : A randomized controlled trial », *Infant Behavior & Development*, novembre 2010 (13).

Cet article est basé sur une étude unicentrique contrôlée et randomisée en simple aveugle. Cette étude essaye de prouver l'efficacité d'une méthode d'interventions précoces, entre la mère et son enfant prématuré, sur l'amélioration de leurs interactions sociales.

La question du père n'est pas explorée dans cette étude, nous nous focaliserons uniquement sur la dyade mère-enfant.

Notre analyse d'articles est basée sur une grille de lecture standardisée (annexe I : Grille de lecture standardisée de la méthode globale de lecture critique).

2. Recueil de données suite à trois entretiens

En parallèle à l'analyse d'articles scientifiques, nous avons réalisé trois entretiens semi-directifs de mères ayant accouché prématurément. Ce type d'entretien permet aux mères de s'exprimer librement sur leur ressenti, leur comportement et leurs émotions. Ces témoignages peuvent faire émerger de nouvelles hypothèses auxquelles nous n'aurions pas pensé. Cela permet d'apporter une approche qualitative à notre étude (annexe II : Recueil de trois entretiens).

Le recrutement des mères acceptant de participer à ces entretiens a été réalisé suite à la distribution d'une fiche informative lors d'une rencontre de parents ayant des enfants prématurés à Hautepierre le 26 octobre 2012 (annexe III : Fiche d'information et formulaire de consentement).

Le consentement écrit des participantes a été recueilli après une information écrite et orale, claire et concise (annexe III : Fiche d'information et formulaire de consentement).

Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits (annexe II : Recueil de trois entretiens).

- Le premier a été effectué le 26 octobre 2012, durée de l'enregistrement : 40 minutes.
- Le deuxième a été effectué le 12 novembre 2012, durée de l'enregistrement : une heure.
- Le dernier a été effectué le 10 janvier 2013, durée de l'enregistrement : 20 minutes.

Pour donner une réponse à notre problématique de départ, nous avons formulé des questions ouvertes, permettant d'orienter les témoignages. Les thèmes abordés sont les suivants (annexe IV : Guide d'entretien) :

- Ressenti au moment de la naissance, lors de la séparation
- Ressenti face à un accouchement prématuré et à l'avenir qui en découle
- Ressenti vis-à-vis du nouveau-né fragile

3. Construction des hypothèses

L'analyse des articles scientifiques nous a permis d'émettre quatre hypothèses également retrouvées dans les trois entretiens.

Les hypothèses ainsi formulées sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : les mères ayant accouché prématurément ont plus de craintes sur l'avenir de leur nourrisson et sur sa sécurité ;
- Hypothèse 2 : la primiparité est un médiateur positif dans la relation mère-enfant ;
- Hypothèse 3 : une grande culpabilité de la part des mères fait suite à leur accouchement prématuré ;
- Hypothèse 4 : le lien mère-enfant et l'attachement qui s'en suit ne semble pas être altéré suite à un accouchement prématuré.

RÉSULTATS

1. Description des articles

1.1. Description de l'étude de R. Korja, R. Latva et L. Lehtonen : « The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years », octobre 2011

1.1.1. Présentation et objectif de l'étude

Cet article (10) est basé sur une méta-analyse. Il a été reçu le 1er juin 2011 et accepté le 12 octobre 2011 par la revue *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (impact factor = 1.77).

L'objectif de l'article est d'analyser et de comparer 29 études traitant de l'attachement maternel, de l'interaction mère-enfant prématuré et de l'attachement de l'enfant prématuré envers sa figure maternante.

1.1.2. Population et méthodes

1.1.2.1. Recherche bibliographique et sélection des études

La recherche a été effectuée sur les bases de données PsychINFO, PubMed et Cochrane Library. Les mots-clés ont été : naissance prématurée, enfant prématuré, prématurité, attachement maternel, interactions mère-enfant, relation mère-enfant, comportement. Seuls les articles en anglais publiés dans des revues internationales ont été sélectionnés. La prématurité est définie par un âge gestationnel inférieur à 37 SA ou un poids de naissance inférieur à 2500 g.

594 résumés ont été trouvés dans les bases de données. 137 ont été retenus suite à une évaluation critique. Sur les 137, seuls les articles en anglais et ceux qui respectaient les critères d'inclusion ont été sélectionnés. Seuls 23 articles ont alors été choisis, la bibliographie de ces 23 articles a permis d'inclure 6 autres articles conformes aux critères attendus. 29 articles forment par conséquent cette méta-analyse.

1.1.2.2. Critère d'inclusion pour chacune des études

Prématurité des enfants définie par un âge gestationnel inférieur à 37 SA ou un poids inférieur à 2500 g.

1.1.2.3. Critères d'inclusion des études sur les représentations de l'attachement maternel

- Représentations de l'attachement maternel évaluées à l'aide d'entretiens structurés enregistrés sur vidéos ou enregistrements audio
- Dans les deux ans suivant la naissance de l'enfant

1.1.2.4. Critères d'inclusion des études sur l'interaction mère-enfant prématuré

- Avoir un groupe contrôle d'enfants nés à terme pour chaque étude
- Interaction mère-enfant validée par des méthodes d'observations objectives (analyses d'enregistrements vidéo)
- Dans les deux ans suivant la naissance de l'enfant

1.1.2.5. Critères d'inclusion des études sur l'attachement de l'enfant prématuré

- L'attachement devait être analysé à l'aide de la méthode « Strange Situation Test »
- L'analyse de l'attachement devait être faite entre les 10-18 mois d'âge corrigé de l'enfant

1.1.2.6. Critères d'exclusion pour chacune des études

- L'article n'étant pas écrit en anglais
- Études publiées dans des manuels ou dans des thèses de doctorat

1.1.2.7. Critères de jugement

Le critère de jugement principal concernant les études sur l'attachement maternel est la présence d'un attachement équilibré, désengagé ou encore déformé chez chacune des mères.

Le critère de jugement principal concernant les études sur l'interaction mère-enfant prématuré est l'existence d'une différence de comportement entre les mères ayant un enfant prématuré et les mères ayant un enfant né à terme.

Le critère de jugement principal concernant les études sur l'attachement prématuré est la présence d'un attachement sécurisé, d'un sentiment d'insécurité ou d'un attachement insécurisé chez chacun de ces enfants entre 10 et 18 mois d'âge corrigé.

1.1.2.8. Méthodes

Trois études sur les représentations de l'attachement maternel ont été incluses et analysées à l'aide de la méthode « the Working Model of Child Interview coding system » (WMCI) étant une technique validée pouvant être utilisée. Cette méthode permet de diviser les mères en trois groupes : mères ayant un attachement équilibré, un attachement désengagé ou encore déformé. Deux des trois études incluent un groupe contrôle avec des enfants nés à terme.

Dix-huit études sur l'interaction mère-enfant prématuré ont été incluses et analysées à l'aide d'enregistrements vidéo ou d'observations directes en utilisant plusieurs méthodes (sept études ont utilisé une situation de jeu libre, cinq études ont appliqué des interactions en face à face, trois études ont utilisé des observations à la maison et trois études ont employé trois autres méthodes).

Huit études sur l'attachement de l'enfant prématuré ont été incluses et analysées à l'aide du test de la Situation Étrange (8) qui permet de diviser les enfants en trois groupes : enfants ayant un attachement sécurisé, un attachement avec un sentiment d'insécurité ou encore déformé. L'évaluation a été faite lorsque l'enfant avait environ un an d'âge corrigé. Seules quatre études possèdent un groupe contrôle formé d'enfants nés à terme. Quatre études sont formées de prématurés ayant un poids de naissance inférieur à 1500 g et les quatre autres études sont formées de prématurés ayant un poids de naissance inférieur à 2500 g.

1.1.3. Résultats

Concernant les études sur l'attachement maternel, les auteurs décrivent les mères ayant des enfants prématurés comme moins sensibles et se sentant moins impliquées que les mères ayant des nouveau-nés à terme. Elles ont aussi plus de craintes irrationnelles sur la sécurité de leur enfant.

Globalement, il n'y a pas de différence dans l'attachement maternel entre les mères ayant accouché prématurément et les mères ayant accouché à terme dans l'étude de Korja *et al.* (14) et dans celle de Cox *et al.* (15).

L'étude de Borghini *et al.* (16) démontre un taux plus important d'attachement insécurisé, englobant l'attachement désengagé et déformé chez les mères ayant un enfant prématuré. Mais dans cette dernière étude, les patientes ayant accouché prématurément ont un statut socio-économique plus faible que dans les deux autres études.

Concernant les études sur l'interaction mère-enfant prématuré, les auteurs trouvent que les mères d'enfant prématuré semblent avoir un genre particulier d'interactions. Elles ont des interactions plus directes, plus actives que les mères d'enfant né à terme. Elles parlent et regardent plus leur enfant, mais eux, ont moins de contacts visuels lors des interactions. Il a été montré que les mères d'enfant prématuré sont moins émotives.

Dans cinq études, il n'y a pas de différence significative entre le groupe prématuré et le groupe à terme et leurs mères. Mais dans chaque étude le niveau socio-économique des mères varie significativement de l'une à l'autre, ceci peut engendrer des biais.

Le critère d'inclusion des prématurés varie énormément d'une étude à l'autre. Les bébés prématurés sont généralement plus passifs et moins alertes au cours des interactions comparé aux enfants nés à terme. Cette passivité à l'air de continuer après six mois d'âge corrigé. Or, plusieurs études montrent qu'il n'y a pas de différence dans l'interaction mère-enfant prématuré et mère-enfant né à terme à 6 mois d'âge corrigé. De plus, une autre étude démontre que les mères d'enfant prématuré ont des interactions plus positives, ont plus de réactivité et portent plus leur enfant comparé aux mères ayant leur enfant à terme.

Concernant l'attachement de l'enfant prématuré à sa mère, les auteurs constatent que ce dernier est comparable à celui de l'enfant né à terme. Une seule étude, incluant uniquement des familles de faible niveau socio-économique, dénote un attachement insécurisant chez l'enfant prématuré comparé à celui né à terme.

Il existe des facteurs de risque pouvant affecter l'attachement de l'enfant. Les enfants prématurés ayant une déficience neurologique soit des problèmes respiratoires ou encore ayant effectué un long séjour en unité de soins néonatale pourraient augmenter le risque d'attachement insécurisant.

1.1.4. Conclusion des auteurs

Les enfants prématurés et leurs mères ne sont pas plus à risque d'attachement précaire quand l'enfant atteint 12 mois d'âge corrigé. Les différences dans le comportement d'un enfant prématuré par rapport à un enfant à terme semblent être évidentes dans les premiers mois de vie et se poursuivent jusqu'à l'âge de deux ans. Mais, d'après l'analyse des 29 études, ces différences n'altèrent en rien l'attachement maternel et la relation qui doit s'établir entre une mère et son enfant.

En dehors des conclusions de cette étude, des chercheurs ont constaté que l'interruption précoce de la grossesse et la confrontation avec l'enfant imaginaire, différent de l'enfant réel, entraînent une acceptation plus difficile de la part de la mère. Les parents ont souvent un rôle surprotecteur vis-à-vis de leur enfant prématuré, ce qui amène à une difficulté d'acceptation des points forts de ce dernier. Ceci peut menacer le développement socio-affectif de l'enfant dans les années qui suivent. Selon Korja *et al.* (10), il est important d'être sensible aux interactions du prématuré avec son environnement.

Quand le stress et l'anxiété maternels ont enfin fini par diminuer, les mères développent d'autres moyens d'attention envers leur enfant prématuré ce qui permet d'instaurer des échanges émotionnels entre la mère et l'enfant prématuré comparable à un enfant à terme. La mère s'adapte aux besoins particuliers de son enfant prématuré entraînant un attachement sécurisant.

Des facteurs de risque peuvent amener à un attachement précaire comme le niveau socio-économique des parents ou une complication survenant chez le nouveau-né suite à sa prématurité.

Les auteurs retrouvent des limites à cette étude. Le thème soulevé est large, ce n'est qu'un aperçu global de la relation mère/nouveau-né. Ceci a compliqué le processus de sélection des publications qui a pu exclure certaines études intéressantes.

La définition de la naissance prématurée est aussi très large, ce qui a entraîné un échantillon hétérogène d'enfants prématurés (grande différence entre une naissance à 24 SA et une naissance à 34 SA).

Dans les différentes publications étudiées, il y avait plusieurs méthodes d'observation. Ceci pose problème pour conclure.

Les trois publications sur l'attachement maternel n'ont pas donné lieu à une étude qualitative dans cet article du fait de sa faible puissance.

Pour les auteurs cette méta-analyse est un encouragement pour les parents d'enfant prématuré. La dyade mère-préterme n'est pas plus à risque d'attachement précaire que les mères ayant des enfants nés à terme.

En pratique, il est important de soutenir les contacts entre la mère et son prématuré dès la naissance, ce qui permet de diminuer le stress maternel et celui du nouveau-né pendant l'hospitalisation.

1.2. Description de l'étude de R. Korja, S. Ahlqvist-Björkroth, E. Savonlathi, S. Stolt, L. Haataja, H. Lapinleimu, J. Piha, L. Lehtonen : « Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full term infants », mars 2010

1.2.1. Présentation et objectif de l'étude

Cet article (11) est basé sur une étude rétrospective cas-témoin unicentrique. Il a été reçu le 11 septembre 2009 et accepté le 19 mars 2010 par la revue *Infant Behavior & Development* (impact factor = 1.669).

L'objectif de cette étude est d'évaluer la relation entre les représentations maternelles et la qualité des interactions mère-enfant dans un groupe d'enfants nés prématurément formant les cas et dans un groupe d'enfants nés à terme constituant le groupe témoin.

L'étude menée par ces auteurs fait partie d'un suivi multidisciplinaire sur les enfants prématurés aux hôpitaux universitaires de Turku en Finlande, hôpitaux dotés d'un groupe d'étude sur le développement et le fonctionnement des nourrissons de très faible poids de naissance de l'enfance à l'âge scolaire.

1.2.2. Population et méthodes

1.2.2.1. Hypothèse

Les auteurs pensent que les représentations maternelles ne sont pas liées à la qualité des interactions mère-enfant prématuré aussi fortement que dans le groupe témoin d'enfants nés à terme.

1.2.2.2. Population étudiée

Le groupe d'enfants prématurés, au commencement de l'étude était formé de 43 nouveau-nés. Mais tous n'ont pas souhaité y participer jusqu'à son aboutissement. Ainsi, une famille a refusé d'y contribuer, trois familles ont abandonné l'étude avant les six mois d'âge corrigé de l'enfant, deux familles ont renoncé à l'étude avant les 12 mois d'âge corrigé de l'enfant. Finalement, le nombre d'enfants prématurés participant à l'étude jusqu'à leur 12 mois d'âge corrigé était de 38.

Le groupe témoin d'enfants nés à terme au commencement de l'étude était formé de 49 enfants. Deux familles ont renoncé à l'étude avant les six mois de l'enfant et deux familles ont abandonné l'étude avant les 12 mois de l'enfant. Le nombre d'enfants nés à terme participant à l'étude jusqu'à leur 12 mois n'était plus que de 45.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes au niveau de l'âge maternel, du niveau socio-éducatif et de la structure des familles.

1.2.2.3. Critères d'inclusion pour les cas

- Nés entre janvier 2001 et août 2005 à l'hôpital universitaire de Turku répondant aux critères d'inclusion généraux
- Poids de naissance inférieur ou égal à 1500 g et/ou âge gestationnel inférieur ou égal à 32 SA
- Hospitalisés en unité de soins pédiatriques

1.2.2.4. Critères d'inclusion pour les témoins

- Nés entre octobre 2001 et mars 2002 à l'hôpital universitaire de Turku répondant aux critères d'inclusion généraux
- Nés entre 37 et 42 SA
- Poids de naissance ne devant pas dépasser deux déviations standard par rapport aux courbes de croissance utilisées en Finlande

1.2.2.5. Critère d'exclusion pour les témoins

Les enfants ayant séjourné dans une unité de soins en pédiatrie.

1.2.2.6. Critères d'inclusion pour les cas et les témoins

- Enfant natif d'une mère parlant finlandais
- Premier enfant de la mère
- Enfant issu d'une grossesse unique
- Foetus non exposé à la drogue et à l'alcool

1.2.2.7. Critère d'exclusion pour les cas et les témoins

Les parents n'ayant pas participé à l'étude jusqu'au 12 mois de l'enfant.

1.2.2.8. Critères de jugement

Les critères de jugement principaux étaient l'évaluation de l'interaction mère-enfant à six et 12 mois d'âge corrigé et l'interview de la mère à 12 mois d'âge corrigé de l'enfant.

Le critère de jugement secondaire est l'analyse des données du dossier médical des enfants et des informations sur les parents recueillies au cours de l'hospitalisation de leur enfant.

1.2.2.9. Méthodes

L'interaction mère-enfant a été évaluée à l'aide d'un film montrant cinq minutes de jeu entre la mère et son enfant à six et 12 mois d'âge corrigé, ceci a été analysé à l'aide de la méthode de Clark « the Parent-Child Early Relational Assessment » (PCERA) (17) utilisant sept items différents tous cotés de 1 à 5 (5 étant la note montrant que l'item était effectué) :

- Implication affective positive de la mère
- Communication maternelle positive
- Affects positifs de l'enfant
- Humeur sobre et retirée de l'enfant
- Qualité de l'enfant à jouer et à porter de l'attention
- Réciprocité dyadique
- Désorganisation dyadique et tensions

Trois personnes qualifiées ne connaissant pas le dossier ont fait cette analyse. Pour rendre les résultats fiables, 20 % des analyses ont été faites par deux personnes différentes.

Les représentations de l'attachement maternel ont été évaluées à l'aide de la méthode de Zeanah « Working Model of Child Interview » (WMCI) à 12 mois d'âge corrigé (18). Cette évaluation est basée sur une interview semi-directive faite par un psychologue qui a été filmée pour pouvoir être analysée par la suite. Suite à l'analyse de l'entretien de chaque mère, l'attachement maternel peut être classé en trois catégories distinctes : attachement équilibré, déformé ou désengagé (étude de George, Kaplan & Main, « The Adult Attachment Interview » (AAI) (9)).

Les représentations désengagées sont caractérisées par des degrés différents de distance émotionnelle alors que les représentations déformées sont caractérisées par de la confusion et de l'anxiété.

1.2.2.10. Éthique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique en septembre 2001.

Le consentement parental a été obtenu suite à une information orale et écrite sur l'étude.

1.2.3. Résultats

Tout d'abord, le fait d'avoir un enfant prématuré n'entraîne pas de différence sur les différentes méthodes d'analyse. Les catégories déterminées par le test WMCI sur l'attachement maternel ne dépendaient pas des affects positifs ou négatifs de l'enfant, et ceci dans chaque groupe.

Tableau I : Résultats du test WMCI

	Attachement équilibré (%)	Attachement déformé (%)	Attachement désengagé (%)
Mères d'enfant né prématurément (n=38)	56	26	18
Mères d'enfant né à terme (n=45)	68	14	18

Les variables telles que le sexe, le poids de naissance, l'âge gestationnel, la durée de ventilation et d'hospitalisation étaient contrôlées.

En comparant les résultats de l'analyse sur l'attachement maternel (WMCI) et l'analyse des sept items de la méthode PCERA on remarque qu'ils sont liés de façon significative. C'est-à-dire que les items positifs du test PCERA ayant une note de 5 seront en lien avec un attachement maternel équilibré alors que les items négatifs tel que « désorganisation dyadique et tensions » auront une note de 5 dans l'attachement de type déformé ou désengagé.

Les mères ayant une représentation de l'attachement estimée comme désengagée différaient de manière significative des mères ayant des représentations équilibrées dans 4 des 7 items de la méthode PCERA.

Les représentations de l'attachement estimées comme déformées n'étaient significativement pas liées aux items « affects positifs de l'enfant » ni à « qualité de l'enfant à jouer et à porter de l'attention » ni à « désorganisation dyadique et tensions ».

1.2.4. Conclusions des auteurs

Les auteurs soulignent que l'attachement maternel est lié à plusieurs éléments dans le comportement des interactions mère-enfant chez les prématurés et les enfants nés à terme. L'attachement maternel équilibré est lié à une bonne qualité d'interaction dyadique à six et 12 mois d'âge corrigé sans différence entre les enfants prématurés et les enfants à terme.

L'étude montre que l'attachement maternel déformé était plus fortement lié à des problèmes d'interaction mère-enfant que dans l'attachement désengagé. Cette étude permet de constater que la prématurité n'a pas d'incidence sur l'association entre l'attachement maternel et les interactions mère-enfant. Le niveau socio-économique, les antécédents et la disponibilité de la famille dans l'unité de soins néonatale peuvent expliquer la bonne qualité dans la relation mère-enfant prématuré.

