

Présentation WAIMH-FRANCE – 30 SEPTEMBRE 1999

(Article préparé en octobre 2001)

Interactions, attachement et parentalité lors d'une naissance prématurée

Ayala NICOLE¹, Blaise PIERREHUMBERT¹, Margarita FORCADA-GUEX², Lyne
JAUNIN², Carole MULLER-NIX¹ & François ANSERMET¹

¹Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Lausanne

¹Département médico-chirurgical de Pédiatrie, Division de néonatalogie, Centre Hospitalier
Universitaire Vaudois, Lausanne

Référence:

Borghini, Ayala ; Pierrehumbert, Blaise ; Forcada Guex, Margarita ; Jaunin, Lyne ; Müller
Nix, Carole ; Ansermet, François. Interactions, attachement et parentalité lors d'une naissance
prématurée; premières réflexions dans le cadre d'une recherche longitudinale. Bulletin /
WAIMH francophone, 2001, Vol. 6, n° 3, p. 7-21

Correspondance : Ayala Nicole, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de
l'Adolescent; 25A, Rue du Bugnon; 1005 Lausanne; Switzerland. Tél. : +41 21 314 74 85
Fax: +41 21 314 74 81. E-mail: Ayala.Nicole@inst.hospvd.ch

Subsides de recherche : Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNRS) No. 32-
49712.96 ; Fondation pour la Psychiatrie de la Petite Enfance, Lausanne

Introduction

Cette présentation relate une étude longitudinale sur le devenir de la prématurité, conduite conjointement par le Service de Néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV, Lausanne), l'Unité de Développement de ce service, la Pédopsychiatrie de Liaison et l'Unité de Recherche du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA).

Cette recherche a pour objectif d'étudier l'impact de la naissance prématurée sur les parents, sur la relation parents-enfant et sur le développement de l'enfant pendant les premières années de vie. De nombreux aspects sont abordés, tels que les représentations parentales, l'interaction parents-enfant mais aussi les caractéristiques de l'enfant, son développement, son tempérament. La population est composée de bébés prématurés nés avec un âge de gestation inférieur ou égal à 33 semaines ainsi que d'un groupe contrôle d'enfants nés à terme.

Après une revue de littérature sur le sujet, cet article présente les premiers résultats de l'étude, concernant les six premiers mois d'observation. Ces résultats sont principalement présentés de manière qualitative, les données quantitatives n'étant pas encore disponibles dans leur totalité.

Prématurité et accès à la parentalité

La naissance prématurée représente pour les parents un événement dont la portée traumatique est aujourd'hui mieux connue (Thompson et al, 1993 ; Hynan, 1996). Les sentiments liés à la naissance se mêlent à d'intenses émotions liées en particulier à l'incertitude relative à l'état de santé du bébé et à son devenir. Ce climat d'anxiété, auquel s'ajoute la difficulté à entrer en contact avec l'enfant au cours de l'hospitalisation, peut rendre difficile la construction des premiers liens entre l'enfant et ses parents, et affecter ainsi la transition vers la parentalité.

Lors d'une naissance à terme, les parents ont l'occasion de vivre progressivement, au cours des premières semaines, la rencontre avec leur enfant. Ce processus est notamment soutenu par les soins quotidiens nécessaires au bébé : le toucher, le regard, le partage des affects et les réponses aux besoins de l'enfant. En contraste, dans le cas d'une naissance prématurée,

l'enfant est enlevé, au moins dans un premier temps, au regard de ses parents. Cette séparation peut donner lieu à un sentiment d'arrachement. L'étrangeté s'ajoute alors à la sidération et à la difficulté de réaliser l'exacte mesure de l'événement.

Dans les semaines qui suivent la naissance, la fragilité du bébé prématuré et les incertitudes concernant son évolution sont source d'anxiété plus ou moins forte et prolongée, et ceci indépendamment de l'état réel de l'enfant (Brunod, 1998). A cela s'ajoute le fait que l'environnement d'une unité de soins néonataux, dominé par une technicité sophistiquée, peut être intimidant et contribuer à alimenter une anxiété diffuse chez les parents, souvent peu familiarisés à ce type de milieu (Miles et al., 1991).

Ainsi, l'anxiété relative à l'état de l'enfant, la privation des interactions précoces entre la mère, le père et le bébé, les opportunités limitées d'entrer en contact avec l'enfant en raison notamment de ses faibles capacités à communiquer, représentent autant d'obstacles à l'établissement d'une relation parents-enfant satisfaisante et à la formation du processus d'attachement (Minde et al., 1983).

Depuis plusieurs années, les professionnels de la santé, concernés par le devenir de ces enfants, sont sensibles à cette dimension et la plupart des unités de soins néonataux prennent aujourd'hui des mesures pour favoriser au mieux la construction des liens entre l'enfant prématuré et ses parents. Plusieurs auteurs ont mis sur pied des programmes offrant aux parents et/ou aux enfants un support au cours de l'hospitalisation (Als, 1986 ; Sarimski, 1986 ; Lindsay et al., 1993). La méthode "kangourou" (Ludington et al., 1994 ; Legault et al., 1994), de plus en plus répandue, tient ici une place importante.

Interactions et attachement : conséquences à long terme de la prématurité

La difficulté pour les parents comme pour l'enfant de construire les premiers liens au cours de ces semaines voire de ces mois d'hospitalisation questionne d'emblée à propos de l'impact à long terme d'un tel événement. Quelles seront les caractéristiques de la parentalité après une naissance prématurée ? Quelles sont les conséquences de la prématurité sur la relation entre l'enfant et ses parents ? On trouve dans la littérature un grand nombre de travaux ayant cherché à répondre à ces questions. Ils étudient en particulier les interactions parents-enfant et les patterns d'attachement de l'enfant.

Les interactions entre le bébé prématuré et ses parents, en particulier la mère, ont été largement investiguées. La plupart de ces travaux montrent que les interactions mère-bébé prématuré ont tendance à différer de celles avec un bébé à terme. Les mères de prématurés ont plutôt tendance à être surstimulantes (Field, 1979), plus actives et plus intrusives (Goldberg et al., 1986) mais aussi plus vigilantes et plus réceptives aux signaux de l'enfant (Leblanc, 1989). Les bébés sont aussi moins actifs et moins attentifs (Brown & Bakeman, 1980). Les interactions paraissent également moins synchronisées (Karger, 1979). Wille (1991) souligne que la mère éprouve souvent moins d'affects maternels positifs en regardant son bébé tandis que Field (1979) constate que les bébés sourient moins au cours de l'interaction.

D'autres travaux mettent l'accent sur le fait que ces interactions restent de bonne qualité (Greenberg et al., 1992 ; Escobar et al., 1991). Brachfield et al., (1980) soulignent, en outre, que les différences constatées ont tendance à disparaître au cours de la première année.

Une même tentative d'explication a été proposée par plusieurs auteurs. Goldberg & Di Vitto (1983), Leblanc (1989), Greenberg et al. (1988), Barratt et al. (1992) et Shermann-Eizirik (1997) ont tous mis en avant le fait que ces différences interactives constituaient probablement une adaptation aux compétences particulières du bébé prématuré, une sorte d'ajustement à ses besoins spéciaux, facilitant ainsi l'adaptation et le développement de l'enfant.

Etant donné les différences constatées dans l'interaction chez les mères d'enfants prématurés, on peut se demander si la prématurité constituerait un facteur de risque pour la relation d'attachement. On sait en effet que certaines caractéristiques de l'interaction (par exemple la synchronie) constituent un déterminant important de ce qui est décrit comme un « attachement secure » par Mary Ainsworth (Ainsworth et al., 1978).