Dans ce groupe d'étude finlandais, le lien mère-enfant ne semble pas affecté suite à une naissance prématurée.

L'attachement maternel est fortement lié au comportement maternel lors des soins donnés à son nouveau-né tant chez le prématuré que chez l'enfant à terme.

Les caractéristiques propres de l'enfant comme son tempérament ou son immaturité peuvent influencer les représentations d'attachement maternel.

Des résultats antérieurs montrent que malgré une bonne qualité d'interaction, l'enfant prématuré présente des déficits au niveau de l'attention et du jeu et ceci accentuent les craintes que peuvent avoir ces mères pour la sécurité et la santé de leur enfant. Les professionnels de santé doivent donc être attentifs aux relations qu'entretiennent les mères avec leur enfant prématuré pour que celui-ci ait un bon développement socio-affectif.

D'après les résultats de l'étude, les mères ayant un attachement non-équilibré ont un score élevé au niveau de l'item « désorganisation dyadique et tensions » comparé aux mères ayant un attachement dit équilibré. Ceci permet de constater que des expériences subjectives positives de mères avec leur enfant augmentent la qualité du dialogue et une réciprocité entre eux. Les mères caractérisées comme désengagées étaient plus distantes mais ceci pourrait être moins nocif dans la relation mère-enfant qu'une relation incohérente contradictoire que l'on retrouve dans les représentations déformées.

Les auteurs décrivent des limites à leur étude.

Tout d'abord le petit groupe d'étude a pu entraîner une absence de cas extrême de représentation désengagée ayant un haut niveau d'indifférence.

Seule la démonstration de l'association entre les représentations de l'attachement maternel et l'interaction mère-enfant a été faite, on ne peut conclure sur une relation de cause à effet.

Ils affirment la présence d'un biais de sélection dans le groupe témoin pouvant être orienté vers le bon fonctionnement des familles mais aucune différence ne se retrouve dans les différentes structures familiales.

En conclusion, d'après les auteurs, lors d'interactions mère-enfant, les représentations maternelles influencent directement l'enfant. L'évaluation combinée de l'interaction mère-enfant et de l'attachement maternel fournit des informations qualitatives sur le processus à l'origine du développement de l'attachement entre le nouveau-né et sa mère.

La relation mère-enfant prématuré est une organisation complexe et dynamique qui est influencée par différents facteurs tant du côté de la mère que de celui de l'enfant qui ont le potentiel de réduire l'impact de la prématurité.

1.3. Description de l'étude de J. Laganière, R. Tessier et L. Nadeau : « Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles », 2003

1.3.1. Présentation et objectif de l'étude

Cet article (12) est basé sur une étude rétrospective cas-témoin multicentrique. Il a été publié en 2003 dans la revue *Enfance*.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le lien entre une naissance prématurée et la relation d'attachement de l'enfant à sa figure maternelle en tenant compte de la variable médiatrice des perceptions maternelles et de la variable modératrice qui est le contexte familial, le tout comparé à un groupe d'enfants nés à terme.

1.3.2. Population et méthodes

1.3.2.1. Hypothèses

Suite à un accouchement prématuré une relation d'attachement insécurisé chez l'enfant se formerait. Une seconde hypothèse est émise par les auteurs. Le risque lié au milieu familial peut être doublement important quand le risque biologique, chez l'enfant prématuré, est élevé.

1.3.2.2. Population étudiée

Le groupe d'enfants nés prématurés, représentant les cas, est formé de 65 dyades mère-enfant et a été divisé en deux sous-groupes selon le niveau de risque néonatal. 31 nouveau-nés prématurés font partie du groupe à faible risque et 34 nouveau-nés prématurés font partie du groupe à haut risque. La séparation s'est faite sur la base de l'Index Médical Néonatal (IMN) de Korner (1993) (19).

Le groupe témoin d'enfants nés à terme est formé de 26 dyades mère-enfant.

Les informations ont été recherchées dans les dossiers médicaux des patients.

1.3.2.3. Critères d'inclusion pour les cas

- Poids de naissance inférieur à 2500 g
- Âge gestationnel inférieur à 37 SA

1.3.2.4. Critère d'exclusion pour les témoins

Enfants nés à terme ayant des problèmes de santé à la naissance.

1.3.2.5. Critères d'inclusion pour les cas et les témoins

- Enfants nés dans la région de Québec entre octobre 1992 et septembre 1993
- Mères d'origine caucasienne devant parler français

1.3.2.6. Critères d'exclusion pour les cas et les témoins

- Naissance gémellaire, si les deux enfants survivent
- Un diagnostic de trisomie 21 ou 17
- Syndrome d'alcoolisme fœtal
- Anomalie du tube neural ou malformation congénitale.

1.3.2.7. Critères de jugement

Cette étude présente trois critères de jugements principaux : en premier lieu l'évaluation de l'attachement de l'enfant à sa mère, en second l'évaluation de la perception maternelle, puis en troisième la mesure du risque contextuel familial.

1.3.2.8. Méthodes

Tout d'abord, les auteurs ont divisé le groupe d'enfants nés prématurément en deux à l'aide de l'IMN. Cet index permet de prédire le développement cognitif, moteur et mental des prématurés ayant un faible poids de naissance.

Le risque néonatal est donc classé en cinq niveaux en utilisant les critères du poids à la naissance, du besoin et de la durée de ventilation assistée ainsi que de la survenue de complications. Les prématurés à faible risque ont eu un score entre 1 ou 2. Cela signifie que leur poids de naissance était supérieur à 1000 g et que la ventilation assistée n'était plus nécessaire après 48 heures. Les prématurés à haut risque ont eu un score entre 3 et 5, eux ont eu une ventilation assistée pendant plus de 48 heures et / ou des complications sont apparues au cours de leur séjour.

L'analyse de l'attachement de l'enfant à sa mère a été faite à l'aide de la méthode du Tri-de-Cartes d'attachement de Waters (1995) (20). Cette méthode permet d'évaluer la qualité de la relation d'attachement de l'enfant à sa mère en milieu familial (la façon dont l'enfant obéit à sa mère, comment il s'occupe dans le quotidien, la recherche de contacts physiques, les réactions suite à la présence d'étrangers à la maison, etc.). Un complément d'analyse est fait par le passage à domicile d'évaluatrices. Pour rendre les résultats plus fiables, 35 % des analyses ont été faites par deux personnes différentes.

L'analyse des perceptions maternelles a été réalisée à l'aide de l'Index de Stress Parental (ISP) d'Abidin (1983) formé de multiples items qui permettent de mesurer l'évaluation par la mère des difficultés dues aux caractéristiques de son enfant (21). Un score final ressort suite à cette analyse ; s'il est élevé, il reflète un degré de difficulté plus grand.

Et enfin la mesure du risque contextuel a été faite à l'aide de l'indice d'adversité familiale de Vitaro, Tremblay & Gagnon (1992) qui est constitué de variables telles que le statut marital, le niveau de scolarité des parents, l'âge des parents au moment de la naissance de l'enfant et leur situation professionnelle (22).

Le tout a été analysé à l'aide de films lors de séances de jeux mère-enfant, d'entrevues semi-directives et de questionnaires pour les perceptions maternelles lorsque l'enfant avait 16 mois (d'âge corrigé pour les enfants nés prématurément).

1.3.3. Résultats

D'après les auteurs, les groupes se différencient sur certaines variables sociodémographiques telles que le revenu familial. Or, les analyses montrent qu'aucune de ces variables n'altère l'évaluation à l'aide de la méthode de Tri-de-Cartes d'attachement.

Les auteurs, suite à leurs analyses, soutiennent que les enfants nés prématurément ont un attachement significativement moins sécurisant que les enfants nés à terme. Les bébés prématurés à haut risque néonatal sont ceux qui présentent un attachement le moins sécurisant.

Ensuite, ils décrivent que les perceptions maternelles positives de leur nouveau-né entraînent un attachement plus sécurisé de leur enfant, qu'il soit prématuré ou né à terme. Un attachement plus grand de la part de l'enfant est associé à moins de difficultés perçues par la mère.

Enfin, le risque contextuel de l'adversité familiale n'a pas dévoilé d'interactions dans l'attachement en cas de prématurité. Les aspects négatifs d'une famille tels que la monoparentalité, une faible scolarité ou encore le jeune âge de la mère n'entrent pas en compte dans l'attachement de l'enfant suite à cette étude.

1.3.4. Conclusion des auteurs

Les résultats trouvés grâce à cette analyse vont dans le sens de plusieurs études faites précédemment. La prématurité est un risque pour l'enfant né d'avoir un attachement insécurisant vis-à-vis de sa figure maternante et donc que ceci entraîne des difficultés de développement socio-émotif.

Les auteurs proposent quelques hypothèses qui permettent d'expliquer pourquoi les prématurés, particulièrement ceux à haut risque, développent une relation d'attachement insécurisante.

Tout d'abord la mère doit être capable de reconnaître, d'interpréter et de répondre de manière adéquate aux besoins de l'enfant permettant d'effectuer des échanges gratifiant pour l'un comme pour l'autre. L'enfant prématuré, quant à lui, est caractérisé comme plus difficile à comprendre, plus passif, plus maussade et plus difficile à consoler et ayant des difficultés attentionnelles. Tout ceci peut représenter une source de freins pour l'expression de la sensibilité de la mère. Ces mères peuvent donc avoir spontanément des conduites compensatoires qui permettent de diminuer les difficultés de l'enfant en ayant des conduites structurantes. Cela favorise et entraîne le développement d'interactions non optimales, la mère étant l'initiatrice et l'enfant jouant le rôle de récepteur. Cette manière d'agir empêcherait l'enfant d'être un partenaire actif propre à une relation d'attachement sécurisé.

La seconde hypothèse des auteurs est que l'utilisation de la méthode du Tri-de-Cartes est plus adaptée à l'âge de l'enfant au moment de l'analyse que la méthode de la « Situation Étrangère ». Cette méthode permet d'observer des difficultés dans l'évolution de la relation d'attachement à l'aide d'indices comportementaux qui ne pourraient être interprétés si l'on utilisait la méthode de la « Situation Étrangère » à 14 mois. Elle permet donc d'obtenir des informations valides sur la sécurité de l'attachement malgré le fait que cette relation soit encore au simple état d'ébauche. Les auteurs suggèrent d'effectuer des travaux supplémentaires qui reproduisent ces résultats avec un plus grand nombre de participants à l'étude pour augmenter la puissance statistique de ces résultats.

Au niveau des perceptions maternelles, les enfants prématurés sont une source de stress pour leurs mères car ils sont considérés comme ayant des difficultés à s'adapter aux changements et étant plus distraits, exigeants et de plus étant d'humeur plus difficile. Les perceptions, que l'enfant soit prématuré ou non, jouent un rôle de « filtre » dans l'établissement de la relation.

Par conséquent, les perceptions qui ont tendances à être plus négatives entraîneront des relations non-optimales. Ceci pourrait nous orienter sur une planification de programmes d'interventions. La perception maternelle peut être une cible déterminante dans un programme visant à influencer l'évolution de la relation d'attachement de l'enfant prématuré et sa mère.

1.4. Description de l'étude de I. H. Ravn, L. Smith, R. Lindemann, N. A. Smeby, N. M. Kyno, E. H. Bunch et L. Sandvik : « Effect of early intervention on social interaction between mothers and preterm infants at 12 months of age: A randomized controlled trial », novembre 2010

1.4.1 Présentation et objectif de l'étude

Cet article (13) est basé sur une étude unicentrique contrôlée et randomisée en simple aveugle. Il a été reçu le 23 février 2010 et accepté le 26 novembre 2010 par la revue *Infant Behavior & Development*.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'une méthode utilisant un programme d'interactions précoces entre une mère et son enfant lors d'un accouchement prématuré et par la suite de savoir si cette méthode a un impact sur les interactions sociales au 12 mois d'âge corrigé de l'enfant.

1.4.2. Population et méthodes

1.4.2.1. Hypothèses

Les auteurs fournissent deux hypothèses à leur étude. Tout d'abord ils projettent que leur méthode d'interactions précoces a un effet positif sur les interactions sociales entre une mère et son enfant prématuré à moyen terme. Puis ils supposent que cette méthode serait probablement plus adaptée aux mères primipares (qui ont eu leur premier enfant prématuré né vivant).

1.4.2.2. Population étudiée

La sélection d'enfants nés prématurément a été faite entre janvier 2005 et décembre 2006. Durant cette période, 424 enfants étaient nés prématurément. Seuls 118 prématurés avaient les critères d'inclusion nécessaires et ont donc pu faire partie de l'étude en étant randomisés en deux groupes distincts. Le premier groupe est formé des dyades mère-enfant prématuré allant bénéficier de la méthode d'interventions précoces qui sont au nombre de 61. Le second formera le groupe contrôle au nombre de 57 dyades.

Il y aura cinq dyades exclues au cours de l'étude dans le groupe « interventions » et dix perdues de vue. Dans le groupe contrôle, il y aura une dyade exclue au cours de l'étude et neuf perdues du vue. Au final, nous avons 46 dyades formant le groupe « interventions » et 47 dyades formant le groupe contrôle. Les deux groupes ont généralement été bien appariés sur les caractéristiques démographiques et cliniques, seules les mères du groupe « interventions » ont eu significativement moins de césariennes pour cet accouchement.

1.4.2.3. Sous-population

Les auteurs ont voulu comparer les mères primipares des multipares provenant de la population initiale. Une analyse comparative a été faite sur ces deux groupes.

Tout d'abord un groupe formé uniquement des mères primipares et de leur enfant né prématuré. Ce groupe est scindé en 33 dyades formant le groupe « interventions » et 36 dyades formant le groupe contrôle.

Puis l'autre groupe formé uniquement de mères ayant déjà accouché antérieurement et de leur enfant né prématuré. Ce groupe est scindé en 13 dyades formant le groupe « interventions » et 11 dyades formant le groupe contrôle.

1.4.2.4. Critères d'inclusion des mères participant à l'étude

Parler, lire et écrire en norvégien.

1.4.2.5. Critères d'exclusion des mères participant à l'étude

- Antécédent d'alcoolisme ou toxicomanie
- Problèmes psychiatriques sévères

1.4.2.6. Critères d'inclusion des nouveau-nés prématurés

- Nés dans un hôpital de Norvège, niveau 3 entre janvier 2005 et décembre 2006
- Nés entre ≥ 30 SA et ≤ 36 SA
- Hospitalisation d'au moins huit jours

1.4.2.7. Critères d'exclusion des nouveau-nés prématurés

- Atteints d'anomalies congénitales
- Atteints de séquelles neurologiques
- Atteints d'une perte de l'audition suite aux résultats des tests d'audition effectués sur tous les enfants
- Atteints d'anomalies chromosomiques

1.4.2.8. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est de savoir si la méthode d'interventions précoces améliore ou non les interactions sociales entre une mère et son enfant prématuré à 12 mois d'âge corrigé. Une variable a été soulevée par les auteurs ayant permis de décrire un critère de jugement secondaire : celui de savoir si cette méthode aurait plus d'effet sur les mères primipares ou chez les multipares.

1.4.2.9. Méthodes

Les interactions précoces entre la mère et son enfant prématuré sont basées sur un programme d'intervention « Mother Infant Transaction Program » (MITP) de 11 séances d'une heure chacune (23). Les objectifs de cette méthode sont d'aider les parents, entre autres les mères, à apprécier les caractéristiques spécifiques de leur enfant (son tempérament, ses capacités à se développer), à être plus attentives aux signaux physiologiques et sociaux de ce dernier et de ne pas surcharger leurs gestes de stimuli néfastes pour leur nouveau-né prématuré.

Dix puéricultrices ont été formées par un psychologue spécialiste de la méthode. Chacune de ces puéricultrices a effectué avec chacune des dyades faisant partie du groupe « interventions » sept séances de MITP durant la semaine d'hospitalisation de la mère et quatre séances faites au domicile des parents au courant des trois premiers mois de vie de l'enfant.

L'observation des interactions mère-enfant prématuré a été faite à l'aide d'analyses de vidéos dont le contenu était des sessions de jeu faite dans un laboratoire de l'hôpital au 12 mois d'âge corrigé de l'enfant, neuf mois après la fin du programme MITP. Les mères ont eu l'instruction de ne pas exposer leur appartenance à un groupe.

Les périodes de jeu ont été évaluées par des personnes agréées selon la méthode d'évaluation qualitative de l'interaction parent-enfant entre trois et 15 mois (QRPCI Qualitative Ratings for Parent-Child Interaction at 3-15 months of age »). Cette méthode est formée de sept items s'intéressant au comportement maternel et cinq items sur celui de l'enfant, tous cotés entre 1 et 5.

Les items maternels sont la sensibilité et la réactivité/réceptivité, l'intrusion, le détachement/désengagement, les regards/affects positifs, les regards/affects négatifs, l'animation et la stimulation au développement.

Les items de l'enfant sont l'humeur positive, l'humeur négative, l'activité, l'attention soutenue et la réciprocité dyadique. Suite à une analyse statistique, seuls les items sensibilité et réactivité/réceptivité, intrusion et stimulation au développement pour la mère, et les items humeur positive, humeur négative et réciprocité dyadique pour l'enfant sont maintenus pour le reste de l'étude, car ce sont les seuls items pertinents.

Environ 20 % de toutes les interactions ont été choisies au hasard et ont été doublement codées par trois évaluateurs formés, le tout en aveugle.

1.4.2.10. Éthique

L'étude a été approuvée par le comité régional d'éthique pour la recherche médicale. Les auteurs, suite à une information éclairée de l'étude, ont obtenu un consentement de participation signé de la part des mères.

1.4.3. Résultats

Les auteurs remarquent, suite à l'analyse des vidéos montrant l'interaction mère-enfant prématuré à 12 mois d'âge corrigé dans les deux groupes, que les mères du groupe « interventions » ont un score significativement plus élevé sur la sensibilité/réactivité, $p=0.048$ ($p < 0.05$ = statistiquement significatif). Les valeurs sont significativement limitées concernant l'intrusion maternel ($p=0.06$), l'humeur positive de l'enfant ($p=0.068$) et la réciprocité dyadique ($p=0.064$).

Concernant l'analyse de la sous-population entre les mères primipares et les mères multipares, nous retrouvons des différences significatives entre le groupe « interventions » et le groupe contrôle seulement dans le groupe des mères primipares. Les différences sont remarquables au niveau des items de la sensibilité, de l'humeur positive, de l'humeur négative et de la réciprocité dyadique, tous en faveur du groupe « interventions ».

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans l'autre sous-population de mères multipares entre le groupe « interventions » et le groupe contrôle.

1.4.4. Conclusions des auteurs

Les auteurs remarquent l'effet positif de la méthode MITP sur la sensibilité et la réceptivité maternelle à l'égard de leur enfant prématuré à 12 mois d'âge corrigé suite à l'obtention de résultats statistiquement significatifs. L'utilisation de cette méthode pourrait contribuer à une meilleure issue développementale chez les nourrissons prématurés. Plusieurs études ont démontré l'effet positif de cette méthode d'interventions précoces (Newnham & *al.* en 2009 (23), Olafsen & *al.* en 2006 (24) et Magill-Evans & Harrison en 1999 (25)).

L'étude en sous-population a permis de démontrer que le fait d'être une mère pour la première fois serait un médiateur facilitant le processus d'intervention et renforcerait les effets de la méthode MITP sur la qualité de l'interaction mère-enfant prématuré. Pour les auteurs, le fait d'être une mère primipare entraînerait un faible niveau de confiance de leur part, elles auraient moins de compétences, seraient moins préparées à la parentalité et pourraient donc être plus motivées par une aide professionnelle comparativement aux mères multipares, plus expérimentées. Les auteurs supposent que les primipares auraient plus de temps à consacrer aux interactions avec leur enfant prématuré, et du fait de leur manque d'expérience vis-à-vis de la parentalité, elles seraient plus à même de modifier leur comportement.

Ils remarquent aussi que la sous-population mères expérimentées est de trop faible puissance (n= 11 du groupe contrôle et n=13 du groupe « interventions ») et que ces deux groupes sont mal appariés au niveau des caractéristiques cliniques et démographiques et pourrait donc modifier fortement les résultats obtenus.

Ravn *et al.* (13) conseillent une stratégie d'intervention différente pour chacun des groupes, basée sur le critère de la parité.

Les auteurs décrivent les points forts de cet article. Ce dernier est basé sur une étude randomisée et contrôlée et les variables étudiées sont des données observables et non une simple analyse de questionnaires remplis par les parents, cela diminue les biais que peut engendrer cette méthode.

Les auteurs affirment que des biais d'attrition ont pu affecter les groupes et que les données doivent être interprétées avec prudence, surtout si nous voulons en tirer des conclusions.

D'autres études sont nécessaires pour connaître l'impact à long terme de cette méthode d'interventions précoces dans les relations mère-enfant prématuré et pour cibler au mieux les familles les plus nécessiteuses.