Plusieurs recherches ont entrepris de mesurer l'impact de la naissance prématurée sur les patterns d'attachement observés chez l'enfant. Elles utilisent la plupart le paradigme de la Situation Etrange, réalisée au cours de la deuxième année de vie de l'enfant. Les résultats de ces études sont contradictoires. Ainsi, Easterbrooks (1989) ne trouve pas de différences entre les proportions d'enfants "insecure" et "secure", en comparant une population de prématurés avec une population témoin. Frodi et Thompson (1985), Brown & Bakeman (1980) et Macey et al., (1987) ne constatent pas non plus de différences et appuient l'hypothèse d'une adaptation du style interactif de la mère aux difficultés de l'enfant.

D'autres travaux viennent toutefois nuancer ces observations. Crockenberg (1981) et Wille (1991) ont mis en évidence le rôle du statut socio-économique dans la qualité de la relation d'attachement : une moins grande proportion de patterns d'attachement "secure" serait observée chez d'anciens prématurés nés dans des familles de bas niveau socio-économique. Plunkett et al. (1986), quant à lui, met en avant le rôle du statut médical de l'enfant à la naissance : plus l'enfant est gravement atteint, plus il y aurait de risques qu'il présente un pattern d'attachement "insecure". Enfin, Goldberg (1988), étudiant les VLBW (very-low-birth-weight, enfants de moins de 1500 grammes à la naissance), propose une catégorisation spécifique, composée d'enfants "secure" mais présentant un plus grand nombre de traits d'ambivalence et de résistance que dans une population normale. Elle a appelé cette catégorie les "marginally secure".

Mais les résultats plutôt contrastés rapportés par la littérature récente ne permettent pas, a priori, de confirmer l'hypothèse que la prématurité constitue un facteur de risque pour la relation d'attachement. Il est intéressant de souligner que ces travaux concernaient de manière spécifique l'attachement de l'enfant au parent. Or, sachant que la prématurité est - pour le parent - source de préoccupation au sujet de l'enfant, on peut se demander si l'attachement du parent envers l'enfant (et non plus de l'enfant envers le parent) pourrait se trouver affecté par cette expérience de la prématurité.

Afin d'explorer cette question, nous nous référerons à un instrument destiné à évaluer l'attachement du parent à l'enfant : le Working Model of the Child Interview.

L'interview d'attachement du parent à l'enfant

L'interview « Working Model of the Child Interview » (WMCI), développé par Zeanah (Zeanah et al., 1993 ; Benoit et al., 1997) permet d'investiguer les patterns d'attachement du parent envers son enfant. Cet instrument est directement dérivé de l'entretien d'attachement adulte (AAI), dont il reprend une partie des concepts.

Rappelons d'abord quelques aspects de la théorie de l'attachement, ainsi que les instruments qui y sont étroitement associés.

Concepts de base de la théorie de l'attachement

Le concept d'attachement, décrit par Bowlby (1969), souligne la présence d'une double polarité entre le besoin de sécurité et le désir d'explorer l'environnement. Un état d'alarme lié à un manque de sécurité, une menace, une tension interne, induit chez l'individu une recherche de réconfort auprès d'un entourage familial ; une fois l'individu rassuré, la conduite d'exploration et de socialisation peut reprendre. De la qualité de l'attachement dépend donc, d'une certaine manière, la possibilité de s'autonomiser progressivement. Les styles d'attachement de l'enfant envers ses parents ont été décrits par Bowlby et ses successeurs, en particulier Mary Ainsworth, par le biais notamment de la Situation Etrange (Ainsworth et al., 1978), un paradigme expérimental mettant en situation des moments de séparation et de réunion de l'enfant avec la figure d'attachement. Trois patterns ont été décrits dans un premier temps : l'attachement secure, l'attachement insecure-évitant et l'attachement insecure-ambivalent. Une quatrième catégorie a été ajoutée plus tardivement : l'attachement désorganisé-désorienté décrit par Main, Kaplan et Cassidy (1985).