2. Analyse du contenu de trois entretiens

Plusieurs hypothèses ont pu être soulevées suite à l'analyse des quatre articles scientifiques précédents. Chaque hypothèse va être mise en lien avec les extraits de témoignages.

2.1. Hypothèse 1 : les mères ayant accouché prématurément ont plus de craintes sur l'avenir de leur nourrisson et sur sa sécurité.

M^{me} S. : « La première question que je me suis posée c'est de me demander est-ce qu'il sera normal, est-ce qu'il ne va pas avoir des séquelles mentales ? »

« C'est surtout par rapport au fait qu'il ait des séquelles, là je me posais beaucoup de questions et même si on me disait que non, à priori qu'il allait bien, qu'il se développait normalement, que les EEG (électroencéphalogrammes) étaient normaux etc., j'avais quand même un doute. C'est qu'après l'avoir emmené à la maison que je voyais qu'il grossissait. »

« Ma crainte était toujours qu'il ne grossisse pas et qu'on me dise que je ne pouvais pas le garder. »

M^{me} B. : « Pour moi déjà c'était le handicap, ceci m'a toujours fait peur comme je travaille dans ce milieu. Je n'y ai pas échappé, Jarod est un enfant IMC, ceci est donc une Infirmité Motrice Cérébrale, qu'on appelle plutôt maintenant paralysie cérébrale. »

« On vivait au jour le jour par rapport à tout cela. Pendant deux ans on vit au jour le jour par rapport à l'évolution de son bébé. Jarod est resté bébé un an, j'ai eu un bébé pendant quasiment un an, c'est tout petit. J'ai occulté le fait qu'il ne grandisse pas comme les autres, je me référais toujours parce qu'il est né trop tôt. »

M^{me} M. : « C'est vrai que c'est le côté "au jour le jour" qui est un peu horrible à vivre. »

« Sur le coup on pense au bébé, on ne sait pas si il va avoir des séquelles ou pas, est-ce que l'accouchement prématuré va lui permettre de survivre. Est-ce qu'il va être en bonne santé ou pas, quand vous voyez votre bébé intubé, c'est le ressenti immédiat. »

« Quand on voit qu'il va bien, on est rassuré. Mais c'est vrai qu'il y a toujours ce doute qui se met en place, même encore aujourd'hui, il faut essayer de s'abstenir de penser aux risques de séquelles et autres, ça c'est sûr. »

« Et puis, c'était à 34 semaines, elle avait 2400 g, elle n'avait pas du tout la même patate, mais j'ai ressenti beaucoup plus d'angoisse avec elle qu'avec Jean, mais je pense que c'est très personnel. »

2.2. Hypothèse 2 : la primiparité est un médiateur positif dans la relation mère-enfant.

M^{me} S. : « Moi j'avais vraiment l'impression de me comporter comme avec tous les autres et pas de manière plus protectrice, pas du tout. »

M^{me} B. : « Il y avait une différence, moi je trouve que le lien est très fort, beaucoup plus qu'avec les trois autres, maintenant ce que je dis c'est peut-être parce que c'est un petit garçon. Si ça avait été une fille j'aurais peut-être pu vous le dire plus facilement parce que j'avais la référence avec mes trois autres. »

« Il y a une association à Haute-pierre qui s'est créée, je me rends compte que pour la plupart c'est leur premier, je me dis qu'elles avaient que « Le » bébé, moi il y en avait trois avant, il fallait que j'arrive à gérer tout cela, c'était difficile. Après je me dis que si c'était mon premier, c'est clair et net que j'en aurais jamais eu d'autres. »

M^{me} M. : « Mais la première fois c'est vraiment traumatisant parce qu'on ne s'attend pas à ce qu'on puisse être loin de son bébé. Manon est juste restée deux nuits en soins intensifs. Elle est de suite redescendue avec moi dans la chambre. Mais le traumatisme est beaucoup plus important que Jean qui est resté un mois. Je pense qu'il y a cette notion là aussi de vécu. »

2.3. Hypothèse 3 : une grande culpabilité de la part des mères fait suite à leur accouchement prématuré.

M^{me} S. : « C'est comme une sorte de culpabilité. C'était ma faute si cet enfant est né prématuré, c'était ma faute si maintenant j'en étais là et que si cet enfant n'était pas normal ce serait ma faute... Surtout que j'avais une sœur qui était handicapée mentale qui est morte quand je suis tombée enceinte. J'avais tout ça qui me revenait en tête, c'était compliqué. Vis-à-vis d'André¹ j'avais peur qu'après il me dise "ben tu vois cet enfant si il a des séquelles mentales, c'est de ta faute !" »

« C'est surtout une culpabilité et on n'ose pas le dire. On n'ose pas s'exprimer, on n'ose pas parler, on ne sait pas comment exprimer sa souffrance. »

M^{me} B. : « Moi, ma culpabilité, c'est que je n'ai pas dit au revoir à mon bébé. [...] quand il a quitté mon ventre, tout était dans l'urgence. Je ne lui ai pas dit qu'on allait se retrouver après, je n'ai pas pu le faire. »

« La question qu'on m'a posé quand j'ai accouché c'est si je me sentais coupable de ça, jamais je ne me suis sentie coupable d'avoir accouchée avant l'heure, j'ai toujours dit que c'est la faute d'Haute-pierre², ils m'ont fait un curetage, si ils ne me l'avaient pas fait, mon petit œuf se serait implanté correctement, je pense qu'il n'avait pas assez de matière pour se mettre. Pour moi non, j'ai fait ce qu'il fallait, je n'ai jamais culpabilisé par rapport à cette naissance, Jamais ! »

2.4. Hypothèse 4 : le lien mère-enfant et l'attachement qui s'en suit ne semble pas être altérés suite à un accouchement prématuré.

M^{me} S. : « On a peur que l'enfant ne nous reconnaisse pas, qu'il ne reconnaisse pas notre odeur, notre regard, notre sourire, la voix. C'est pour ça que je voulais aller le voir souvent mais ce n'est pas possible tout le temps puisque c'est des services qui sont très surveillés donc on ne peut pas y aller à n'importe quelle heure³. »

¹ Son mari

² Hôpital de Strasbourg où Mme B. a accouché

³ Accouchement en 1998 à l'hôpital Cochin, Paris

« J'ai l'impression qu'en fait, les liens qui n'ont pas été faits les premiers jours ont été décisifs dans ce relationnel qui n'a pas été complet. Il y a quelque chose qui ne s'est pas fait normalement. »

« Je ne pense pas que ça ait vraiment altéré les liens avec Tristan, parce que les liens je les ai recréés après. Je crois que l'enfant a une capacité énorme, j'ai eu l'impression qu'on s'est rapprochés très rapidement, que le lien s'est refait de manière instinctive. »

« J'avais peur que l'attachement ne se fasse pas entre nous, qu'il ne me reconnaisse pas. Quand le lien s'est fait, c'était tout de suite quelque chose de très fort ! Un enfant c'est malléable, on peut tout faire avec. »

M^{me} B. : « Et cette question qui m'a beaucoup hantée : est-ce que je vais aimer mon bébé ? Quel va être le contact que je vais avoir ? Comment on va créer des liens ? »

« Je me demandais comment j'allais faire pour l'aimer parce que je me suis toujours posé cette question "est-ce que je vais aimer mon bébé ?". Quand on vous le pose sur le ventre, c'est magique, il n'y a rien de plus beau, c'est cet instant là qui est tellement extraordinaire et là, vous n'avez pas tout ça⁴. »

« Maintenant, le lien que j'ai avec mon enfant, c'est mon seul et unique garçon, on dit toujours qu'une maman avec son garçon c'est différent qu'une maman avec ses filles, je pense que oui et ce lien est très fort parce qu'on dort encore ensemble, on a jamais été séparés depuis qu'on est revenus de Haute-pierre⁵. »

« La souffrance, elle, passait après, il fallait que je me batte, moi, cela passe après. Il fallait que je le vois parce que j'avais tellement peur qu'il n'y avait pas ce lien, ce contact, de me dire si je vais l'aimer. »

« Ce lien je trouve qu'il est beaucoup plus fort, beaucoup plus puissant. »

M^{me} M. : « Enfin le fait de l'avoir vécu deux fois, et pourtant c'était beaucoup plus *light* avec Manon, je l'ai vécu de façon beaucoup plus zen avec Jean. Beaucoup, beaucoup moins angoissée. »

⁴ Accouchement par césarienne à 30 SA.

⁵ L'enfant a actuellement 3 ans.

DISCUSSION

Notre objectif est de savoir si la prématurité a une influence sur le lien mère-enfant. Afin d'y parvenir, nous allons reprendre les différents articles en commentant leur contenu. Pour faciliter la compréhension de notre travail, ces articles seront nommés, par la suite, « articles principaux » (10–13).

Puis nous les mettrons en relation avec d'autres publications existant sur le sujet. Enfin, nous établirons des liens entre les entretiens effectués et d'autres écrits sur ce thème.

1. Analyse critique des articles

1.1. Analyse critique de l'étude de R. Korja *et al.* : « The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years », octobre 2011

Le titre de cet article n'est pas complet. Il reflète bien le contenu qui va s'en suivre, cependant il faudrait préciser qu'il s'agit d'une méta-analyse.

Les auteurs de cet article semblent être connus et donc posséder leur sujet car nous retrouvons dans la bibliographie deux articles scientifiques de R. Korja. Bien d'autres articles sur ce sujet sont publiés par cet auteur.

Une méta-analyse sur le thème de l'attachement mère-enfant prématuré permet de faire le point sur plusieurs paramètres pouvant être étudiés séparément.

Une méta-analyse a un niveau de preuve scientifique élevé (niveau 1) (annexe V : Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations).

La forme de l'article n'est pas tout à fait correcte. Certes, la structure classique IMRAD y est mais la description des populations est précisée dans les résultats et non pas dans la partie matériels et méthodes comme cela devrait paraître.

Sur les 29 études, seules trois études portent sur l'attachement maternel. Par conséquent, cet item n'est pas analysable (en concluent les auteurs).

Comme le décrivent les auteurs, cette méta-analyse porte sur un thème global avec plusieurs types de méthodes dans chaque étude. Cette différence entraîne des biais de mesure.

Le choix des articles provoque des biais de sélection. Le fait de sélectionner uniquement les articles de langue anglaise peut restreindre le nombre d'articles pouvant être inclus dans cette étude.

Dans les 18 études concernant l'interaction mère-enfant prématuré, un groupe témoin d'enfants nés à terme est inclus dans chacune d'elles en comparaison avec le groupe d'enfants prématurés observé.

Dans les huit études concernant l'attachement de l'enfant, seules quatre études possèdent un groupe témoin d'enfants nés à terme.

Par conséquent, sans groupe contrôle, des biais de confusion se créent et l'analyse n'est plus pertinente.

Les méthodes d'analyse de l'interaction mère-enfant diffèrent entre chaque étude, entraînant des biais d'évaluation. Cela rend difficile d'émettre une conclusion significative.

Les auteurs précisent que cette méta-analyse possède des limites. De nombreux biais sont présents. La pertinence de cette étude est donc faible.

En conclusion, cette étude permet de s'orienter sur la nécessité d'interactions précoces, lors d'accouchement prématuré, entre la mère et son nouveau-né. Cependant, ces résultats ne permettent pas de savoir avec certitude s'il y aura une altération du lien entre la mère et son enfant à long terme, malgré les conclusions positives des auteurs.

1.2. Analyse critique de l'étude de R. Korja *et al.* : « Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full term infants », mars 2010

Le titre de l'article n'est pas complet. Il est nécessaire d'y voir apparaître le type d'étude faite pour la réalisation de ce dernier. Malgré cela, la phrase du titre reflète bien son contenu.

Dans les références bibliographiques, nous retrouvons à deux reprises des articles de R. Korja qui est l'une des auteurs de cet article. Nous supposons qu'elle connaît bien le sujet.

Étant une étude cas-témoin rétrospective, le niveau de preuve de cet article est de niveau trois, ceci relève un faible niveau de preuve scientifique (annexe V : Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations).

De plus, cette étude est unicentrique, rendant le niveau de preuve encore plus faible. Une étude sur la représentation de l'attachement maternel et la relation mère-enfant ne peut être faite différemment, seule une étude de cohorte prospective aurait été judicieuse mais la faisabilité en termes de coût et de durée n'est pas envisageable. Une comparaison est nécessaire avec un groupe témoin qui est ici constitué d'enfants nés à terme. Ce critère permet de savoir si l'enfant prématuré peut être pris en charge comme un enfant né à terme.

Des biais de sélection ont pu se former dans la population de cas comme dans celle des témoins. Nous en décelons au niveau du cercle familial (bon fonctionnement familial), ce que les auteurs approuvent dans leur discussion.

Les deux populations étudiées sont bien décrites dans cet article, les critères d'inclusions sont précisés et les critères d'exclusion sont déductibles de l'analyse. Les perdus de vue sont clairement énoncés et argumentés.

Les biais de mesure ont été limités car un certain pourcentage de la population a été étudié par deux scientifiques différents.

Le nombre de cas et de témoins dans chaque population est bien décrit mais nous ne retrouvons pas d'analyses statistiques montrant le calcul du nombre de sujets nécessaires pour aboutir à un résultat probant dans cette étude cas-témoins.

De plus, cet article a une faible puissance du fait du faible échantillon formant les deux populations. Les auteurs eux-mêmes décrivent un trop petit groupe d'étude ayant entraîné un manque de puissance et donc d'évaluation bénéfique à nos réponses attendues.

L'analyse des résultats entre la classification WMCI⁶ et les items de la méthode PCERA⁷ sont en grande majorité statistiquement significatifs ($p < 0.05$ ou $p < 0.01$).

Les conclusions des auteurs concordent avec les connaissances de la littérature. Le risque d'un attachement non-équilibré est identique dans la population d'enfants nés prématurément en comparaison avec des enfants nés à terme. Cependant, il faut tout de même instaurer des interactions précoces entre la mère et son enfant dès la séparation de l'enfant d'avec sa mère.

Les résultats de cette étude sont rassurants mais il faut tout de même savoir que la puissance de l'étude est faible et que plusieurs biais ont été retrouvés. D'autres études concordent avec les résultats donnés par ces auteurs.

Cette étude confirme, tout comme la méta-analyse de Rikka Korja *et al.* (10) la nécessité de promouvoir les interactions précoces mère-enfant lors d'accouchements prématurés.

⁶ WMCI= the « Working Model of Child Interview coding system », méthode classant l'attachement maternel en équilibré, désengagé ou déformé.

⁷ PCERA= the « Parent-Child Early Relational Assessment », méthode analysant le comportement maternel et infantile lors d'interactions mère-enfant.

1.3. Analyse critique de l'étude de J. Laganière et al. : « Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles », 2003

Le titre de l'article reflète bien son contenu mais nous ne retrouvons pas le type d'étude réalisé.

Nous retrouvons J. Laganière et R. Tessier, deux auteurs de cet article, dans les références bibliographiques. Le sujet abordé ne leur est donc pas inconnu.

Une étude cas-témoin rétrospective a un niveau de preuve scientifique faible (annexe V : Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations), mais étant une étude s'étendant sur la région de Québec, son caractère multicentrique diminue le nombre de biais.

Des biais de sélection apparaissent dans le choix des cas et des témoins car l'échantillonnage n'était pas aléatoire. Cela aurait augmenté le niveau de preuve de cette étude.

Les populations sont bien décrites, les critères d'inclusion et d'exclusion étant bien notifiés.

Le nombre de cas dans chaque population est donné. Le calcul du nombre de sujets nécessaires n'est pas retrouvé dans cet article. De plus, le nombre de témoins est moins important que le nombre de cas.

Des biais d'évaluation peuvent être relevés, se trouvant dans les deux populations étudiées. Nous retrouvons une différence de méthode, au niveau de la mesure de l'attachement de l'enfant, entre les différents articles voulant évaluer ce critère. La méthode du Tri-de-Cartes a été utilisée dans cette étude alors que la méthode principalement utilisée dans les autres études est la « Situation Étrangère ». D'après les auteurs, la méthode du Tri-de-Cartes mesure le contexte d'attachement alors que la méthode de la « Situation Étrangère » évalue les conduites d'attachement.

Les auteurs décrivent eux-mêmes une faible puissance statistique de leur étude et propose de pratiquer des travaux supplémentaires avec un échantillonnage plus important dans leurs études ultérieures.

Les conclusions des auteurs concordent avec les résultats trouvés dans d'autres études menées antérieurement (entre 1981 et 1996).

La prématurité expose les enfants à des difficultés dans leur développement socio-émotif. De plus, la gravité des complications néonatales augmente les probabilités de développer un attachement insécurisant. Mais les auteurs insistent sur le fait que la perception maternelle est un élément important dans l'évolution de la relation d'attachement qui doit être pris en compte dès la naissance.

Les résultats de cette étude semblent péjoratifs du point de vue de l'enfant prématuré mais plusieurs biais ont été décrits, la puissance et le niveau de preuve scientifique sont faibles.

Les conclusions de l'étude nous orientent tout de même vers une instauration d'interventions précoces. Ces dernières permettraient d'influencer les perceptions maternelles et les mères accèderaient à des liens d'attachement plus sécurisant.

1.4. Analyse critique de l'étude d'I. H. Ravn *et al.* : « Effect of early intervention on social interaction between mothers and preterm infants at 12 months of age: A randomized controlled trial », novembre 2010

Le titre de l'article semble complet. Les auteurs précisent le type d'étude faite pour obtenir les résultats souhaités. Une précision peut être ajoutée. L'étude est exécutée en simple aveugle et non en double aveugle. Cet ajout a un rôle important dans la preuve scientifique de l'étude et ses résultats.

Après analyse de la bibliographie, nous ne retrouvons aucun des auteurs ayant participé à la création de cet article. Cette absence signifie que les auteurs sont probablement peu connus et qu'ils ont, peut-être, une moindre connaissance du sujet.

Étant une étude randomisée, contrôlée en simple aveugle, le niveau de preuve scientifique est important. Étant une étude comparative randomisée de faible puissance (nombre d'effectifs insuffisant), son niveau de preuve revient à deux (annexe V : Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations).

Ce type d'étude a un niveau de preuve plus important que les deux études précédentes basées sur des analyses cas-témoins.

N'avoir qu'une étude en simple aveugle diminue l'importance de ses résultats. Dans ce type d'étude, centrée sur l'application d'une méthode ou non, le double aveugle semble impossible.

La sélection de la population étant contrôlée et randomisée diminue fortement les biais de sélection.

Nous noterons tout de même des différences significatives au niveau des caractéristiques cliniques entre les deux groupes étudiés. Le critère le plus important pouvant entraîner une différence dans la prise en charge est le fait d'accoucher par césarienne. 52,2 % des mères du groupe « interventions » ont accouché par césarienne comparé à 74,5 % des mères du groupe contrôle ($p=0.026$). Des biais peuvent apparaître dans les résultats finaux. Les auteurs soulèvent simplement la différence mais n'en tiennent pas compte dans les résultats globaux.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont bien décrits.

Les perdus de vue sont clairement précisés. Cependant, les auteurs décrivent des biais d'attrition car les perdus de vue sont survenus après randomisation.

L'échantillon est resté stable entre l'introduction de la méthode MITP⁸ et les observations aux 12 mois de l'enfant.

Les biais de mesure ont été limités car un certain pourcentage de la population a été étudié par deux scientifiques différents pour que les résultats corroborent.

Diviser la population étudiée en deux sous-populations de mères primipares d'un côté et de multipares d'un autre est une bonne initiative des auteurs. Or, le nombre de sujets est bien trop faible pour pouvoir obtenir des conclusions probantes. Surtout, la sous-population de multipares est minime par rapport à celle des primipares. D'après les auteurs il faudrait d'autres études ciblant les mêmes sous-populations pour espérer pouvoir conclure.

Les auteurs restent dubitatifs sur les conclusions potentielles de cette étude. Malgré cela, plusieurs études basées sur la même méthode d'interventions précoces ont obtenu des résultats similaires à ceux formulés dans cet article.

Cet article conforte l'idée d'intervenir précocement dans la vie d'une mère ayant accouché prématurément. Ces interventions permettent à la mère de s'adapter au comportement spécifique d'un être plus précieux qu'elle n'aurait pu se l'imaginer au cours de sa grossesse.

Nous allons à présent confronter les articles principaux entre eux.

⁸ MITP= « Mother Infant Transaction Program », méthodes d'interventions précoces

2. Apports de la littérature

2.1. Confrontation des articles critiqués

Nous allons tout d'abord comparer plusieurs items et les observations relatifs aux quatre articles principaux étudiés précédemment.

Pour confronter les résultats de ces articles à nos hypothèses, nous avons relevé d'une part les critères définissant la prématurité, et d'autre part les méthodes mises en œuvre pour analyser l'attachement maternel, les interactions mère-enfant et l'attachement de l'enfant.

Premièrement, le critère d'inclusion concernant l'âge gestationnel au moment de la naissance diffère d'une étude à l'autre. Nous retrouvons même des différences au sein d'une d'entre elles (10).

Tableau II : Poids et âge gestationnel à la naissance

Articles	Âge gestationnel (SA)	Poids (grammes)
Article 1 : Korja <i>et al.</i>, 2011 (10)	$25 \leq SA < 37$	$1000 \leq \text{poids} \leq 2500$
Article 2 : Korja <i>et al.</i>, 2010 (11)	< 32	≤ 1500
Article 3 : Laganière <i>et al.</i>, 2003 (12)	< 37	< 2500
Article 4 : Ravn <i>et al.</i>, 2010 (13)	$30 \leq SA \leq 36$	NP

NP : non précisé

Toutefois, toutes incluent la définition première de la prématurité, un âge gestationnel inférieur à 37 SA ou un poids inférieur à 2500 g. Aussi, pour l'objet de notre étude, les écarts dans les critères d'inclusion n'ont pas d'incidence. Donc nos comparaisons entre leurs résultats n'en seront pas altérées.

Concernant les méthodes utilisées afin d'évaluer les différents thèmes, nous constatons également des variations entre elles.

Tableau III : Méthodes d'observation des différents thèmes

Articles	Attachement maternel	Interactions mère-enfant	Attachement de l'enfant
Article 1 : Korja et al., 2011	WMCI ⁹	Différentes méthodes	La Situation ¹⁰ Étrangère
Article 2 : Korja et al., 2010	WMCI	PCERA ¹¹	NÉ
Article 3 : Laganière et al., 2003	NÉ	NÉ	Tri-de-Cartes ¹⁰
Article 4 : Ravn et al., 2010	NÉ	QRPCI ¹²	NÉ

NÉ : Non Étudié dans cet article

Néanmoins, les différents résultats retrouvés peuvent être confrontés car la finalité de chacune de ces méthodes est la même. Chacune d'elle évalue et interprète les observations des différents thèmes. Les méthodes d'observation sont choisies en tenant compte des préférences des auteurs et de la faisabilité au moment de l'étude.

⁹ WMCI= the « Working Model of Child Interview coding system », méthode classant l'attachement maternel en équilibré, désengagé ou déformé.

¹⁰ « Strange Situation Test » et la méthode de « Tri-de-Cartes » sont deux façons de coter l'attachement de l'enfant en tant que sécurisé ou insécurisé.

¹¹ PCERA= the « Parent-Child Early Relational Assessment », méthode analysant le comportement maternel et infantile lors d'interactions mère-enfant.

¹² QRPCI= « Qualitative Ratings for Parent-Child Interaction at 3-15 months of age », méthode analysant le comportement maternel et infantile lors d'interactions mère-enfant.

Les résultats des articles principaux convergent vers un constat similaire. Malgré le fait d'avoir accouché prématurément, aucune différence significative n'est retrouvée dans les interactions mère-enfant prématuré comparé aux mères ayant un enfant né à terme. Chaque article principal conclut sur le bénéfice qu'il y aurait à instaurer des interventions précoces suite à un accouchement prématuré, permettant la création et l'amélioration du lien mère-enfant.

Sur le plan de l'application aux soins, l'étude de Ravn *et al.* (13) apporte une réponse aux perspectives proposées dans les trois premiers articles principaux. En effet, l'analyse des résultats démontre une efficacité des méthodes d'interventions précoces. Celles-ci améliorent significativement le lien mère-enfant prématuré. Au vu de ces résultats, l'avenir du lien entre la mère et son enfant prématuré nous semble encourageant.

D'un point de vue méthodologique, les différents auteurs des articles principaux retrouvent une faible puissance du fait du petit nombre de participants aux études. Par conséquent, nous devons interpréter les résultats obtenus avec prudence. De notre point de vue, Il est difficile d'obtenir un nombre suffisant de participants dans ce type d'étude car cela nécessite l'obtention de l'accord des parents. S'immiscer dans leur vie privée peut être une étape difficile après un traumatisme si important qu'une naissance prématurée. Le nombre de refus est important.

Le choix de ces articles nous a semblé judicieux pour établir un lien de cause à effet entre l'attachement et la prématurité. L'étude de Ravn *et al.* (13) apporte une solution satisfaisante permettant une application aux soins dans les unités de néonatalogie et en maternité.

Des données complémentaires doivent être fournies pour parfaire nos conclusions et permettre de les appliquer à l'ensemble de la population des dyades mère-enfant prématuré.

Sur le plan pratique, les sages-femmes en maternité et les puéricultrices en néonatalogie sont au cœur de cette démarche de soins. L'information des parents, par le personnel de soins, doit favoriser leur participation aux méthodes d'interventions précoces.

2.2. Complément avec la littérature

Les résultats des articles principaux peuvent être consolidés à l'aide d'articles complémentaires. Nous avons sélectionné ces derniers à partir des références des articles principaux. Cette démarche nous permet d'étayer nos hypothèses.

L'étude de M. Forcada-Guex *et al.* (26) évalue le comportement des mères et de leur enfant prématuré lors d'interactions. De plus, les auteurs analysent l'impact potentiel des interactions dyadiques sur le comportement et le développement de l'enfant.

L'étude comporte 47 dyades mère-enfant prématuré inférieur à 34 SA et un groupe de comparaison de 25 dyades mère-enfant né à terme. Les interactions sont observées à six mois d'âge corrigé lors d'une période de jeu entre la mère et son enfant. À l'aide d'un entretien semi-directif avec les mères, 18 mois après l'accouchement, une description du comportement de leur enfant a été demandée.

Cette étude montre que les interactions entre une mère et son enfant prématuré sont plutôt basées sur un modèle de contrôle. En comparaison, les mères ayant un enfant né à terme ont des interactions basées sur un modèle de coopération. Ce second modèle améliore le comportement de l'enfant à 18 mois.

De cette analyse découle l'importance de l'interaction mère-enfant sur le devenir de ce dernier. Comme dans les articles principaux, les auteurs de cette étude approuvent et insistent sur le fait d'instaurer des interventions précoces durant l'hospitalisation afin d'améliorer les interactions positives parents-enfant prématuré. Ces interventions leur permettraient d'arriver à un modèle de coopération et non de contrôle.

Un état des lieux de l'efficacité de programmes d'interventions précoces sur le développement neurocomportemental des enfants prématurés a été fait dans l'étude de B. Guillois *et al.* (27).

Cinq méthodes différentes ont été examinées. Une étude complémentaire, explorant une méthode différente d'interventions, a été faite par les auteurs. Cette étude analyse l'impact d'une intervention psychologique post-hospitalière sur l'attachement parents-enfant et le développement psychomoteur de ce dernier à 18 mois d'âge corrigé.

Les résultats mettent en évidence les effets positifs de certains programmes sur le développement cognitif aux deux ans de l'enfant. Ce constat rejoint les conclusions des articles principaux sur les bénéfices d'interventions précoces lors d'un accouchement prématuré.

Dans leurs conclusions, B. Guillois *et al.* ont inclus le facteur de prise en charge psychologique des parents. Un soutien psychologique parental prolongé est prometteur pour permettre aux mères de se dégager de leurs angoisses liées à la prématurité.

Ce complément enrichit nos résultats et met en exergue la nécessité de prise en charge de la santé psychique des parents.

D'après Donald W. Winnicott, dans son livre *Le Bébé et sa mère* (28), l'« instinct maternel » ne se développe pas si la mère est emprise de « peur ». Il précise qu'il ne s'acquiert pas si elle ne voit pas son bébé. Dans cet écrit, Winnicott parle de mères d'enfant à terme. Or, ces notions sont tout à fait applicables au monde de la prématurité.

Selon les données de nos articles principaux et des articles complémentaires, une mère est accablée par la peur et le stress suite à une naissance prématurée. De plus, il s'en suit une séparation en cas d'hospitalisation de l'enfant en service de néonatalogie.

De notre point de vue, les interactions précoces sont donc indispensables à la mise en place de cet « instinct maternel » si important pour le bien-être de l'enfant.

Nous restons prudents sur l'emploi du terme « instinct maternel ». Élisabeth Badinter, professeur agrégée de philosophie, décrit cette expression telle un mythe. Selon l'auteur, cette formulation « d'instinct maternel » proviendrait d'un comportement social évoluant en fonction des époques (29).

En conclusion, toutes ces notions supplémentaires nous permettent d'étoffer nos hypothèses. Chaque auteur soutient l'idée d'interventions précoces permettant de perfectionner les interactions mère-enfant prématuré.

Afin de renforcer ces données quantitatives, nous avons trouvé pertinent de compléter nos résultats à l'aide d'une approche qualitative.

3. Discussion autour des entretiens

La seconde partie de notre travail est basée sur l'analyse d'entretiens de mères ayant accouché prématurément (annexe II : Recueil de trois entretiens).

Afin d'étudier ces entretiens, nous avons opté pour une analyse fine de données. Un codage aurait pu être entrepris afin d'extraire le maximum d'hypothèses dans un nombre conséquent de témoignages. Par contre, un codage ne nous aurait pas permis de repérer des spécificités qui n'étaient pas anticipées par la grille d'entretien. L'analyse qualitative, ne peut pas être applicable à l'ensemble de la population mais cette approche permet d'étayer les différentes hypothèses relatives aux ressentis.

Nous pouvons cependant confronter notre analyse des discours avec des résultats d'autres auteurs ayant publié sur le sujet.

L'article de S. Pavoine *et al.* (30) nous fournit certaines informations complémentaires. Nous allons les comparer avec des extraits de témoignages (annexe II : Recueil de trois entretiens).

Les auteurs exposent des résultats quantitatifs et qualitatifs d'une recherche exploratoire sur le vécu de parents d'enfants nés grands prématurés. L'étude est basée sur trois entretiens, dans les jours précédant la sortie, deux mois et neuf mois après le retour à domicile.

Les conclusions sont en faveur d'une stabilité de l'engagement dans le processus de parentalité. Cet aspect recoupe nos résultats obtenus précédemment.

Suite à leur analyse quantitative, les auteurs retrouvent une symptomatologie anxieuse chez les mères comme chez les pères, qui peut se dégrader jusqu'à la dépression. Il y a aussi une certaine culpabilité qui en ressort. Ces thèmes se retrouvent dans nos hypothèses émises antérieurement¹³.

Nous allons nous focaliser plus particulièrement sur l'aspect qualitatif de l'article et en extraire de nouvelles hypothèses. Celles-ci seront mises en lien avec des fragments de témoignages.

¹³ Hypothèse 1 : les mères ayant accouché prématurément ont plus de craintes sur l'avenir de leur nourrisson et sur sa sécurité.

Hypothèse 2 : les interventions précoces entre une mère et son enfant prématuré, la primiparité serait un médiateur positif dans la relation mère-enfant.

Hypothèse 3 une grande culpabilité de la part des mères suite à leur accouchement prématuré.

Hypothèse 4 : le lien mère-enfant et l'attachement qui s'en suit ne semble pas être altéré suite à un accouchement prématuré.

- Hypothèse 1 : Expérience intense de la naissance prématurée dont les souvenirs restent vifs même un an après.

M^{me} S. : « Ça a été une souffrance horrible, très difficile à vivre, à Cochin on l'a tout de suite mis en couveuse et je ne pouvais plus le voir. »¹⁴

M^{me} B. : « C'était l'urgence, ceci me hante encore. Déjà quand le placenta a lâché, c'est deux secousses que j'ai senti dans mon ventre et j'ai juste eu le réflexe d'écarter les jambes, et là, c'est un robinet d'eau chaude à pleine puissance. C'est des sensations qui restent marquées au plus profond de nous. »¹⁵

M^{me} M. : « Je l'ai vraiment enfoui dans ma mémoire, mais loin, je ne vis pas du tout avec ça au quotidien. »

Le dernier propos diffère des deux autres, probablement en raison d'une naissance plus récente en comparaison des deux premières¹⁶. Nous supposons que ces propos ont pu être recueillis trop prématurément. Il est possible que cette femme ait besoin de mettre à distance ce souvenir et se protège inconsciemment en le refoulant. Le recul des deux autres mères suite à cette naissance prématurée leur permet de réussir à mettre des mots sur ce traumatisme.

¹⁴ Propos recueilli 14 ans après la naissance

¹⁵ L'enfant a trois ans au moment des dires

¹⁶ Propos recueillis huit mois après la naissance

- Hypothèse 2 : Le toucher permet de faire le lien avec la réalité de la naissance, la vue n'est pas suffisante.

M^{me} S. : « C'est vraiment un besoin de le sentir contre soi et de l'avoir près de soi. »

M^{me} B. : « On m'a dit que je pouvais toucher mon bébé, j'ai mis mon index et il a mis sa main autour, je lui ai parlé et là il a serré, il savait que j'étais sa maman. »

- Hypothèse 3 : Délai plus ou moins long pour métaboliser l'impact traumatique.

M^{me} B. : « On m'a toujours dit que c'était un petit garçon très courageux. C'est des choses qui vous boostent malgré le fait que vous mettiez des mois et des années à vous en remettre. »

« Quand vous dites que ça ne va pas, on s'en étonne. C'est d'apparence, on ne le voit pas, mais c'est à l'intérieur que c'est mort (*pleurs*)... Je ne sais pas comment surmonter ça, c'est un traumatisme. »

M^{me} M. : « Ça fait huit mois, pour moi c'est vraiment du passé, je reprends une activité, tout suit son cours. »

M^{me} M. a fondu en larme après seulement une vingtaine de minutes d'entretien, lorsque le sujet du « peau à peau » a été abordé. Le témoignage n'a pu être continué. Nous nous posons la question d'une défense psychique chez cette femme refoulant le récent traumatisme.

Les hypothèses provenant des résultats qualitatifs de Pavoine *et al.* se voient confirmées par nos témoignages. L'illustration dans la clinique apporte une valeur qualitative aux résultats des études quantitatives.

Suite à leurs explorations, les auteurs convergent vers une observation de stabilité du lien mère-enfant malgré une naissance prématurée. Donc, leurs conclusions rejoignent celles élaborées dans les articles principaux et les études complémentaires.

Par conséquent, tous s'accordent à recommander la mise en place d'un accompagnement qui devrait se prolonger au-delà de la durée de l'hospitalisation. Il s'agit formellement d'une action préventive nécessaire avant l'apparition d'une structure psychopathologique chez l'enfant.

Selon les auteurs, les pratiques actuelles doivent être repensées. La population de l'étude a été recrutée entre 1999 et 2000 à l'hôpital de Toulouse. Depuis les pratiques ont changé dans cet hôpital (31).

L'analyse qualitative complémentaire à partir des entretiens nous permet d'obtenir le ressenti de femmes ayant subi un traumatisme. Ces expériences confortent l'importance des mesures de prévention à mettre en place pour obtenir un effet bénéfique tant chez les mères que chez les nouveau-nés prématurés.

En conclusion, l'analyse des résultats de nos entretiens montre la nécessité de mesures préventives à mettre en place lors d'une naissance prématurée. En effet, les protocoles fonctionnels aux hôpitaux universitaires de Strasbourg prennent en compte l'importance du lien mère-enfant. Nous pouvons alors illustrer cette prise en charge actuelle pratiquée dans un service de pédiatrie.

4. Illustration par une méthode d'interventions précoces

Suite aux résultats obtenus dans notre recherche, nous pensons qu'il est judicieux d'apporter de plus amples informations sur la pratique actuelle dans nos services et plus particulièrement à Hautepierre¹⁷.

Un programme de soins de développement en pédiatrie, NIDCAP® (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), a été implanté en novembre 2008 au sein de ce centre hospitalier (32,33).

Ce programme est un ensemble de stratégies environnementales et comportementales visant à améliorer le développement de l'enfant prématuré dans ses composantes physiques, psychologiques, comportementales et relationnelles. Le nouveau-né est l'acteur de son développement. Ce dernier est engagé dans une co-régulation permanente avec son environnement physique et social, les parents sont les co-régulateurs naturels. Ces notions sont la base de la théorie synactive du développement.

L'outil utilisé dans cette méthode est une observation comportementale de l'enfant permettant la rédaction d'un plan de soins de développement individualisé. Les principaux items observés sont :

- les évènements (posture, tête, etc.)
- les constantes
- le système végétatif (respiration, couleur, etc.)
- le système moteur (flexion, extension, etc.)
- veille-sommeil
- le système attention (agitation, bâillement, etc.)

Les soins de développement sont basés sur la suppression des stimulations inutiles, le soutien de l'autorégulation, le renforcement des stimulations adaptées et la restauration de l'unité mère-enfant.

¹⁷ Centre hospitalier universitaire de type 3 à Strasbourg (Bas-Rhin)

L'environnement autour de l'enfant est adapté à son développement avec une baisse du niveau sonore, une baisse de la luminosité. Ce qui nous intéresse plus particulièrement, c'est la création d'un environnement soutenant l'unité parents-enfant. Les soins sont centrés sur la famille, favorisant la compréhension par les parents du comportement du nouveau-né. Les parents sont considérés comme des partenaires des soignants. Des stratégies sont mises en place pour le soutien à la parentalité : les parents participent aux soins, la création de groupes de parents a été entreprise et la fratrie est la bienvenue dans ces unités de soins. Suite à ce changement, l'accessibilité permanente dans les services par les parents est primordiale.

En somme, les soins de développement sont précoces, intégrés, individualisés et centrés sur la famille (32).

D'après l'écrit d'I. Glorieux *et al.* (31), plusieurs études ont montré les bénéfices apportés par ce programme aux parents d'enfant prématuré. Ces derniers se sentent mieux préparés pour s'occuper du nourrisson. Les mères se perçoivent plus compétentes et trouvent que le personnel peut mieux les soutenir dans leur rôle. L'étude de Westrup *et al.*, en 2000 (34), en Suède, démontre l'impact de ce programme sur l'attachement et la relation mère-enfant. Il y a une amélioration significative des interactions au niveau de la communication et des contacts physiques aux trois ans de l'enfant.

Ces soins de développement permettent aux parents de comprendre le comportement de leur nouveau-né et de s'adapter au mieux pour aider leur enfant. Les parents développent des compétences, gagnent confiance en eux et envisagent ainsi un retour à domicile plus serein.

Malgré tous les points positifs retrouvés dans ces pratiques, il existe encore une grande disparité entre les pays, avec un gradient Nord-Sud évident.

Nous constatons qu'en France, bien des hôpitaux n'ont pas encore adopté cette méthode. Au sein même d'une région, la prise en charge n'est pas égale.

Le coût de cette prise en charge est important, une formation onéreuse est demandée aux soignants. Cette contrainte est un grand frein à l'uniformité de cette pratique.

Dans les pays scandinaves, la mère n'est plus séparée de son enfant même après une naissance prématurée. L'organisation de l'hôpital est faite de telle sorte que l'on puisse s'occuper de la mère et de l'enfant dans un seul et même endroit.

De notre point de vue, il faudra attendre plusieurs années avant de voir apparaître ce genre de structure en France, cependant la prise en charge est en train d'évoluer favorablement.

5. Synthèse

L'analyse critique des articles principaux nous permet de penser que le lien mère-enfant n'est pas altéré par une naissance avant terme. Cependant une adaptation de la part de la figure maternante doit être entreprise. L'enfant prématuré, « non fini », est différent de l'enfant imaginé durant la grossesse.

Afin d'optimiser cet apprentissage, les articles principaux, tout comme les compléments de la littérature, défendent l'idée d'une instauration d'interventions précoces. Celles-ci sont nécessaires dans le but d'améliorer les relations mère-préterme.

L'approche qualitative à l'aide des entretiens nous apporte un complément sur les émotions ressenties et le comportement des mères lors d'accouchements prématurés.

L'implantation du programme NIDCAP[®] dans nos services nous permet d'avoir une perspective d'avenir favorable et positive dans la prise en charge de la parentalité. Ce programme prend en compte la place du père. Cependant nous avons fait le choix de nous intéresser uniquement à la dyade mère-enfant.

Les entretiens nous ont permis de soulever une nouvelle hypothèse. Chaque mère interrogée a revendiqué l'allaitement maternel. Il est légitime de se demander si l'allaitement a un apport bénéfique réel dans l'instauration du lien mère-enfant suite à une naissance prématurée. Une étude complémentaire à ce sujet serait pertinente.

CONCLUSION

Actuellement, l'importance de l'attachement de la mère à son enfant et de l'enfant à sa mère est établie. Cependant, dans notre pays, le taux de prématurité ne cesse d'augmenter. L'objectif de notre mémoire était donc de savoir si une naissance avant terme altérait les liens mère-enfant et leur attachement.