Par le biais de la construction de « modèles internes opérants », sur la base des premières expériences relationnelles, l'enfant va pouvoir comprendre et anticiper les comportements et les motivations de ses proches. Ces modèles sont intimement associés à la manière dont, plus tard, l'adulte régit la plupart de ses relations et, en particulier, ses attitudes envers ses propres enfants. L'Adult Attachment Interview (AAI : Main, Kaplan et Cassidy, 1985) permet de mettre en évidence, sur la base d'entretiens avec les sujets, quatre types de modèles internes d'attachement chez l'adulte : détaché, autonome, préoccupé et désorganisé. Une correspondance élevée a été constatée entre les modèles d'attachement des mères, mis en évidence par l'AAI, et le pattern d'attachement de l'enfant observé à un an dans la situation étrange (Van Ijzendoorn, 1995). Ces études montrent que les pattern d'attachement tendent à se transmettre d'une génération à l'autre (Fonagy et al., 1993 ; Benoit et Parker, 1994).

Si l'étude des phénomènes transgénérationnels suscite un certain engouement, un grand nombre de questions restent toujours en suspens, notamment en ce qui concerne les mécanismes de transmission du parent au bébé. Plusieurs études ont mis en évidence l'importance de la responsivité maternelle (sensibilité aux signaux de l'enfant, capacité de comprendre ses demandes et d'y répondre de façon adéquate) pour l'établissement d'un attachement sécurisé (Half & Slade, 1989 ; Fonagy et al., 1993), ce facteur ne peut cependant

expliquer à lui seul la correspondance des patterns d'attachement entre parents et enfants (Van Ijzendoorn, 1995).

L'entretien d'attachement adulte (AAI) évalue l'état d'esprit global de l'adulte à l'égard des relations d'attachement, notamment en regard de ses expériences infantiles ; le WMCI, par contre, cherche à mettre en évidence le style d'attachement du parent envers un enfant particulier.

Description du WMCI

Le WMCI est constitué de quinze échelles permettant de décrire les caractéristiques de l'entretien semi-structuré mené avec le parent. Les perceptions du parent à propos de son enfant et de la relation qu'il a établi avec celui-ci sont au centre de l'investigation. D'autres thèmes abordés concernent le caractère de l'enfant, sa personnalité, sa manière de réagir en famille au quotidien mais aussi lors d'événements particuliers comme les moments de séparation, de frustration, lors des disputes avec ses frères et sœurs, etc..

Six échelles qualitatives et deux échelles de contenu sont utilisées :

Richesse des perceptions (évaluation qualitative de la richesse ou de la pauvreté des perceptions du parent à propos de l'enfant)

Ouverture au changement (évaluation de la flexibilité des représentations parentales à propos de l'enfant)

Intensité d'implication (dans quelle mesure le parent est-il impliqué, absorbé émotionnellement par ce qui concerne l'enfant ?)

Cohérence du discours (évaluation de l'organisation des idées et des sentiments à propos de l'enfant)

Sensibilité par rapport aux besoins de l'enfant (évaluation de la reconnaissance par le parent des besoins à la fois physiques et émotionnels de l'enfant)

« Acceptance » (l'enfant est-il accepté par le parent en tant qu'individu présentant des besoins spécifiques auquel le parent doit s'efforcer de répondre ?)

Difficultés (difficultés présentées par l'enfant et surtout ressenties comme telles par le parent)

Peurs irrationnelles (peurs irrationnelles du parent par rapport à la santé, la sécurité de l'enfant).

A l'aide d'une grille de codage, les huit échelles reçoivent des scores, sur la base desquels on détermine le pattern d'attachement présenté par le parent. Trois catégories principales sont proposées : représentations « équilibrées », représentations « désengagées » et représentations « déformées ». Ces trois catégories correspondent à celles définies pour la Situation Etrange et le AAI. Le codage du WMCI requiert un entraînement au codage du AAI.