Dans cette optique, nous avons successivement analysé quatre articles issus de revues scientifiques. Nous les avons ensuite confrontés les uns aux autres puis à des publications complémentaires sur le sujet. De plus, une analyse qualitative d'entretiens auprès de mères ayant accouché prématurément a été entreprise afin d'enrichir nos données quantitatives.

Suite à notre analyse, les trois items explorés, qui sont l'attachement maternel, l'interaction mère-enfant et l'attachement de l'enfant prématuré à sa mère, ne semblent pas être modifié après une naissance prématurée.

Toutefois, la dyade mère-préterme reste particulière. L'enfant est plus fragile qu'un nouveau-né venu à terme. La mère a subi un traumatisme du fait de l'arrêt précoce de sa grossesse.

C'est pourquoi, toutes les publications tendent à préconiser des interventions précoces entre la mère et son enfant lors d'une naissance prématurée.

Ces interventions, dès l'hospitalisation, sont nécessaires pour permettre à la mère d'investir son enfant, de le comprendre et d'apprendre à interagir de façon adéquate avec lui.

Michel Odent, dans son livre *L'Amour scientifié, les mécanismes de l'amour* (35), est en faveur de la précocité des interventions. Il souligne ainsi : « La capacité d'aimer est, dans une grande mesure, déterminée par des expériences précoces pendant la vie fœtale et la période qui entoure la naissance. »

Grâce à l'apport qualitatif des entretiens, nous avons remarqué qu'un traumatisme très important reste ancré dans la mémoire de ces femmes. D'où le besoin formel d'un accompagnement dès la naissance afin d'avoir un effet bénéfique tant chez la mère que chez l'enfant.

Depuis seulement cinq ans, aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, un programme de soins de développement en unité de pédiatrie a été instauré. Ce programme NIDCAP[®] vise à améliorer le développement de l'enfant prématuré dans ses composantes physiques, psychologiques, comportementales et relationnelles. Les soins sont centrés sur la famille, favorisant la compréhension par les parents du comportement du nouveau-né. D'après l'étude de Westrup *et al.* (34), ce programme améliore significativement l'attachement mère-enfant.

En France, des disparités subsistent dans la prise en charge de la parentalité. Une uniformité devrait être envisagée afin d'améliorer la prise en charge de la dyade mère-préterme.

Par ailleurs, le discours des mères rencontrées lors de nos entretiens questionne la place de l'allaitement dans l'instauration du lien mère-enfant après une naissance prématurée. Une étude complémentaire sur le sujet serait pertinente. Cela nous permettrait de connaître les conseils à prodiguer lors d'une naissance prématurée.

RÉFÉRENCES

1. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. 2011 mai p. 132. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
2. Sentilhes L, Morinière C, Lemerle S. Grossesse gémellaire après PMA, Bonne ou mauvaise nouvelle ? [Internet]. CHU Angers; 2009. Disponible sur: http://www.med.univangers.fr/fr/formation1/fmc/diu/gynecologieobstetrique/_attachments/12%20%C3%A8me%20jour%20A9e%20congr%C3%A8s%20gynecologieobst%C3%A9trique/Session%203%20AMP/grossesse%20gemellaire%20apres%20AMP.pdf?download=true
3. Lequien P. Soins aux nouveau-nés : avant, pendant et après la naissance. Issy-les-Moulineaux, France: Masson; 2006.
4. Gallien É. Le lien d'attachement et son évolution: concepts et incidences psychopathologiques [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2006.
5. Guédeney N, Guédeney A, Widlöcher D. L'attachement: concepts et applications. Paris, France: Masson; 2002.
6. Bowlby J. Attachement et perte. Paris, France: Presses universitaires de France; 2002.
7. Ainsworth MD. Infancy in Uganda: Infantcare and the growth of love. Baltimore, Etats-Unis: The Johns Hopkins Press; 1967.
8. Ainsworth MD. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J., Etats-Unis: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
9. George C, Kaplan N, Main M. Adult attachment interview. Berkley: University of California; 1985.

10. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant’s first two years. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2012;91(2):164-173.
11. Korja R, Ahlqvist-Björkroth S, Savonlahti E, Stolt S, Haataja L, Lapinleimu H, et al. Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*. juin 2010;33(3):330-336.
12. Laganière J, Tessier R, Nadeau L. Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles. *Enfance*. 2003;55(2):101.
13. Ravn IH, Smith L, Lindemann R, Smeby NA, Kyno NM, Bunch EH, et al. Effect of early intervention on social interaction between mothers and preterm infants at 12 months of age: A randomized controlled trial. *Infant Behavior and Development*. avr 2011;34(2):215-225.
14. Korja R, Savonlahti E, Haataja L, Lapinleimu H, Manninen H, Piha J, et al. Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behav Dev*. juin 2009;32(3):305-311.
15. Cox SM, Hopkins J, Hans SL. Attachment in preterm infants and their mothers: Neonatal risk status and maternal representations. *Infant Mental Health Journal*. 2000;21(6):464-480.
16. Borghini A, Pierrehumbert B, Miljkovitch R, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Mother’s attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*. 2006;27(5):494-508.

17. Clark R. The parent–child early relational assessment: Instrument and manual. Madison: University of Wisconsin Madison Medical School, Department of Psychiatry; 1985.
18. Benoit D, Parker KC, Zeanah CH. Mothers' representations of their infants assessed prenatally: stability and association with infants' attachment classifications. *J Child Psychol Psychiatry*. mars 1997;38(3):307-313.
19. Korner AF, Stevenson DK, Kraemer HC, Spiker D, Scott DT, Constantinou J, et al. Prediction of the development of low birth weight preterm infants by a new neonatal medical index. *J Dev Behav Pediatr*. avr 1993;14(2):106-111.
20. Waters E, Vaughn B, Posada G, Kondo-Ikemura K. Caregiving, Cultural, and Cognitive Perspectives on Secure-Base Behavior and Working Models: New Growing Points an Attachment Theory and Research. University Of Chicago Press; 1995.
21. Abidin RR. Parenting Stress Index: professional manual. Odessa, FL, Etats-Unis: Psychological Assessment Resources; 1995.
22. Vitaro F, Tremblay RE, Gagnon C. Adversité familiale et troubles du comportement au début de la période de fréquentation scolaire. *Revue canadienne de Santé mentale*. 1992;11:45-62.
23. Newnham CA, Milgrom J, Skouteris H. Effectiveness of a modified Mother-Infant Transaction Program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behav Dev*. janv 2009;32(1):17-26.

24. Olafsen KS, Rønning JA, Kaaresen PI, Ulvund SE, Handegård BH, Dahl LB. Joint attention in term and preterm infants at 12 months corrected age: the significance of gender and intervention based on a randomized controlled trial. *Infant Behav Dev.* déc 2006;29(4):554-563.
25. Magill-Evans J, Harrison MJ. Parent-child interactions and development of toddlers born preterm. *West J Nurs Res.* juin 1999;21(3):292-307; discussion 308-312.
26. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early Dyadic Patterns of Mother–Infant Interactions and Outcomes of Prematurity at 18 Months. *Pediatrics.* 7 janv 2006;118(1):e107-e114.
27. Guillois B, Castel S, Beunard A, Blaizot X, Creveuil C, Proia-Lelouey N. Efficacité des programmes d'intervention précoce après l'hospitalisation sur le développement neurocomportemental des enfants prématurés. *Archives de Pédiatrie.* sept 2012;19(9):990-997.
28. Winnicott DW, Spock B. *Le bébé et sa mère.* Paris, France: Payot; 1992.
29. Badinter É. *L'amour en plus: histoire de l'amour maternel, XVII-XXe siècle.* Paris, France: Flammarion; 2010.
30. Pavoine S, Azémar F, Rajon AM, Raynaud JP. Parents d'enfant prématuré : quel devenir sur la première année de vie ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* sept 2004;52(6):398-404.
31. Glorieux I, Montjaux N, Bloom M-C, Casper C. Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents. *Devenir.* 2012;24(1):45.

32. Ratynski N. conférence NIDCAP. 2011.

33. Als H, Gilkerson L, Duffy FH, McAnulty GB, Buehler DM, Vandenberg K, et al. A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. *J Dev Behav Pediatr.* déc 2003;24(6):399-408.

34. Westrup B, Kleberg A, Von Eichwald K, Stjernqvist K, Lagercrantz H. A randomized, controlled trial to evaluate the effects of the newborn individualized developmental care and assessment program in a Swedish setting. *Pediatrics.* janv 2000;105(1 Pt 1):66-72.

35. Odent M. *l'amour scientifié, les mécanismes de l'amour.* Jouvence. 2001.

ANNEXES

Annexe I : Grille de lecture standardisée de la méthode globale de lecture critique

L'information existe-t-elle pour chacune de ces 8 questions ?	La façon d'aborder la question est-elle correcte ?	Si non, cela menace-t-il la validité de l'étude ?
1. Objectif - Pronostic – évolution - Impact d'une intervention - Etiologie – causalité	Y a-t-il une hypothèse ?	
2. Type d'étude - Essai contrôlé randomisé - Etude de cohorte - Etude cas-témoins - Etude transversale - Rapport de cas – série de cas	Le type d'étude est-il approprié à la question posée ?	Si non, les résultats de l'étude sont-ils totalement inutiles ?
3. Facteur(s) étudié(s) - Exposition - Intervention - Test diagnostique	-Sont-ils bien décrits ? -Comment sont-ils mesurés ? - Même méthode de mesure chez tous les sujets ? - Méthode à l'aveugle ? -Y a-t-il une comparaison indépendante avec l'étalon ?	-Sinon ce biais de mesure menace-t-il la validité de l'étude ? -Sinon ce biais menace-t-il la validité de l'étude ?
4. Critère(s) de jugement	Comment sont-ils mesurés ? - Idem question 3 Tous les critères de jugement pertinents sont-ils évalués ?	- Idem question 3 -Si non, ceux qui ont été oubliés sont-ils importants ?
5. Population source et sujets étudiés	-La sélection est-elle correcte ? -Y a-t-il eu randomisation ? -Les groupes diffèrent-ils par des caractéristiques autres que les facteurs étudiés ? -Quelle est la proportion de sujet atteignant la fin du suivi ? -Y a-t-il pour le test, un large éventail de patients ?	- Si non, ce biais menace-t-il la validité externe ? Si non, ce biais menace-t-il la validité interne ? Si elle n'est pas optimale, la validité interne est-elle menacée ? Si non, ce biais menace-t-il la validité externe ?
6. Facteurs de confusion potentiels et biais	- Sont-ils tous envisagés ? - Sont-ils bien contrôlés ?	-Si non, cela invalide-t-il l'étude ?
7. Analyses statistiques -Intervalles de confiance ? -Tests statistiques ? - Si résultats positifs - Si résultats négatifs -Force de l'association	Taille de l'échantillon suffisante ? Cliniquement intéressant ? Puissance du test, taille de l'échantillon	-Si non, les résultats sont-ils inutiles ? -Si non, l'étude est-elle utile ? -Si insuffisant, l'étude est-elle : utile ou non concluante ?
8. Conclusions des auteurs ? -Réponses aux questions ? -Vérification de l'hypothèse ? -Objectif atteint ?	Les conclusions répondent-elles à l'objectif ?	En somme : -Les résultats sont-ils acceptables appliqués à la population source ?= validité -Les résultats peuvent-ils être extrapolés aux situations qui vous intéressent pour votre propre pratique ?= applicabilité

(Source : Landrivon G. Méthode globale de lecture critique d'articles médicaux à l'usage de l'étudiant et du praticien. Paris : Frison-Roche ; 1996)

Annexe II : Recueil de trois entretiens

1. Témoignage de Madame S., 40 minutes, le 26 octobre 2012.

Préambule :

Témoignage de Madame S. qui a accouché en décembre 1998 à 34 SA ½ d'un petit garçon Tristan pesant 2650 g, mesurant 48 cm, par césarienne à l'hôpital Cochin, Paris (césarienne itérative pour utérus bi-cicatriciel en 1989 et 1994 et rupture prématurée des membranes). Tristan était atteint de la maladie des membranes hyalines d'où intubation à la naissance, extubé à J+1.

M^{me} S. : J'étais un enfant du « distilbène », suite à ça, j'ai eu presque toutes les complications des « filles du distilbène » sauf que je n'avais pas de malformations utérines ; j'ai eu un cancer de l'utérus à l'âge de 26 ans, on a dû me coniser après la naissance d'Ivana (son premier enfant). J'ai fait une fausse couche puis une grossesse extra-utérine 1 an après la naissance d'Ivana. Suite à ça, Louis est né, puis j'ai eu du mal à avoir Tristan mais c'est une autre histoire [...]. Tristan est venu accidentellement, j'ai fait une double ovulation car ma sœur est décédée. Comme ma sœur est décédée, j'étais sens dessus-dessous et apparemment j'ai fait une double ovulation et ça je ne le savais pas. Et Tristan est arrivé, j'étais enceinte sans m'en rendre compte. Je m'en suis rendue compte une semaine après la mort de ma sœur. C'était assez difficile comme grossesse. Ça me faisait poser pleins de questions. Un être cher qui s'en va, un enfant qui arrive, c'est très difficile à gérer psychologiquement. Tristan, je ne le sentais pas accroché comme les autres, et tout de suite on m'a dit que le col était effacé. On m'a dit de me coucher à partir du 5^e-6^e mois. Il y avait une sage-femme qui venait me voir très régulièrement et elle n'arrêtait pas, avec un gant, de me toucher pour voir l'effacement du col. Je pense que c'est à cause de ça que j'ai fait une infection. C'est-à-dire, un jour, j'en avais marre, maintenant ça doit être bon. Ma mère est venue à Paris nous voir et j'avais envie de bouger, faire quelque chose, j'en peux plus. Je suis allée faire des courses avec ma mère à Paris dans le quartier. Dans la nuit, un des enfants a pleuré, je me suis levée, d'un seul coup j'ai perdu les eaux. Là, évidemment, on est parti à Cochin pour accoucher. Là on m'a dit que j'avais une infection. Ils m'ont gardée jusqu'au lendemain matin. Ils ont dit qu'ils allaient me faire une césarienne. Ils prévoyaient ça le lendemain matin à la première heure parce que je suis allergique au latex suite à ma 2^e césarienne. Il fallait que la salle d'opération soit complètement stérile, ils devaient faire attention à tout. Après la césarienne, donc, ce bébé était trop petit. Il bougeait, il a crié, non je n'ai pas l'impression. Il avait les yeux ouverts, il avait l'air bien.

Julie : À cette époque on vous les montrait ?

M^{me} S. : Ivana c'était sous rachianesthésie mais pour Louis j'étais complètement endormie, je crois (*blanc*). Pour Tristan, j'étais à nouveau sous rachianesthésie.

On a l'impression qu'on nous vole notre accouchement quand on accouche par césarienne, c'est un côté psychologique qui est très difficile à gérer parce que toutes les femmes vous racontent les contractions, la délivrance tout tout, l'enfant sur soi tout de suite. Le contact est vachement primordial.

J. : Justement par rapport à ça avec Tristan à la naissance ... ?

M^{me} S. : Ça a été une souffrance horrible, très difficile à vivre, à Cochin on l'a tout de suite mis en couveuse et je ne pouvais plus le voir. Pendant une semaine il a été dans les soins des prématurés.

J. : Vous saviez dans quel service il était ? Soins intensifs, réanimation ?

M^{me} S. : Oui, en soins intensifs, euh je crois parce qu'en fait il était dans un endroit où il y avait des bébés qui étaient comme des petites crevettes sous couveuses entourées de boudins. Il y avait des « bip bip » partout, ça sonnait sans arrêt dès qu'il y avait une tachycardie, c'était l'enfer. J'allais le voir, moi je me suis levée assez vite parce qu'au bout de la deuxième césarienne moi je savais que je pouvais me lever pratiquement le deuxième jour ou le troisième jour, j'étais déjà debout ! Je voulais absolument aller voir mon bébé. Pour Tristan c'était vraiment, ce n'était pas pour le mettre sous lampe ultra-violet, là c'était carrément les soins intensifs. On ne voulait même pas lui donner mon lait parce que mon lait était considéré comme un médicament donc il aurait fallu l'analyser. Le temps qu'ils l'analysent pour le faire rentrer dans les soins chez ces prématurés ça aurait pris trop de temps donc ils ne lui ont pas donné. Moi j'ai dû tirer mon colostrum, mon lait, toute seule pour avoir une montée de lait. Je voulais l'allaiter parce que j'avais déjà allaité les deux autres et ça se passait très bien. Donc là aussi j'étais frustrée, je ne pouvais pas lui donner mon lait, donc on lui a donné tout de suite des compléments alimentaires, des laits maternisés.

À un moment donné il voulait avoir de la place, il était beaucoup trop gros, il faisait déjà 2 kg 600 (*blanc*), ils prévoyaient qu'à terme il aurait fait plus de 4 kg.

Il devait naître la deuxième semaine de février et il est né le 15 décembre.

Par rapport aux autres enfants des soins intensifs, c'était vraiment un géant, par rapport à ces crevettes, ces tout petits bouts. C'était incroyable comme il paraissait plus gros. Mais je voyais bien qu'il était vraiment maigre par rapport à mes deux autres enfants à terme, on le voit. J'ai eu l'occasion de le porter mais il était branché de partout, on le nourrissait par sonde, c'était assez difficile.

Puis à un moment donné, ils ont dû faire de la place, il y avait trop de prématurés qui arrivaient donc ils l'ont mis dans un endroit où ce n'était plus les soins intensifs, c'était un endroit où ils gardaient les prématurés mais à un stade intermédiaire où ils étaient toujours sous sonde.

Là, il y a un pédiatre qui est arrivé un jour, elle a dit « mais qu'est-ce que fait ce gros bébé là-dedans, mais qu'est-ce que c'est cette histoire ? Elle m'a dit : mais madame, on va voir, prenez-le dans vos bras, enlevez-moi cette sonde et on va le mettre au sein ».

J. : Au bout de combien de temps ça s'est passé ?

M^{me} S. : C'était à peine un jour après qu'il soit arrivé dans ces soins intermédiaires.

J. : C'était combien de temps après la naissance ?

M^{me} S. : Une semaine et un jour. Dès qu'elle me l'a mis au sein, il a pris le sein elle m'a dit : « maintenant vous l'emmenez dans votre chambre et je ne veux plus le voir... ». C'est comme ça que ça s'est passé. La seule chose qu'il a eue lui et que n'avait pas les deux autres : un reflux gastro-œsophagien. Il me faisait peur parce qu'il devenait tout bleu. Au moment où il tétait, il cyanosait, j'avais la trouille (*blanc*). Au bout d'une semaine on m'a donné du Gaviscon* en sirop avant la tétée et puis ça s'est bien passé. Heureusement que cette pédiatre est arrivée parce que autrement ils ne le lâchaient plus ! J'ai l'impression presque que l'hôpital, une fois qu'il était médicalisé à ce point, n'arrivait plus à le lâcher. Personne ne voulait prendre la décision que ce bébé sorte. On avait l'impression qu'une fois rentré dans le système, il le garde.

J. : Vous, quel est votre ressenti quand on vous a séparé de votre enfant ?

M^{me} S. : C'est horrible, c'est un arrachement, c'est une souffrance terrible. C'est quelque chose qui est primordial, cet attachement maternel impossible, c'est primaire, c'est vraiment un besoin de le sentir contre soi et de l'avoir près de soi. C'est une incompréhension que la médecine s'en empare et qu'on n'ait plus le droit à notre enfant. Quand j'avais le droit de le voir, c'était comme si ce n'était pas ton enfant mais l'enfant de la médecine, c'était l'enfant des médecins. Il fallait que j'obéisse à ce qu'ils me disaient. Il fallait déjà que je me stérilise, que je me mette des trucs pour ne pas contaminer, ça c'était normal mais par contre après pour le tenir dans ses bras et puis pour tout... Dès qu'il faisait une tachycardie, on me le reprenait immédiatement, on le remettait sous la couveuse, je ne pouvais plus le toucher. Comme j'étais à Paris en plus, je n'avais pas ma famille, presque personne qui venait me voir. Ma mère s'occupait de mes enfants dans l'appartement. Donc personne ne venait me voir à part André (son mari). C'était une réelle souffrance parce que cet amour maternel et ce besoin, c'était, de le tenir contre soi, tout était impossible...