« Balanced » (representations équilibrées)	« Disengaged » (representations désengagées)	« Distorted » (representations déformées)
Equilibre entre implication et reconnaissance des besoins de l'enfant	Non-implication et ignorance des besoins de l'enfant; distance émotionnelle	Implication mais ignorance des besoins de l'enfant; représentations confuses et anxieuses

Tableau 1 : Catégories du WMCI

Répartition des catégories du WMCI

Le tableau 2 compare les proportions des types de représentations au WMCI, pour trois échantillons : l'échantillon original de Zeanah (Benoit, Zeanah et al., 1997 ; n = 96), le groupe de prématurés de l'étude de Lausanne (n = 43), et le groupe d'enfants nés à terme de la même étude (n = 25).

	representations équilibrées	representations désengagées	representations déformées
Echantillon original	52%	24%	24%
Nés à terme, ét. de Lausanne	52%	12%	36%
Prématurés, ét. de Lausanne	32%	42%	26%

Tableau 2 : Proportions de catégories WMCI

Il apparaît clairement que la prématurité semble influencer les représentations d'attachement du parent envers l'enfant, dans la direction d'une moins grande proportion de représentations « sécurisées » ou équilibrées ; et une proportion plus importante de représentations désengagées.

Outre la mise en évidence de ces différents patterns, l'objectif de notre étude est de mettre en lien ces représentations avec les caractéristiques interactives parentales. Dans un but illustratif, nous présentons ci-dessous deux vignettes.

Deux vignettes cliniques

Stéphanie

Stéphanie naît par césarienne à 28 semaines de gestation avec un poids de 725 grammes. L'accouchement est décidé en urgence suite à un HELLPS Syndrome maternel. L'état de l'enfant est d'abord inquiétant : après une asphyxie néonatale importante, Stéphanie présente, au cours des premiers jours, une hémorragie cérébrale de grade II ainsi qu'une maladie des membranes hyalines de stade III. Plusieurs bradyapnées et bradycardies ponctuent en outre son séjour à l'hôpital qui s'étale sur plus de 70 jours. Lorsque l'enfant atteint 40 semaines post-conception, il ne subsiste pourtant aucune séquelle importante. Et à l'âge de 6 mois corrigés, Stéphanie présente un status neurodéveloppemental sans particularités.

En ce qui concerne la relation entre Stéphanie et sa mère, on constate des éléments plus difficiles. Par le biais d'un entretien réalisé avec la mère de Stéphanie lorsque celle-ci atteint 6 mois corrigés, on observe qu'une distance émotionnelle et une certaine indifférence caractérisent la relation de la mère avec Stéphanie. Les descriptions épisodiques (événements du quotidien) sont pauvres et orientées uniquement vers des questions factuelles. La mère parle ouvertement de sa difficulté à se sentir mère tout en situant son discours dans le passé alors que les difficultés semblent encore bien présentes : « *C'est pas évident ... il a fallu quelques mois pour se mettre en confiance parce que c'est vrai elle est née mais finalement on s'en est pas beaucoup occupé, c'était surtout le personnel soignant alors on se rendait pas compte* » « *En fait, on est livré à soi-même ... il y a des jours c'est pas drôle, ils pleurent et on*

ne sait pas ce qu'il y a. Ils leur manque la parole moi je dis on devrait naître avec la parole ».

Le WMCI met en évidence des représentations d'attachement maternelles de type désengagées. Toutes les échelles qualitatives obtiennent des scores très bas : pauvreté et rigidité des représentations, manque d'implication maternelle et de sensibilité aux besoins de l'enfant, etc.. La tonalité émotionnelle de l'entretien est plate : peu de joie, mais pas davantage de colère ou de déception ; prime surtout l'indifférence.

Un éclairage complémentaire sur cette relation est fourni par l'étude des interactions mère-bébé, évaluées lors d'une situation de jeu filmée (à 6 mois) et codées selon la méthode de Patricia Crittenden (1981).