J. : Par rapport à ce lien qui se crée entre une maman et son bébé, vous avez l'impression de quoi ... ?

M^{me} S. : La première question que je me suis posée c'est me demander « est-ce qu'il sera normal ? Est-ce qu'il ne va pas avoir des séquelles mentales ? » Ça c'était horrible, c'est comme une sorte de culpabilité. C'était ma faute si cet enfant est né prématuré, c'était ma faute si maintenant j'en étais là et que si cet enfant n'était pas normal ce serait ma faute... Surtout que j'avais une sœur qui était handicapée mentale qui est morte quand je suis tombée enceinte. J'avais tout ça qui me revenait en tête, c'était compliqué. Vis-à-vis d'André j'avais peur qu'après il me dise « ben tu vois cet enfant si il a des séquelles mentales c'est de ta faute ! » Donc déjà cette culpabilité et ensuite le lien qui ne se fait pas, on a peur que l'enfant ne nous reconnaisse pas, qu'il ne reconnaisse pas notre odeur, notre

regard, notre sourire, la voix. C'est pour ça que je voulais aller le voir souvent mais ce n'est pas possible tout le temps puisque c'est des services qui sont très surveillés donc on ne peut pas y aller à n'importe quelle heure. Il faut demander la permission (*blanc*) c'était vraiment difficile. Par rapport au fait de tirer le lait, ça me bloquait. Quand on tire le lait ce n'est pas du tout la même chose que quand on donne le sein, c'est beaucoup plus lent, ça fait plus mal.

Et puis, j'ai vu cette pédiatre, quand elle me l'a mis au sein, elle a fait de l'autorité « Qu'est-ce que fait ce gros bébé là ??! Pourquoi n'est-il pas avec sa maman ? Pourquoi vous le gardez ? Allez, installez-vous on va voir si il tète ! » (*imitation*). Tout de suite il a tété, elle m'a dit « ben alors, tout va bien ! », elle est arrivée comme mon sauveur. Je l'ai trouvée d'une humanité extrêmement incroyable. Je crois qu'elle était célibataire, elle était professeur, ce n'était pas une simple pédiatre, on sentait qu'elle avait de l'autorité à Cochin. Je pense qu'une autre n'aurait pas pu faire les choses de la même manière, elle n'aurait peut-être pas eu cette assurance et cette expérience.

Et là (*blanc*), il a pris du poids tout de suite au sein, et là, très rapidement j'ai pu rentrer à la maison et j'ai pu fêter Noël à la maison, et ça c'était génial !

J. : Par rapport à la prématurité, vous aviez une sorte de peur ou de rejet de l'enfant ? Le fait d'avoir accouché prématurément par rapport aux 2 premiers accouchements, quel était votre ressenti d'accoucher prématurément ? Le fait que la grossesse s'arrête plus tôt ?

M^{me} S. : C'est surtout une culpabilité et on n'ose pas le dire. On n'ose pas s'exprimer, on n'ose pas parler, on ne sait pas comment exprimer sa souffrance. Le fait d'être seule, c'est comme si on m'avait arraché quelque chose, un organe ! C'était vraiment trop proche de moi, j'ai du mal à l'exprimer, c'est viscéral ! On a besoin d'être avec son enfant, c'est extrêmement difficile. Le rejet de l'enfant je crois que je n'y ai pas trop pensé (*blanc*).

J. : Le fait qu'il soit un peu différent des autres, par rapport à l'expérience que vous avez eu des deux premiers accouchements à terme...

M^{me} S. : En fait c'est surtout par rapport au fait qu'il ait des séquelles, là je me posais beaucoup de questions et même si on me disait que non, a priori qu'il allait bien, qu'il se développait normalement, que les EEG étaient normaux etc., j'avais quand même un doute. C'est qu'après l'avoir emmené à la maison que je voyais qu'il grossissait.

Je me suis rendue compte que cet enfant ne réagissait pas comme les autres, il ne faisait pas les choses au même moment, ce n'était pas un problème physique mais je dirais un problème psychomoteur par exemple quand il s'est agi de prendre un crayon en main il ne l'a pas pris, quand il s'est agi de dessiner il n'est pas arrivé à dessiner comme les autres. Quand il est allé en maternelle, il était beaucoup plus fragile que les autres et beaucoup plus attaché à moi, il ne voulait pas se séparer de moi.

On me disait que c'était de ma faute, « c'est votre faute, c'est votre petit dernier, vous ne voulez pas le lâcher » (*imitation*) et moi j'avais vraiment l'impression de me comporter comme avec tous les autres

et pas de manière plus protectrice, pas du tout. Mais tout le monde me disait, au jardin d'enfants, « mais c'est vous ! C'est parce que vous avez peur, parce que ceci, c'est le dernier... » (*imitation*). Je me sentais incomprise, mais en fait Tristan était comme ça. À neuf mois je me rappelle qu'il hurlait, il ne voulait pas... Bon comme tous les enfants, à neuf mois il y a une crise où ils ont du mal à se séparer de la maman, il y a une prise de conscience du Moi, c'est un stade assez normal mais chez lui c'est comme si cela avait duré des années ! C'est-à-dire qu'en maternelle et même en CP c'était compliqué d'aller à l'école, c'était toujours un enfant qui avait du mal à se séparer de moi. J'ai l'impression qu'en fait, les liens qui n'ont pas été faits les premiers jours ont été décisifs dans ce relationnel qui n'a pas été complet. Il y a quelque chose qui ne s'est pas fait normalement.

J. : Très intéressant...

M^{me} S. : Et Tristan est un enfant dyslexique mais ça je pense que ça vient de moi, j'ai appris, quand il s'est fait diagnostiquer dyslexique que j'étais aussi dyslexique sans le savoir. [...] Mais j'ai toujours senti que Tristan était différent et qu'il ne se développait pas de manière courante.

Il y a aussi une chose qui est fantastique, c'est qu'il n'a jamais, jamais voulu embrasser quiconque, ni même moi. Il y a des gens qui se vexaient terriblement parce qu'il ne faisait jamais la bise. Et là, je ne sais pas si tu as vu d'ailleurs, il t'a fait la bise mais c'est que depuis l'adolescence, depuis quelques mois. Je pense que c'est dû aux filles, mais je ne l'ai jamais forcé, c'est un respect que je lui dois, je ne vois pas pourquoi je le forcerais à embrasser des étrangers. S'il ne le sent pas. [...] Par contre quand il était petit je le tenais sur moi tout le temps, il était bien sur moi, il restait très longtemps lové contre moi, le soir devant la télé. J'avais aucun problème de relationnel, seulement ce côté de la bouche qui doit embrasser, il ne voulait pas.

J. : Vous pensez que c'est associé à quelque chose ?

M^{me} S. : Moi je pense que c'est associé à un stade qui ne s'est pas fait, moi je l'associe à cette relation qu'on n'a pas eu tout au début, ces deux premières semaines séparées.

J. : La première tétée ... ?

M^{me} S. : Voilà, exactement !

J. : La découverte de sa maman...

M^{me} S. : Voilà, la succion au début etc., le fait qu'on lui mette tout de suite une tétine en bouche. Le fait qu'il ne soit pas contre moi. Souvent les bébés ont des réflexes de succion immédiats, c'est-à-dire qu'ils vont chercher sur la peau, sur le cou, ils prennent le doigt, il y a tout de suite cela qui se met en route. Dès qu'on les a contre soi ils sont tout le temps en train de chercher le sein. Ça c'est l'expérience que j'avais quand même les autres que j'ai eu par césarienne, même si il s'est passé un

jour jusqu'à ce qu'on me le mette au sein, néanmoins ce réflexe était là ! Alors que Tristan, ce n'était pas ça !

Par contre, heureusement qu'il a réussi à téter parce que après j'avais peur qu'en fait il n'ait pas le réflexe de succion et qu'après il ne veuille plus mon sein. Quand il était en couveuse, une de mes craintes était de ne pas pouvoir allaiter.

J. : Vous aviez allaité combien de temps les deux premiers ?

M^{me} S. : Ivana je l'ai allaitée quatre mois parce qu'on m'a forcée à arrêter l'allaitement parce que j'ai eu ma conisation. On ne m'a pas fait tirer le lait pendant l'anesthésie, ils n'ont pas voulu. On m'a fait arrêter l'allaitement et ça c'est très mal passé avec Ivana de ce côté-là. Elle avait tout le temps besoin du sein, elle ne voulait pas passer au biberon. C'était une souffrance horrible, je devais me bander les seins, c'était atroce, les montées de lait se faisaient tout le temps, ça n'arrêtait plus. Tout de suite elle a eu une gastro (*blanc*). C'était vraiment très difficile qu'on m'ait enlevé Ivana.

Louis, je l'ai allaité 6 mois au sein. À un moment donné il m'a mordue quand il a eu une dent et là ça m'a fait mal, je me suis retirée et je me suis dit : « Bon, ça veut dire que tu n'en veux plus ? » (*imitation*) et c'est vrai, peut-être qu'il n'avait pas assez, il était très goulu !

Et donc pour Tristan, j'étais très très fatiguée, ce que je ne savais pas c'est que je faisais une hypothyroïdie d'Hashimoto. [...]

J. : Pour finir, je vais vous relire ma problématique de mon mémoire « La séparation précoce de la mère et de son bébé lors d'un accouchement prématuré a-t-elle des répercussions sur l'instauration de leur lien ? », C'est vraiment une question très large mais est-ce que le fait de séparer, à la naissance, pour tant et tant de temps, est-ce que le lien est altéré à plus ou moins long terme ? À quoi cela vous fait penser quand je vous demande ceci ?

M^{me} S. : Je ne pense pas que ça ait vraiment altéré les liens avec Tristan, parce que les liens je les ai recréés après. Je crois que l'enfant a une capacité énorme, j'ai eu l'impression qu'on s'est rapprochés très rapidement, que le lien s'est refait de manière instinctive. Par contre, je trouve que dans son développement, dans le réflexe de succion, dans ses difficultés qu'il a eues à se rapprocher des autres par rapport au contact avec la bouche. Ceci je pense que c'était quelque chose qui a été déclenché et qui n'a pas été récupéré pour moi, personnellement.

Je n'ai pas eu l'impression de le surprotéger. J'ai vu qu'il grossissait bien, j'ai été rassurée par la PMI qui me suivait beaucoup, j'avais toujours peur qu'il ne prenne pas assez de poids après les tétées. Il y avait un pédiatre qui m'avait dit de le peser avant et après la tétée, chaque fois il me prouvait qu'il mangeait bien. J'étais rassurée psychologiquement, me dire qu'il avait ce qu'il fallait pour pouvoir se développer normalement. Je me disais qu'en le nourrissant au sein j'allais faire en sorte qu'il n'y ait pas de séquelles neurologiques, ce que je pouvais lui donner au travers de mon lait était essentiel pour le développement de son cerveau et que ça allait très bien se passer si il prenait le lait comme il le fallait.

Ma crainte était toujours qu'il ne grossisse pas et qu'on me dise que je ne pouvais pas le garder.

J. : Qu'on vous le reprenne...

M^{me} S. : Qu'on me dise que quelque chose n'allait pas. C'est vrai qu'il y a toujours une petite culpabilité qui est là, comme il n'était pas tout à fait comme les autres, je sentais que dans son développement qu'il n'allait pas aussi rapidement que les autres, que les stades ne se faisaient pas de la même manière. J'avais beau en parler autour de moi, personne ne me croyait !!! (*en insistant*) Tout le monde me disait que c'était une vue de l'esprit. Pareil sur le fait qu'il était trop attaché à moi, c'était un arrachement terrible chaque fois qu'il devait aller à l'école ou qu'on devait l'amener au jardin d'enfants, tous les matins le même schisme, c'était une crise incroyable. Et ça, je me disais que c'était à cause de sa prématurité, j'ai vraiment senti que ce n'était pas un enfant de 98, c'était un enfant de 99. Il devait naître la deuxième semaine de février, et je sentais que, même si il était né, il lui manquait ces mois. Mais tout le monde me disait que c'était déjà rattrapé, qu'il n'y avait pas de problème, que c'était moi qui me faisais trop de soucis....

J. : Merci !

En complément : « Mon lait était censé être mauvais pour lui. Tirer le lait = déshumaniser, enlève tout le bonheur d'avoir un enfant. »

« On est abandonné, "vous", vous ne représentez plus rien, vous ne méritez plus l'attention des médecins. »

« Se battre pour aller le voir, faire du forcing pour aller voir son propre enfant. Retirer un enfant c'est inhumain ! »

« Quand on veut poser des questions, les médecins ne sont pas là, on a affaire à des filles de salles, des aides-soignantes qui sont gentilles mais ne pouvant pas nous renseigner. On n'a plus aucun pouvoir de décider quoi que ce soit. »

« J'avais peur que l'attachement ne se fasse pas entre nous, qu'il ne me reconnaisse pas. Quand le lien s'est fait, c'était tout de suite quelque chose de très fort ! Un enfant c'est malléable, on peut tout faire avec. »

« Pour les mères qui n'allaitent pas, je ne vois pas comment le lien peut se créer ! »

« Je me suis battue pour un tire-lait ! »

« Pour les enfants qui n'ont pas tout de suite le lait de leur mère on dit qu'ils ne vont pas pouvoir avoir des anticorps tout de suite : et bien c'est vrai ! Tristan a fait des bronchiolites qui ont nécessité de la kiné respiratoire. C'était un enfant beaucoup plus malade que les autres. »

« C'est la fatalité qui nous poursuit, je suis une fille du distillène et mon accouchement prématuré doit être lié à cela. »

2. Témoignage de Madame B., une heure, le 9 novembre 2012.

Préambule :

Témoignage de Madame B. qui a accouché le 4 septembre 2009 par césarienne à 30 SA d'un petit garçon, Jarod, pesant 1500 g, à HautePierre (césarienne pour hémorragie sur placenta prævia).

J. : Pouvez-vous me dire comment la grossesse s'est déroulée et ce qui s'est passé ?

M^{me} B. : J'ai quatre enfants et en tout j'ai fait trois fausses couches. La première était ma deuxième grossesse, entre 14 et 16 SA. Ceci a été très traumatisant pour moi parce que je l'ai senti, une douleur au niveau du dos et une semaine après j'ai su que le cœur ne battait plus, ça faisait une semaine qu'il était décédé dans mon ventre. Il n'est pas sorti naturellement, on a dû aller le chercher, c'est quelque chose qui m'a hantée jusqu'à un peu avant la naissance de mon dernier. C'est des traumatismes qui restent, de ne pas savoir si c'est une fille ou un garçon (*blanc*). Après j'ai eu ma deuxième et troisième fille puis entre ma troisième fille et mon dernier petit j'ai fait 2 fausses couches coup sur coup. Ma dernière fausse couche a terminé en tragédie parce que 15 jours après ma fausse couche j'ai fait une hémorragie dans mes toilettes. J'ai perdu connaissance. Mon mari a appelé le SAMU qui m'a emmenée directement sur HautePierre. Les médecins m'ont dit qu'on devait m'emmener au bloc parce qu'ils voyaient quelque chose à l'échographie, ils essayaient de prendre des gants, ils tournaient autour du pot. En ayant le doute ils ont préféré faire un curetage. Je n'étais pas très « chaude » pour le curetage mais si ma vie en dépend (*blanc*). En fait ils soupçonnaient une môle mais ce n'était pas ça (*blanc*). Donc j'ai eu droit à un « super curetage ». Je pense que c'est ce curetage qui a fait que j'ai eu un placenta prævia pour Jarod, devant et en bas, la totale ! Quand j'étais enceinte, à deux mois et demi, j'ai eu des saignements, j'arrive aux urgences à Sainte Anne, ils croyaient que je venais pour accoucher parce que j'étais déjà très grosse. On m'a mise en arrêt de travail, j'ai travaillé en tout et pour tout 1 mois. J'ai toujours eu des épisodes de saignements [...]. Fin août j'ai été hospitalisée pour les saignements à Sainte Anne pendant une semaine. Je suis sortie de l'hôpital le mardi et le vendredi j'ai accouché. Cela s'est passé chez le gynéco, le placenta a lâché, j'ai fait une hémorragie, comme dans les films d'horreur, vous avez le sang qui se propage.

J. : Vous aviez eu un traitement quand vous étiez hospitalisée ?

M^{me} B. : Je pense, c'est assez flou en fait (*blanc*), même très flou (*blanc*). Maintenant je fais un traitement par l'EMDR, c'est un traitement par les yeux qui permet d'effacer des traumatismes du passé. Là, le psychiatre m'a parlé d'un choc post-traumatique que j'ai subi. La mort était tout de même très présente pour moi et mon enfant, la durée de vie pour une maman quand le placenta lâche c'est entre 20 min et 2 h. Jarod est né environ 1 h après. On était à cinq minutes près. C'était l'urgence, ceci me hante encore. Déjà quand le placenta a lâché, c'est deux secousses que j'ai senties dans mon ventre et j'ai juste eu le réflexe d'écarter les jambes et là c'est un robinet d'eau chaude à pleine puissance. C'est des sensations qui restent marquées au plus profond de nous. Après l'horreur de

cette prise en charge (*blanc*), pour moi j'allais à HautePierre pour une surveillance, être au repos. En fait quand vous êtes mise sur ce brancard, ça court à fond dans les couloirs. Là vous vous dites « c'est pas bon... » (*imitation*). La prise en charge était d'une violence extrême, la façon dont on me parlait. L'anesthésiste est venu vers moi, lui il voyait l'urgence de mon état, l'urgence pour mon bébé, il disait d'écouter le rythme cardiaque de mon bébé qui était très mauvais. Il fallait que je réponde à ses questions, j'étais tellement réticente parce qu'il m'avait fait un curetage il y a quelques mois alors qu'il n'y avait pas lieu d'être et il me dit qu'on va pratiquer une césarienne. Et je me dis « attendez mon bébé a 30 SA, je bosse aux Iris dans un institut pour enfant handicapé physique, je connais les conséquences d'un accouchement préma » (*avec intonation*). Là on me dit que mes minutes sont comptées, c'est comme si il m'avait mis une claque (*blanc*). Sur le coup c'est agressif, il faut vite vous déshabiller, vite vous raser partout parce que c'est une césarienne, après il faut vous mettre cette sonde urinaire à vif.

J. : Vous aviez accouché 3 fois normalement ?

M^{me} B. : Ah ben oui, il a toujours fallu me les provoquer mes accouchements. Pour moi, même si il y avait ce placenta prævia je me disais que ça va aller (*blanc*). Puis quand vous vous réveillez, vous réclamez votre bébé « ah non madame, il faut attendre, il faut attendre 6 heures... » (*imitation*), mais 6 h pour un bébé qui est tout petit c'est des semaines (*blanc*). Quand vous arrivez au septième étage, dans cet univers, vous êtes sur une autre planète. Il faut s'habiller, se désinfecter, rentrer là-dedans, c'est morbide, c'est hors normes (*blanc*). Vous voyez tous ces bébés, ces tuyaux, ces machines, ces bip bip, ces alarmes tout le temps... Je sortais de là j'avais tout le temps mal à la tête. Je me disais que mon bébé va vivre ici pendant des semaines, c'est inhumain. Je n'ai jamais pu l'embrasser, je n'ai jamais pu le sentir. J'ai pu l'avoir dans mes bras trois jours après. Quand vous l'avez dans les bras c'est tellement minuscule et avec tous ces fils.

J. : Il pesait combien à la naissance ?

M^{me} B. : Il avait un bon poids, il pesait quand même 1560 g, mais pourquoi il avait un bon poids, parce que je pense que c'était un quatrième, parce que je ne me suis jamais freinée au niveau de mon poids alors qu'on me dit qu'il ne faut pas manger ci, j'étais bien contente d'en avoir déjà pris 17 kg (*blanc*). Et cette question qui m'a beaucoup hantée : est-ce que je vais aimer mon bébé ? Quel va être le contact que je vais avoir ? Comment on va créer des liens ?

J. : Par rapport à la naissance, après cette césarienne, qu'avez-vous ressenti par rapport à la séparation ?

M^{me} B. : C'est horrible... C'est horrible... Quand j'ai eu ma première fille, j'étais toute jeune, j'avais 22 ans, je faisais toujours renifler sa tête à tout le monde. Je disais qu'elle sentait bon, j'aurais pu reconnaître mes bébés que par l'odeur. Ça a une odeur tellement particulière « son bébé » et Jarod je

n'ai jamais pu ! Après je me suis toujours dit : est-ce bien mon bébé ? Après on se dit oui c'est bien mon bébé parce qu'il réagissait énormément au son de ma voix. Quand je l'ai eu dans mes bras pour la première fois il a réagi en voulant ouvrir ses yeux parce qu'il n'arrivait pas encore à ouvrir ses yeux. Donc là, je lui ai dit : « pas la peine d'essayer d'ouvrir tes yeux Jarod, maman te voit et toi tu m'entends ça suffit ». La toute première fois que je l'ai vu dans sa couveuse, oui j'étais sa maman. On m'a dit que je pouvais toucher mon bébé, j'ai mis mon index et il a mis sa main autour, je lui ai parlé et là il a serré, il savait que j'étais sa maman... Moi je ne savais pas que c'était mon fils, mais lui savait que c'était moi car il a toujours entendu ma voix. Ça c'était aussi rassurant pour moi. Je me demandais comment j'allais faire pour l'aimer parce que je me suis toujours posée cette question : est-ce que je vais aimer mon bébé ? Quand on vous le pose sur le ventre, c'est magique, il n'y a rien de plus beau, c'est cet instant-là qui est tellement extraordinaire et là, vous n'avez pas tout ça (*blanc*). Il y a une douleur terrible suite à la césarienne et cette douleur psychologique qui fait que votre gamin se fait piquer de partout, il subit, vous êtes là, impuissante. Vous souhaitez prendre tout cela pour vous car c'est inhumain. Au fur et à mesure que vous avancez dans le temps il y a d'autres bébés qui arrivent, vous voyez ce que votre enfant a vécu les premiers instants de sa vie, ça c'est terrible. Dès que vous ouvrez les hublots de la couveuse le bébé s'excite car il pense qu'on va le piquer (*blanc*). La première semaine c'est l'incertitude s'il va vivre ou mourir. Au fur et à mesure des jours, vous voyez votre bébé, il fait pitié dans cette couveuse, ce bout de viande, tout frêle, la peau du cou, c'est de la peau et des os (*blanc*), c'est tout bizarre.

J. : Au bout de combien de temps vous l'avez eu sur vous ?

M^{me} B. : C'était quand même assez rapide, au bout d'une semaine environ. Bon, vous pouvez le toucher, on vous explique qu'il ne faut pas les caresser sinon ça fait des enfants hyperactifs, on vous explique comment poser les mains. Je pouvais donc toujours le toucher, il n'y avait pas de soucis. Mais quand vous avez votre bébé à côté, vous pouvez le prendre comme vous voulez, et là non. Et l'allaitement, pour moi c'était quelque chose de très important, encore plus pour lui que pour les trois autres. Vous vous battez avec un tire-lait. L'allaitement a bien marché, je l'ai allaité un an et une semaine. Mais quand vous êtes devant votre machine, super ! En plus ça fait très mal ! (*intonation*), et après quand vous mettez votre bébé au sein, c'est magique, vous vous dites : ça y est, c'est bientôt la fin de Haute-pierre.

J. : Quel est votre ressenti par rapport à un accouchement prématuré et à l'avenir qui en découle ?

M^{me} B. : Pour moi déjà c'était le handicap, ceci m'a toujours fait peur comme je travaille dans ce milieu. Je n'y ai pas échappé, Jarod est un enfant IMC, ceci est donc une infirmité motrice cérébrale, qu'on appelle plutôt maintenant paralysie cérébrale. Déjà ça, et le fait de ne pas avoir accouché naturellement, c'est quelque chose qui me hantera jusqu'à la fin de mes jours. Parce que juste après, quand j'irai mieux et je ne vais toujours pas mieux, j'avais envie d'un cinquième juste pour accoucher. Et là je me dis que c'est égoïste, il y a un bébé. Qu'est-ce que je ne donnerais pas pour qu'il puisse

naître naturellement, sans péridurale sans rien. J'ai quand même eu droit à un accouchement sans péridurale, c'est super, savoir l'accueillir, de ne pas le quitter en fait. Ne pas quitter son bébé ! Dans la mesure du possible dès que j'avais accouché j'avais toujours mon bébé avec moi, dans mon lit [...]. Je fais encore du co-bébé avec Jarod.

J. : Il est né quand exactement ?

M^{me} B. : Le 4 septembre 2009, et il a la même date de naissance que ma deuxième fille donc en fait j'ai des jumeaux de 10 ans d'écart mais avec deux extrêmes. Elle est venue normalement sans péridurale et Jarod c'était dans la précipitation. Maintenant, le lien que j'ai avec mon enfant, c'est mon seul et unique garçon, on dit toujours qu'une maman avec son garçon c'est différent qu'une maman avec ses filles, je pense que oui et ce lien est très fort parce qu'on dort encore ensemble, on a jamais été séparés depuis qu'on est revenus de Haute-pierre. Je n'ai jamais pu le laisser, ça c'est quelque chose de très difficile pour moi. Les mamans qui sortent d'un accouchement et qui rentrent à la maison sans leur bébé peuvent comprendre ce que nous on ressent. Parce que quand vous sortez de l'hôpital, vous venez d'accoucher et que vous n'avez plus votre bébé, c'est terrible ! Là, Jarod est à l'école, cela s'est fait tout doucement, progressivement. On suit tous les deux une thérapie pour comprendre, pour évacuer tous ces moments difficiles. La nuit il a besoin de moi, il a besoin de me toucher le visage. Ça fait trois nuits que j'arrive à le coucher et ne pas rester à côté de lui pour qu'il s'endorme, c'est une grande première. [...]. Il y a toujours ce lien qui est très très fort. Quand je le laisse au papa ou à la grande sœur, il va réclamer 10 fois, 100 fois, « elle est où maman ? » (*imitation*), malgré le fait qu'il sache que je vais rentrer, on lui a bien expliqué. [...] J'essaye de faire beaucoup plus attention à la séparation avec lui. À l'école, la pédopsychiatre m'a dit de ne surtout pas le laisser 3 h seul, sinon cela réactive ce moment d'abandon qui était très très fort chez lui.

J. : Justement, par rapport à ce lien, cette séparation, comment avez-vous ressenti cela ?

M^{me} B. : Alors, pour supporter déjà cette séparation lorsque je quittais Haute-pierre et que je rentrais à la maison sans lui, dès que je franchissais la porte de la sortie de l'hôpital, je n'avais plus de bébé (*blanc*), pour pouvoir supporter l'insupportable. Après par rapport à cette séparation, quand j'étais encore hospitalisée donc une semaine, mon sentiment à moi était : « suis-je encore vivante ? Suis-je dans un autre monde ? Une autre dimension ? ». J'ai toujours été en apesanteur, je ne comprends toujours pas ce sentiment-là, j'essaye de trouver pourquoi. La mort c'est quelque chose qui me hante encore maintenant, je pense que je l'ai touchée de très près. J'étais présente sans être présente, je voyais tout ce qui se passait mais c'est comme si je flottais, ceci a duré pendant plusieurs semaines. C'est là que le psy m'a parlé de choc post-traumatique, c'est exact, il y a des images qui reviennent tout le temps, tout le temps, tout le temps ! (*parle en insistant*) J'ai l'impression qu'il y a un tsunami qui est passé dans mon corps. Il fallait que j'aie vu mon bébé, c'était vital, je savais que lui avait besoin de ma présence pour aller mieux. Je savais très bien qu'un bébé a besoin de sa maman, c'est 50 % de la guérison voire même plus, pour moi c'est beaucoup plus. C'est vrai qu'il fallait toujours que je

bipe pour qu'on puisse m'emmenner parce qu'avec une césarienne dès que j'essayais de marcher je tombais en plus j'avais une tension au ras des pâquerettes. J'ai accouché le vendredi à 14 h, pour vous dire, le lundi j'ai pu monter voir mon bébé seule. La souffrance, elle, passait après, il fallait que je me batte, moi, cela passe après. Il fallait que je le vois parce que j'avais tellement peur qu'il n'y avait pas ce lien, ce contact, de me dire si je vais l'aimer.

J. : Aviez-vous l'impression qu'il y avait un rejet ?

M^{me} B. : Ce n'est pas un rejet, c'est quelque chose de différent comme sentiment, il n'y a jamais eu de rejet mais c'est : « est-ce que je vais l'aimer ? Est-ce que ça va être comme les autres ? ». Ce lien qui ne s'est pas créé au moment magique où on vous le pose sur le ventre. Quand vous voyez les yeux de votre bébé qui s'ouvre et qui vous regarde, là c'est quelque chose de fusionnel, c'est indescriptible, on ne peut pas le mettre en mot ce moment-là. Et là, vous n'avez pas de lien, vous n'avez rien, c'est le néant. Moi, ma culpabilité, je n'ai pas dit au revoir à mon bébé.

J. : Au revoir ?

M^{me} B. : Oui, quand il a quitté mon ventre, tout était dans l'urgence. Je ne lui ai pas dit qu'on allait se retrouver après, je n'ai pas pu le faire.

J. : Justement, le fait d'arrêter la grossesse, aviez-vous l'impression d'être encore enceinte ?

M^{me} B. : Non, je me suis sentie vide tout de suite, il n'y a plus rien. Et la césarienne c'est quelque chose qui me hantait [...]. Après une césarienne, vous n'êtes pas bien, quand vous accouchez naturellement, vous passez un petit quart d'heure un peu difficile (*ton de la rigolade*) mais après vous êtes opérationnelle, faire le bain du bébé, vous couchez comme vous le voulez. Avec une césarienne vous ne pouvez pas faire grand-chose, la douleur est là, vous avez mal, c'est une opération ! (*avec insistance*) Celles qui prônent les césariennes sont complètement tarées !

J. : Par rapport au placenta prævia, vous saviez tout de même que c'était...

M^{me} B. : Qu'il y avait un risque de césarienne ?

J. : Normalement il n'y a pas d'autre solution s'il est complètement recouvrant.

M^{me} B. : Il fallait qu'il se remonte d'un petit centimètre, c'est ce que le gynéco m'avait dit, il est toujours optimiste, il savait très bien que la césarienne me faisait très peur. Pour moi ce n'était déjà pas possible que j'accouche avant l'heure et en plus avec une césarienne, c'était deux choses que j'occultais complètement, c'était pour les autres. On est jamais préparé à un accouchement prématuré, on en parle jamais, dans toutes mes préparations à la grossesse on m'en a parlé zéro fois.

C'est quelque chose qui ne nous atteint pas, tant que vous ne l'avez pas vécu, vous ne pouvez pas le comprendre. C'est comme devenir maman. Quand on me dit : « je te comprends » surtout avec un préma, et bien non, tu ne comprends pas ! (*ton d'énervement*).

J. : C'est un autre monde.

M^{me} B. : Un monde que je n'aurais jamais voulu connaître. Je ne le souhaite à personne.

J. : Est-ce que la séparation, dès la naissance, a-t-elle altéré le lien qui doit se créer dans les mois qui suivent ?

M^{me} B. : Il y avait une différence, moi je trouve que le lien est très fort, beaucoup plus qu'avec les trois autres, maintenant ce que je dis c'est peut-être parce que c'est un petit garçon. Si ça avait été une fille j'aurais peut-être pu vous le dire plus facilement parce que j'avais la référence avec mes trois autres. Avec Jarod déjà c'est un petit garçon qui est très câlin, très demandeur, et au niveau du contact, du lien, on s'est toujours beaucoup touchés. Dès le début j'avais instauré des rituels, je lui chantais une chanson quand j'arrivais, « Les petits poissons dans l'eau ». La seule partie du corps où je pensais que la peau pouvait ne pas s'arracher, c'était la paume de sa main, on se caressait la paume de la main. C'est encore maintenant, quand il dort, il me caresse, c'est quelque chose qui est resté depuis la couveuse. On a toujours beaucoup parlé, beaucoup plus qu'avec mes filles. C'est un bébé qui est toujours dans la demande, de lui raconter quand il était petit. J'ai pu lui parler de sa couveuse. Ce lien je trouve qu'il est beaucoup plus fort, beaucoup plus puissant.

Les deux-trois premiers jours le temps que j'émerge de tout cela, le vendredi je l'ai vu quelques minutes, là c'est l'horreur, c'est le choc. Le samedi, j'étais dans un état second, je n'ai pas arrêté de pleurer, j'étais mal, j'avais passé une nuit terrible pour toutes les vérifications toutes les heures et cette douleur qui est terrible, je ne peux même plus dire quand est-ce que je l'ai vu le samedi. Le dimanche mes enfants ont pu le voir. C'est le lundi vraiment, le quatrième jour où je me suis dit vraiment que je devais me reprendre en main, que je devais me secouer, ce gamin avait besoin de moi. En fait j'avais l'impression que c'était extérieur à moi (*blanc*). C'est le quatrième jour où vous reprenez un peu de force, votre état, c'est bon, je n'arrivais pas à me booster, c'était le minimum vital que j'avais. Je voulais tout de suite partir de l'hôpital parce qu'il y avait mes filles, et Jarod, j'étais tiraillée. Mon amie sage-femme m'a dit de profiter d'être sur place, quand je serai sur Obernai, retourner à Strasbourg le temps et l'énergie que ça allait me demander. Heureusement qu'elle m'a un peu secouée, j'étais trop fatiguée, je n'avais plus d'énergie, le minimum que j'avais c'était pour prendre l'ascenseur et rester à côté de lui. Même rester assise me demandait une énergie terrible, la douleur est quand même là, mais c'était ce lien qu'il fallait que je crée, c'est vital ! Vous vous demandez comment vous allez réussir et en fait c'est lui qui vous prend la main et qui vous guide, il bouge quand vous le touchez, c'est lui qui vous apporte l'énergie nécessaire, c'est lui qui me boostait. On m'a toujours dit que c'était un petit garçon très courageux. C'est des choses qui vous boostent malgré le fait que vous mettiez des mois et des années à vous en remettre.

J. : Aviez-vous l'impression d'être différente dans la prise en charge avec ce petit qu'avec les trois premières ?

M^{me} B. : Déjà par rapport à l'hygiène ! (*rires*) Votre regard change quand vous êtes passé au septième étage de HautePierre. Même quand vous invitez du monde, jusqu'au dernier moment il faut savoir si ils ne sont bien pas malades, si les invités sont malades, ce n'est pas la peine de venir, en plus avec la grippe A. Vous êtes toujours sur le qui-vive, vous êtes à l'affût des microbes, dès qu'il y a quelqu'un qui est malade, il se balade avec le masque, ce n'est pas de la parano mais presque. Tout désinfecter, tout javelliser. La prise en charge est différente, avant on mettait le bébé dans les bras de tout le monde, certes on se lave les mains avant mais il n'y avait pas cette dimension d'hygiène. Essayer de faire attention au bruit, être vigilante par rapport à cela, il a vécu un mois et demi dans un monde d'alarme donc j'essaye qu'on soit respectueux de son sommeil sans qu'on soit tout de même obligés d'arrêter de vivre. Le bruit rassure quand même beaucoup le bébé, mais être respectueux de ce qu'il a vécu, ce qu'il a enduré.

C'est le dernier donc vous vous dites qu'on aura besoin de rien mais en fait c'est pour lui qu'on a le plus acheté (*sourire*). On a acheté un berceau suspendu pour qu'il puisse se balancer, un nid douillet pour essayer de reconstituer quelque chose de cocon. J'ai acheté une écharpe de portage, toujours pour l'avoir tout contre soi.

J. : Un peu pour recréer comme...

M^{me} B. : ... Oui ! (*avec enthousiasme*) C'est vrai que le peau à peau dans la mesure du possible quand il n'était pas trop fatigué je le portais, je l'avais beaucoup sur moi. À la maison, il était réglé toutes les trois heures, je pouvais donc m'occuper de mes filles. Dès qu'il est arrivé à son terme théorique, c'était comme un bébé à terme. L'allaitement était à la demande, son rythme était complètement dérégulé. Il y a vraiment eu cette coupure entre le prématuré et le bébé qui devait naître. À partir de ce moment-là on a vu une différence, là il était scotché à moi. C'était plus aucun repère par rapport à l'allaitement, c'était n'importe quand, je n'arrivais plus à le coucher, il dormait très mal la nuit, il est donc revenu dans la chambre avec nous. Je ne savais pas quoi faire en fait. J'étais déstabilisée par rapport à un autre enfant né à terme. Vous n'avez pas de repères et vous vivez au jour le jour, c'est déstabilisant. Il était du coup tout le temps avec moi, besoin d'être tout le temps rassuré.

J. : Donc là, vous n'arrivez pas à vous séparer ?

M^{me} B. : J'arrive à me séparer pour l'école, ceci se passe très bien. Il a une auxiliaire de vie scolaire due à son handicap. Les nuits on essaye, on a essayé pas mal de choses. Déjà cette thérapie qui l'aide à pouvoir exprimer certaines choses. On va aussi sur Saint-Dié voir un médecin qui fait de l'orthobionomie, on a essayé de traiter entre autres les nuits du fait de cette séparation. Le médecin m'a dit que ça allait être très long, on est patients. Notre vie de couple en prend aussi un coup. Plus il

va être rassuré par nous, mieux sera le détachement de cette séparation. Si vous brusquez trop vite les choses, cela risque de laisser des séquelles. Et je n'en ai pas envie. J'ai envie de limiter les dégâts par rapport à cela. Ce que je dis toujours, la seule erreur que j'ai faite, c'est de ne pas être restée à l'hôpital la nuit quand je suis sortie de l'hôpital. Pour les siestes il dort dans son lit, dans sa chambre tout seul sans soucis. Mais les nuit ça ne va pas. À HautePierre, je restais du matin jusqu'au soir, tard, le papa prenait le relais jusqu'à 23 h. Mais jusqu'à 9 h ou 10 h du matin il était seul à HautePierre sans nous. Je pense que c'est à cause de cela, pourquoi les siestes se passent sans problème. Pourquoi les nuits déjà chez un enfant né à terme c'est toujours un peu difficile donc pour lui c'est terrible. Mais chez lui il y a toujours le même cauchemar qui revient, il y a un méchant papa qui vient, qui me griffe ou qui me demande des câlins. [...] C'est toujours à la même heure, ses cauchemars arrivent entre 1 h 30 et 2 h du matin. Vous vous dites qu'il n'est pas programmé mais toujours à cette tranche d'heure il est réveillé et toujours un monsieur méchant vient le voir. Que se passe-t-il dans leurs nuits à ces bébés-là. On n'en parle jamais de ces choses nocturnes qui doivent graviter autour de ces enfants. Ce n'est pas évident de parler de cela avec des médecins, heureusement que les psys sont ouverts à ce genre de propos. [...]. Il y a des choses qu'on n'explique pas mais qui sont tout de même présentes.

J. : Il n'y a pas que les adultes qui ressentent des choses lors de traumatismes, lors d'un accouchement prématuré, le bébé, souvent on dit qu'il ne sent rien...

M^{me} B. : Tout à fait, ils ressentent beaucoup plus qu'on ne peut se l'imaginer. Un corps se rappelle toujours, il a une mémoire [...]. Sachant toutes les répercussions qu'il peut y avoir à l'âge adulte, j'ai toujours été très vigilante à Jarod par rapport à tout cela. Dès le début, c'était évident pour moi qu'on aille voir une psy pour évacuer au maximum tout cela. C'est vrai que je suis plutôt basée sur les médecines parallèles, je trouve qu'il y a beaucoup plus de solutions que dans la médecine traditionnelle.

J. : Pour vous tout s'est créé, il y a eu un lien très fort avec votre bébé, des fois il y a des mamans qui n'arrivent pas à se dire que c'est mon bébé, qu'il ne ressemble pas aux autres bébés, parfois il y a un rejet tout de même...

M^{me} B. : La question qu'on m'a posée quand j'ai accouché c'est si je me sentais coupable de ça, jamais je ne me suis sentie coupable d'avoir accouchée avant l'heure, j'ai toujours dit que c'est la faute d'HautePierre, ils m'ont fait un curetage, si ils ne me l'avaient pas fait, mon petit œuf se serait implanté correctement, je pense qu'il n'avait pas assez de matière pour se mettre. Pour moi non, j'ai fait ce qu'il fallait, je n'ai jamais culpabilisé par rapport à cette naissance, Jamais ! (*avec insistance*) On vivait au jour le jour par rapport à tout cela. Pendant deux ans on vit au jour le jour par rapport à l'évolution de son bébé. Jarod est resté bébé un an, j'ai eu un bébé pendant quasiment un an, c'est tout petit. J'ai occulté le fait qu'il ne grandisse pas comme les autres, je me référais toujours parce qu'il est né trop tôt. C'est quand il a eu deux ans qu'on a eu le verdict, on a fait une IRM, on voyait

certaines positions qui me faisait penser à certains de mes anciens élèves mais voilà, c'est parce qu'il est préma... Vous avez la kiné qui essayait de vous dire certaines choses mais vous ne l'entendez pas. Quand le verdict tombe toute cette souffrance que vous avez essayée de soigner, de colmater, tout remonte à la surface, vous vous projetez deux ans avant. Et là c'était : « comment vais-je faire pour m'en sortir ? » J'ai essayé de gravir chaque marche, et là, tout retombe, vous dites que non ce n'est pas possible. Il n'y a pas que vous qui êtes prise dans tout cela, il y a les sœurs qui subissent, la fratrie qui souffre énormément. [...]. Il faut soutenir tout cela, mais la maman elle a des limites, même avec le papa, tout le monde se met sur la bouée "maman", mais à un certain moment on coule, mais on n'a pas le droit ! (*rire jaune*). Quand vous dites que ça ne va pas, on s'en étonne. C'est d'apparence, on ne le voit pas, mais c'est à l'intérieur que c'est mort (*pleurs*)... Je ne sais pas comment surmonter ça, c'est un traumatisme, vous n'avez pas la féerie d'un accouchement, vous n'avez pas la joie de montrer le petit frère aux sœurs. [...]