Mère	Enfant
Sensibilité : 4	Coopération : 5
Contrôle : 2	Difficulté : 0
Passivité : 5	Passivité : 5

Tableau 3 : Scores de Stéphanie et de sa mère, situation de jeu (étalement des scores : 0-7)

Ces scores indiquent que la mère est particulièrement passive, figée n'osant initier un jeu, plus préoccupée par le regard qu'on pose sur elle que par le jeu avec sa fille. Le niveau de stimulation est très faible et peu varié. Stéphanie, livrée à elle-même, est très sérieuse, acceptant les jouets proposés sans les explorer activement. Les échanges visuels sont presque inexistants. La passivité et le manque de plaisir dominent l'interaction.

Il semblerait donc qu'à la distance émotionnelle observée par le biais des représentations d'attachement, correspondent des interactions d'une grande passivité. Toute la relation mère-enfant semble éteinte, triste, ralentie. Il est possible que des éléments dépressifs du côté de la mère jouent un rôle dans ce tableau. Le questionnaire de dépression utilisé dans le cadre de notre recherche (EPDS, Cox, 1987 ; Guedeney, 1997 pour la validation francophone) montre un score de 9 points. Ce score est très inférieur au seuil clinique de 13 points, toutefois il peut attester la présence de certains signes dépressifs chez cette mère.

Chloé

Chloé naît par césarienne à 26 semaines de gestation avec un poids de 750 grammes. Il y a en fait deux bébés à la naissance. La sœur jumelle de Chloé décèdera à trois jours de vie, suite à une hémorragie cérébrale de grade III entraînant la décision médicale de suspendre la réanimation de l'enfant. Pendant l'hospitalisation, d'une durée de 80 jours environ, Chloé présente une évolution plutôt favorable malgré une croissance staturo-pondérale insuffisante et une alerte due à la survenue d'une entérocolite ulcéro-nécrosante. Lorsque Chloé rattrape son terme, il ne subsiste, comme dans le cas de Stéphanie, plus aucune séquelle. Le status neurodéveloppemental ne présente aucune particularité, à l'âge de 6 mois corrigés.

Du côté des parents, on constate des éléments dépressifs importants (le score à l'EPDS de la mère est de 15 points, donc au-dessus du seuil clinique), de même que des signes d'un état de stress post-traumatique, lié à la naissance prématurée et également au décès de la jumelle ; celle-ci reste très présente dans la pensée des parents. Les entretiens avec la mère nous permettent d'observer des représentations assez pauvres mais surtout négatives à l'égard de Chloé perçue, à l'âge de 6 mois, comme une enfant difficile, réclamant beaucoup, demandant une disponibilité totale de la part de ses parents : « *ça l'énerve qu'on s'occupe pas d'elle ... il faut qu'on s'occupe d'elle tout le temps* ». Dans le même temps la mère se montre très impliquée dans son rôle de mère, mais de manière exclusive, « collée », laissant peu de place au père qui « *fait tout le temps faux* ». La mère dit tout connaître des besoins de sa fille ; ce qui n'empêche pas que les besoins réels de l'enfant nous apparaissent comme peu pris en compte.

Les représentations d'attachement maternelles (WMCI) mettent en évidence un pattern « déformé ». Les échelles qualitatives obtiennent des scores très bas, à l'exception de celle concernant l'intensité de l'implication, qui est maximale. L'enfant, qui semble prise dans les projections maternelles, est perçue comme très difficile. Les sentiments de colère et de déception priment.

L'observation des interactions permet de mettre en évidence une dimension de contrôle importante chez la mère, qui cherche à diriger le jeu selon ses désirs. L'enfant se montre

effectivement difficile, pleurant lorsque la mère lui enlève, assez maladroitement, les jouets. Une impression de froideur, de malaise et de rigidité domine l'interaction.

Mère	Enfant
Sensibilité : 2	Coopération : 4
Contrôle : 7	Difficulté : 5
Passivité : 3	Passivité : 2

Tableau 4 : Scores de Chloé et de sa mère, situation de jeu (étalement des scores : 0-7)

Il semblerait qu'à la distorsion des représentations observées par le biais du WMCI, où l'enfant semble peu considérée pour elle-même, répondent des interactions peu optimales, où le contrôle maternel et le comportement difficile de l'enfant empêchent l'émergence de moments de plaisir partagé.

Ces deux vignettes présentées de manière clinique sur la base des instruments utilisés dans le cadre de notre recherche, donnent l'occasion de mettre en évidence plusieurs éléments :

- Il semble exister un certain isomorphisme entre certains aspects interactionnels et représentationnels ; ces caractéristiques pourraient permettre une approche de la parentalité pendant les premiers mois de vie de l'enfant.
- Même lorsque l'ancien prématuré présente, du moins sur le plan neuro-développemental, une évolution relativement bonne, les profils interactifs et les représentations d'attachement parentales peuvent ne pas être optimaux.
- L'apparition, chez les parents, de difficultés émotionnelles liées à un état de stress post-traumatique ou à des éléments dépressifs joue probablement un rôle au niveau des caractéristiques interactionnelles et représentationnelles pendant les premiers mois suivant la naissance.

La question qui se pose alors est de savoir, à long terme, si les spécificités de la parentalité joueront un rôle important au niveau du développement de l'enfant.

Références

- AINSWORTH M.D.S., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S. (1978) *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale N.J., Lawrence Erlbaum Ass.
- ALS H. (1986) A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. Special issue: the high-risk neonate: developmental therapy perspectives. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 6, (3/4), 3-55.
- BARRATT M.S., ROACH M.A., LEAVITT L.A. (1992) Early channels of mother-infant communication: preterm and term infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1193-1204.
- BENOIT D., PARKER K.C.H. (1994) Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- BENOIT D., ZEANA C.H., PARKER K.C., NICHOLSON E., COOLBEAR J. (1997b) "Working Model of the Child Interview": infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18 (1), 107-121.
- BOWLBY J. (1969) *Attachement et perte*, vol. 1: *Attachement*. Traduction française: 1978, Paris, PUF.
- BRACHFELD S., GOLDBERG S., SLOMAN J. (1980) Parent-infant interaction in free play at 8 and 12 months: effects of prematurity and immaturity. *Infant Behavior and Development*, 3, 289-305.
- BROWN J., BAKEMANN R. (1980) Relationships of human mothers with their infants during the first year of life: effects of prematurity. In: R.W. Bell, W.P. Smotherman (Eds) *Maternal influences and early behavior*. New York, Spectrum (353-373).
- BRUNOD R. (1998) Quand les prémas vont bien. *Devenir*, 10 (3), 95-102.
- CRITTENDEN P.M. (1988) Relationships at risk. In : J. Belsky, T. Nezworski, *Clinical implications of attachment*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, N.J. (136-174).
- COX J., HOLDEN J. (1994) *Perinatal psychiatry; Use and misuse of the EPDS*. London: Gaskell.
- CROCKENBERG S.B. (1981) Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 52, 857-865.
- EASTERBROOKS M.A. (1989) Quality of attachment to mother and to father: effects of perinatal risk status. *Child Development*, 60, 825-830.
- ESCOBAR G., LITTENBERG B., PETITTI D. (1991) Outcome among surviving very low-