Il y a une association à HautePierre qui s'est créée, je me rends compte que pour la plupart c'est leur premier, je me dis qu'elles avaient que « Le » bébé, moi il y en avait trois avant, il fallait que j'arrive à gérer tout cela, c'était difficile. Après je me dis que si c'était mon premier, c'est clair et net que j'en aurais jamais eu d'autres. Ceux qui arrivent à surmonter cela, qui se disent qu'ils vont en faire un deuxième... (*soupir*) J'ai une amie son bébé était moins préma que Jarod, il est né à 32 ou 34 semaines, cinq ans après elle s'est dit qu'elle va faire le deuxième, le deuxième est né à 30 semaines et 5 jours, c'était une pré-éclampsie. Malgré le fait qu'il soit plus préma, le traumatisme était plus important pour son aîné. Elle l'a mieux vécu pour le deuxième. Pour moi je sais que c'était impossible d'avoir un enfant après si c'était mon premier. Pour moi, personnellement, ça m'a complètement détruite, je ne suis plus comme avant, avant j'osais peut être moins dire les choses par rapport aux médecins, alors qu'avec Jarod non c'est d'abord moi qui gère. On se sent beaucoup plus forte après une chose pareille.

J. : Donc heureusement que vous avez ce lien avec votre petit, c'est ceci qui vous maintient en vie.

M^{me} B. : Il me permet de ne pas sombrer, il a toujours le sourire, il est heureux. On sent que c'est vraiment le pilier de la maison. Il a bouclé la boucle de notre famille, il nous a unis. On était unis mais il nous a encore plus unis vu l'ampleur de tout cela. [...] Ce que j'ai ressenti quand j'ai quitté HautePierre avec mon bébé c'est qu'on est livrées à nous-mêmes, on est seules. Il n'y a pas assez de prise en charge pour les mamans, vous êtes livrée à vous-même.

J. : Vous savez l'âge corrigé qu'il avait lorsque vous êtes sorti ?

M^{me} B. : Il est sorti un mois avant le terme, on est sorti le 15 octobre, il aurait dû naître le 18 novembre. Quand il naît ils vous disent qu'il faut toujours se référer au terme, vous partez sur une hospitalisation de deux mois et demi, mais il n'a été hospitalisé que un mois et demi. Ça allait, l'allaitement se passait bien il n'y avait plus de raison qu'il reste hospitalisé. À un certain moment je

leur ai demandés d'avoir une chambre dans le service kangourou, on ne peut plus être séparés. Dès que je quittais sa chambre il faisait des apnées et il me regardait... c'est inhumain.

J. : Et l'allaitement ?

M^{me} B. : C'était magique.

J. : Ça a sauvé quelque chose, c'est vraiment nécessaire ?

M^{me} B. : Pour moi OUI (*avec insistance*), pour moi pendant toute la durée de l'allaitement il n'y a pas eu de soucis de santé. Dès que j'ai arrêté l'allaitement et que j'ai commencé l'alimentation c'est là que les soucis ont commencé pour lui. [...]

3. Témoignage de Madame M., 20 minutes, le 10 janvier 2013

Préambule :

Témoignage de Madame M. qui a accouché le 16 mai 2012 à 30 SA d'un petit garçon, Jean, pesant 1500 g par césarienne à l'hôpital de Hautepierre (césarienne pour pré-éclampsie sévère et HELLP syndrome). Jean a été intubé et admis en réanimation néonatale.

M^{me} M. : C'est une deuxième grossesse à 36 ans qui ne s'est pas très bien passée dès le début, avec des complications d'hypertensions à 28 SA, qui étaient traitées. C'était très suivi car la première grossesse s'était très mal passée aussi, avec des contrôles sanguins très réguliers pour vérifier qu'il n'y ait pas de pré-éclampsie. 30^e semaine, lors des résultats d'une prise de sang à 19 h un mardi soir en consultant sur internet, j'ai constaté qu'il n'y avait plus de plaquettes. Donc j'ai appelé Adassa où je devais accoucher normalement à 41 SA avec un suivi de sages-femmes le plus zen et autres. Ils m'ont bien dit que ça n'allait pas du tout, qu'ils organisaient mon transfert vers Hautepierre. On devait faire garder Manon qui avait cinq ans, j'ai dû faire venir quelqu'un pour la garder, ça a été fait un peu dans l'effolement, mon sac n'était pas prêt non plus. En arrivant, étant donné que mon premier accouchement s'est passé à la 34^e semaine, j'avais déjà vécu un moment difficile avec une séparation à la naissance. Donc quand je suis arrivée, je savais déjà à peu près ce qui m'attendait. Par contre je ne savais pas comment était le bébé, car 30 semaines c'est quand même très tôt, ils ont été assez rassurants par rapport aux échographies qui ont été faites. Je suis arrivée vers 23 h, et l'accouchement a eu lieu à 5 h du matin le lendemain.

Julie : Quelle a été votre voie d'accouchement?

M^{me} M. : Une césarienne sous anesthésie générale, on n'avait pas trop d'autres choix, vu l'urgence à cause des plaquettes. Le bébé Jean est né avec 1,5 kg, ce qui était assez rassurant, apparemment, pour les médecins. Donc il a tout de suite été admis en réa-néonatalogie, le papa a pu le suivre et le voir tout de suite.

J. : Il n'a pas pu assister à la césarienne dû à l'anesthésie générale ?

M^{me} M. : Lui il était à côté. Ensuite, je ne sais plus trop quand est-ce que je me suis réveillée, quelques heures après, j'étais contente de voir mes pieds bouger car je m'attendais au pire. C'était une pré-éclampsie avec un HELLP syndrome sévère, ce qui fait que je n'étais pas très bien tout de suite non plus. J'ai mis plusieurs heures à plusieurs jours à pouvoir me relever.

J. : Vous étiez directement dans le service ou vous avez fait un passage en réanimation?

M^{me} M. : Juste le temps de se réveiller. Je me suis réveillée normalement. Après l'anesthésie, je ne suis restée que quelques heures. J'ai intégré directement le mercredi le service de maternité.

J. : D'accord donc vous n'avez pas été hospitalisée en réanimation, uniquement quelques heures au réveil.

M^{me} M. : Après j'ai pu voir Jean je pense le premier jour, j'ai un doute, je pense que je suis quand même montée en chaise-roulante le mercredi soir, je ne sais plus trop car ça fait déjà loin, ça fait déjà presque huit mois. Je l'ai vraiment enfui dans ma mémoire, mais loin, je ne vis pas du tout avec ça au quotidien, ça fait huit mois, pour moi c'est vraiment du passé, je reprends une activité, tout suit son cours, il a un poids tout à fait correct... Bref, après, les quatre premiers jours il était en service de réanimation, c'est assez angoissant parce qu'on ne sait pas trop comment le petit va réagir. Mais le médecin était confiant. C'est vrai que c'est le côté "au jour le jour" qui est un peu horrible à vivre. Par contre le personnel du service était vraiment adorable, on ne peut pas dire autre chose. Même Manon, sa grande sœur a pu le voir, elle a eu un petit livre qui expliquait bien ce qui venait de se passer, c'est quelque chose d'hyper important, car la famille n'a pas forcément tous les mots pour expliquer ce qu'il se passe, là, d'avoir ce soutien c'était vraiment très bien pour elle, elle l'a très bien vécu je crois car il y a eu les bonnes explications, on ne lui a pas interdit de le voir. Le bébé a tout de suite été très réactif, il a tout de suite tendu ses bras vers elle, c'était trop mignon j'ai une photo où ils se touchent, trop mignon ! (*sourire*). Après il y a eu les étapes, moi je suis restée une semaine. Le dimanche j'étais toute seule, je suis montée, je suis encore tombée dans les pommes et deux jours après j'ai dû quitter le service, c'était un peu violent ! Jean est resté quatre jours en réanimation.

J. : Il a été intubé ?

M^{me} M. : Il a été intubé mais pas très longtemps, deux jours. Non, même pas deux jours, ils l'ont placé sous oxygène rapidement. L'oxygène a pu être arrêté assez rapidement aussi. Du mercredi jusqu'au dimanche il était en réanimation. Je crois qu'il aurait pu intégrer le service des soins intensifs le samedi mais il n'y avait pas assez de place. Il est resté 15 jours en soins intensifs, et puis après j'ai pu réintégrer le service de néonatalogie avec lui, dans une chambre. Encore une semaine, donc c'était bien un mois en tout. Puis j'ai pu l'allaiter.

J. : Par rapport à cet allaitement, c'était un peu difficile au début ?

M^{me} M. : Oui après du coup, vu qu'on avait fait un maximum de peau à peau, la montée de lait s'est faite assez rapidement. La stimulation avec le tire-lait, toutes les trois heures même la nuit, du coup il a eu assez de lait dès le début. Après, il y eut la phase où on proposait le sein au bébé. Il ne tétait pas, c'était un peu difficile, c'était super contraignant c'est clair, se promener avec son tire-lait partout. On fait que ça en fait, des allers-retours à l'hôpital et tire-lait à l'hôpital ou ici, mais bon ça s'est bien fait. On a réussi à le faire téter en le nourrissant au doigt et à la paille, pour stimuler la succion. Je crois qu'au doigt et à la paille il a dû manger en intégrant le service de soins intensifs, il était nourri comme ça là-bas. Il ne tétait pas encore, c'était pour essayer de mettre en place l'allaitement complet

que j'ai pu faire cette intégration 24h/24. Je crois que la veille du départ il ne mangeait pas encore tout seul, mais « hop, au revoir il n'y a plus rien à faire chez nous » (*imitation*). Ça s'est bien passé. Forcément si on voit ça huit mois après on est beaucoup plus zen, puisque tout va bien pour l'instant. Je ne sais pas si il y avait des complications et autres, si j'aurais le même regard par rapport à cet accouchement. Ce qui est certain c'est que, comme j'ai vécu la chose il y a cinq ans avec Manon...

J. : C'était une césarienne aussi?

M^{me} M. : ...Ce n'était pas une césarienne, on a pu me déclencher en arrivant, un lundi. En fait j'étais en observation quelques heures et on m'a déclenchée et j'ai accouché le lendemain, suite à la prise des médicaments. C'est resté un très mauvais souvenir, parce qu'on ne s'attend pas à ça, pour une première grossesse, on n'est jamais informé. Apparemment c'est très rare, moi je ne le vois pas comme quelque chose de rare, car ça m'est arrivé deux fois et à l'hôpital j'étais entourée de gens qui ont vécu la même chose. Quand j'en parle au médecin il me dit "ce qui vous est arrivé c'est hyper rare, j'ai vu deux cas comme vous dans toute ma vie" (*imitation*). Ce côté de rareté, moi qui le vis plutôt "ah bon voilà, ça m'arrive une deuxième fois" (*imitation*). Mais la première fois c'est vraiment traumatisant parce qu'on ne s'attend pas à ce qu'on puisse être loin de son bébé. Manon est juste restée deux nuits en soins intensifs. Elle est de suite redescendue avec moi dans la chambre. Mais le traumatisme est beaucoup plus important que Jean qui est resté un mois. Je pense qu'il y a cette notion-là aussi de vécu.

J. : Au niveau du ressenti au moment de la naissance, c'est un peu difficile du fait de votre anesthésie générale, par rapport à la première naissance, quel était votre ressenti au moment de la naissance, le fait que ce soit un prématuré... ?

M^{me} M. : On ne sait pas ce qui nous arrive, comment va être le bébé, en bonne santé ou pas.

J. : Et par rapport à la séparation?

M^{me} M. : Par rapport à la séparation, la deuxième fois, je suis arrivée à 23 h on m'a donné mon tableau et je savais exactement de quoi il s'agissait. En arrivant à l'hôpital, je m'étais déjà préparée, en accouchant presque 12 h après, je savais exactement ce qu'il en était du bébé donc je ne l'ai pas trop mal vécu, enfin c'est un moment hyper difficile, mais on passe au-delà de la séparation physique... (*blanc*) Pour Manon ça a été horrible, un vrai traumatisme, un état de choc effectivement. Et puis le problème de la pré-éclampsie, c'est aussi tous les symptômes que vous avez d'hypertension, de malaises, d'œdèmes... C'est effroyable car on n'arrive pas à cicatrifier tout ça [...]. Le premier accouchement j'étais au service de maternité à Haute-pierre, mais je pense qu'à cette époque-là, il y avait la maternité et les gens en pathologie. Là, cette fois-ci, je ne sais pas quel service j'ai intégré car avec les travaux je crois qu'ils ont tout regroupé. Dans tous les cas, j'étais avec des

gens qui avaient eu des soucis, alors que la première fois ce n'était pas ça du tout. Et le personnel était infecté aussi la première fois, ça a un impact énorme ! Quand vous êtes désespérée, que vous ne savez même pas comment vous allez ressortir de là. Si on n'a pas un peu de soutien, ce n'est pas évident. C'est essentiel pour la survie, la survie de tout le monde. Si la maman survit, le bébé aussi. Je ne sais pas si je suis très claire.

J. : Votre ressenti face à un accouchement prématuré, et à l'avenir. Savoir que vous avez accouché prématurément, à quoi cela vous fait penser ? Sur le coup ?

M^{me} M. : Ben, sur le coup on pense au bébé, on ne sait pas si il va avoir des séquelles ou pas, est-ce que l'accouchement prématuré va lui permettre de survivre. Est-ce qu'il va être en bonne santé ou pas, quand vous voyez votre bébé intubé, c'est le ressenti immédiat. Après au fur et à mesure des jours, étant donné que tout se passe bien, il y a une attitude beaucoup plus zen, beaucoup plus de douceur, car on est au contact de son bébé c'est ce qui compte le plus finalement. Quand on voit qu'il va bien, on est rassuré. Mais c'est vrai qu'il y a toujours ce doute qui se met en place, même encore aujourd'hui, il faut essayer de s'abstenir de penser aux risques de séquelles et autres, ça c'est sûr.

J. : Vivre au jour le jour...

M^{me} M. : Oui, voilà c'est ça. C'est ce qu'il faut essayer de faire pour profiter un maximum.

J. : Et justement le fait d'avoir déjà accouché prématurément, le ressenti était différent la deuxième fois ? Est-ce que c'était la même chose, la même peur ?

M^{me} M. : Non beaucoup moins de peur.

J. : Même si le terme était beaucoup plus avancé ?

M^{me} M. : Oui, oui. Et puis même par rapport à ça, je ne dis pas, le mois d'hospitalisation, c'est vrai que c'est une épreuve horrible, il n'y a pas de mot tellement c'est horrible, mais après en fait, quand vous rentrez avec votre bébé à la maison et que tout va bien... (*blanc*) Enfin le fait de l'avoir vécu deux fois, et pourtant c'était beaucoup plus *light* avec Manon, je l'ai vécu de façon beaucoup plus zen avec Jean. Beaucoup, beaucoup moins angoissée. Avec Manon la première année, si il y avait un biberon qu'elle ne finissait pas, j'étais super angoissée, mais je pense que c'est l'accumulation de choses : le premier bébé, le fait que ça se soit mal passé, toujours une angoisse car on ne sait pas. Maintenant Manon c'est la plus grande de sa classe, il n'y a jamais rien eu. Et puis, c'était à 34 semaines, elle avait 2,4 Kg, elle n'avait pas du tout la même patate, mais j'ai ressenti beaucoup plus d'angoisse avec elle qu'avec Jean, mais je pense que c'est très personnel, même en faisant des tableaux statistiques je ne suis pas sûre, je ne sais pas (*perplexe*).

J. : Tout dépend, c'est très aléatoire au niveau des résultats.

M^{me} M. : Oui c'est vraiment très personnel, chacun est différent.

J. : Oui, même la façon d'évaluer les choses au niveau des études diffère. On n'en sort pas grand chose.

M^{me} M. : Il y a trop de différences pour pouvoir comparer et tirer des conclusions claires.

J. : Pendant l'hospitalisation de Jean, est-ce qu'on vous initie à l'appréhender, comment le toucher, entrer en contact avec lui, analyser ses réactions, est-ce que tout ça on vous l'a expliqué?

M^{me} M. : Pas ses réactions. Par contre, quand on allait le voir, les premières fois il y avait toujours quelqu'un, et après on restait seuls avec le bébé. On pouvait lui faire sa toilette, le changer. Pour le prendre vu qu'il était câblé, il fallait toujours l'aide de quelqu'un pour l'avoir sur soi, ce qui est normal. Toute façon dans ce service-là c'est que des machines qui bipent tout le temps. Mais on ne m'a pas expliqué spécifiquement ses réactions, mais bon c'était un bébé quoi. D'ailleurs c'était un bébé hyper calme, il est encore comme ça. On a eu beaucoup de chance, à part les quatre jours où on ne sait pas trop si il va tenir ou pas (*dit très vite*), il n'y a jamais eu de moment où on s'est dit "qu'est-ce qu'il va lui arriver ?" (*imitation*). C'était vraiment un bébé où on avait l'impression qu'il continuait sa grossesse dans la couveuse. Ça se passait vraiment de façon optimale, il prenait du poids, jamais de fièvre ni d'infection, pas de détresse respiratoire, apparemment il ne pleurait pas. Quand c'est comme ça, ce n'est pas grave, on se dit qu'il est pris en charge, qu'il suffit d'attendre un peu. On était présent un maximum, ça c'est vrai. On était à côté tout le temps, c'était très positif pour nous (habiter à quelques kilomètres de Haute-pierre). Manon a pu venir dès qu'elle le voulait, c'était bien, et on sentait qu'il réagissait dès le début, même tout petit, il avait les sens en éveil, bon il ne voyait pas ça c'est sûr, il a ouvert les yeux tout de même, dès le début. La première fois que je l'ai pris dans les bras, il avait vraiment un regard figé.

J. : Vous avez pu faire au bout de combien de temps le peau-à-peau ?

M^{me} M. : Le samedi, donc trois, quatre jours après. Il était encore sous oxygène mais en alternance. On me le laissait 20 minutes.

J. : Ça change, la première fois où vous l'avez contre vous.

M^{me} M. : C'est des moments... (*blanc*) C'est tout doux.

J. : Après, c'est quatre jours qui sont quand même longs. Même si vous n'étiez pas très bien, le temps passe différemment quand on est aussi hospitalisé.

M^{me} M. : Oui bon faut toujours attendre qu'il y ait quelqu'un..... on coupe ? (*pleurs*)

Madame M. ne peut plus continuer l'entrevue, nos dires l'ont bouleversée.

ANNEXE III : Fiche d'information et formulaire de consentement

FICHE D'INFORMATION

Bonjour mesdames,

Je suis actuellement étudiante Sage-Femme à l'école de Strasbourg en dernière année d'étude. Je suis en train de faire un mémoire qui a pour thème **le lien mère-enfant et la prématurité.**

Ma problématique est : « la séparation précoce de la mère et de son bébé lors d'accouchement prématuré a-t-elle des répercussions sur l'instauration de leur lien ? »

Je souhaiterais recueillir quelques témoignages de mamans ayant accouchées prématurément. Pour cela je vous propose un temps de rencontre pour un entretien. Ceci me permettra d'étoffer mon travail, de le rendre plus vivant et plus réel.

Si vous acceptez de participer, voici mes coordonnées :

Julie Lorentz 06.75. **.**. ou julie*****@*****.com

PS : Je peux évidemment me déplacer. Merci d'avance.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Par la présente, je soussignée, _____, donne mon consentement libre et manifeste à ce que tous les renseignements que j'ai communiqué à _____, soit retranscrits dans un mémoire à titre anonyme.

Date et signature :

Annexe IV : Guide d'entretien

« Lien mère-enfant et ressentis de mères ayant accouché prématurément »
Entretiens réalisés dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme.

Objectifs : Obtenir le ressenti de mères ayant accouché prématurément afin d'étayer nos hypothèses sur le lien mère-enfant.
Type d'entretien : face à face, individuel semi-directif
Lieu des entretiens : Bas-Rhin
Nombres d'entretiens réalisés : 3

Guide d'entretien auprès des mères

1) Présentation

Pouvez-vous nous expliquer ce qu'il s'est passé, en quelques phrases ?

But : comprendre la situation lors de cette naissance.

2) Sentiments au moment de l'accouchement

Qu'avez-vous ressenti au moment de la naissance ?

But : obtenir une description des sentiments et des émotions lors de l'accouchement.

3) La prématurité

Quel est votre ressenti face à un accouchement prématuré et à l'avenir qui en découle ?

But : obtenir une description des sentiments et des émotions sur l'avenir perçu.

4) Le lien

La création du lien a-t-elle été altérée suite à cet accouchement prématuré ?

But : obtenir le ressenti des mères sur le lien mère-enfant.

Annexe V : Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations (HAS)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
<p>Niveau 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essai comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p>Preuve scientifique établie A</p>
<p>Niveau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	<p>Présomption scientifique B</p>
<p>Niveau 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins 	<p>Faible niveau de preuve C</p>
<p>Niveau 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	