- birthweight infant: a meta-analysis: *Archives of Disease in Childhood*, 66, 204-211.
- FIELD T. (1979) Interaction patterns of term and preterm infants. In: T. Field, A. Sostek, S. Goldberg & H. Shuman (Eds) *Infants born at risk-behavior and development*. New York, Spectrum (333-356).
- FONAGY P., STEELE M., MORAN G., STEELE H., HIGGITT A. (1993) Measuring the Ghost in the Nursery: an empirical study of the relation between parents mental representations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 957-989.
- FRODI A., THOMPSON R. (1985) Infant's affective responses in the strange situation: Effects of prematurity and of quality of attachment. *Child Development*, 56, 1280-1290.
- GOLDBERG S., DiVITTO B. (1983) *Born too soon: preterm birth and early development*. San Francisco, W.C. Freeman.
- GOLDBERG S., PERROTTA M., MINDE K., CORTER C. (1986) Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons. *Child Development*, 57, 34-46.
- GOLDBERG S. (1988) Risk factors in infant-mother attachment. *Canadian Journal of Psychology*, 42 (2), 173-188.
- GREENBERG M.T., CRNIC K.A. (1988) Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Development*, 59, 554-570.
- GREENBERG M. T., CARMICHAEL-OLSON H., CRNIC K.A. (1992) The development and social competence of a preterm sample at age 4: prediction and transactional outcome. In: S. Friedman, M. Sigman (Eds) *The psychological development of low birthweight children*. New Jersey, Ablex Publishings Corp (125-155).
- GUEDENEY N. (1997) Dépressions maternelles postnatales : "Devenir mère" ou "qu'il existe bien une différence des sexes". *Devenir*, 9 (2), 21-32.
- HAFT W.L., SLADE A. (1989) Affect attunement and maternal attachment : a pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 3, 157-172.
- HYNAN M.T. (1996) Helping parents cope with a high-risk birth : the journey from incompetence to confidence. *Bulletin of the National Perinatal Association*, 16, 1,4,6.
- KARGER R. (1979) Synchrony in mother-infant interactions. *Child Development*, 50, 882-885.
- LEBLANC M. (1989) Comparaison du comportement des mères d'enfant à terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé. *Psychiatrie de l'enfant*, 32 (1), 249-268.
- LEGAULT M., GOULET C. (1994) Sortir le prématuré de l'incubateur. De la méthode traditionnelle à la méthode kangourou. *L'Infirmière du Québec*, 2, 34-41.
- LINDSAY J.K. ROMAN L., DE WYS M., EAGER M., LEVICK J., QUINN M. (1993) Creative caring in the NICU: parent to parent support. *Neonatal Network*, 12, 37-44.

- LUDINGTON-HOE S.M., THOMPSON C., SWINTH J., HADEED A.J., ANDERSON G.C. (1994) Kangaroo care: research results and practice implications and guidelines. *Neonatal Network*, 13, 19-27.
- MACEY T.J., HARMON R.J., EASTERBROOKS M.A. (1987) Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (6), 846-852.
- MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY J. (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In: I. Bretherton & E. Waters (Eds). Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-106.
- MILES M.S., FUNK S.G., KASPER M.A. (1991) The neonatal intensive care environment: sources of stress for parents. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2, 346-354.
- MINDE K., WHITELAW A., BROWN J., FITZHARDINGE P. (1983) Effects of neonatal complications in premature infants on early parent-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 25, 763-777.
- PLUNKETT J.W., MEISELS S.J., STIEFEL G.S., PASICK P.L. (1986) Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25 (6), 794-800.
- SARIMSKI K. (1986) Psychologische interventionen in der nachtbetreuung fruhgeborener kinder / Psychological interventions in services for preterm infants. 13th Congress for Applied Psychology of the BDP (1985, Bonn, Wets Germany). *Fruhforderung-Interdisziplinär*, 5 (2), 87-92.
- SHERMANN-EIZIRIK L. (1997) Interaction between mothers and infants born at risk during the first six months of corrected age. *Acta Paediatrica*, 86 (8), 864-872.
- THOMPSON R.J., OEHLER J.M., CATLETT A.T., JOHNDROW D.A. (1993) Maternal psychological adjustment to the birth of an infant weighing 1500 g. or less. *Infant Behavior Development*, 16, 471-485.
- VAN IJZENDOORN M.H. (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- WILLE D.E. (1991) Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14, 227-240.
- ZEANAH C.H., BENOIT D., BARTON M., REGAN C., HIRSHBERG L.M., LIPSITT L.P. (1993) Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (2), 278-286.