

UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE

Département de Psychiatrie
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

**Influence d'une hospitalisation prénatale sur les facteurs de stress
parentaux lors d'une naissance prématurée**

THESE

préparée sous la direction du Docteur Carole Müller-Nix, PD, MER

et présentée à la Faculté de biologie et de médecine de
l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Mathilde MORISOD HARARI

B.M.T.E 3682

Médecin diplômée de la Confédération Suisse
Originaire de Troistorrents(VS)

Lausanne

2012

Bibliothèque Universitaire
de Médecine / BiUM
CHUV-BH08 - Bugnon 46
CH-1011 Lausanne

WS
410
HAR

Imprimatur

Vu le rapport présenté par le jury d'examen, composé de

Directeur de thèse Madame le Docteur Carole Müller Nix

Co-Directeur de thèse

Expert Monsieur le Professeur Jean-François Tolsa

*Directrice de l'Ecole
doctorale Madame le Professeur Stephanie Clarke*

la Commission MD de l'Ecole doctorale autorise l'impression de la thèse de

Madame Mathilde Morisod

intitulée

*Influence d'une hospitalisation prénatale sur les facteurs de
stress parentaux lors d'une naissance prématurée*

Lausanne, le 20 novembre 2012

*pour Le Doyen
de la Faculté de Biologie et de Médecine*

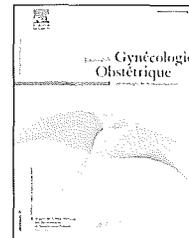


*Madame le Professeur Stephanie Clarke
Directrice de l'Ecole doctorale*



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Influence d'une hospitalisation prénatale sur les facteurs de stress parentaux lors d'une naissance prématurée

Influence of prenatal hospitalization on parental stressful experience in the case of a premature birth

M. Morisod-Harari^{a,*}, A. Borghini^a, P. Hohlfeld^b, M. Forcada-Guex^c,
C. Muller-Nix^a

^a Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, département de psychiatrie, centre hospitalier universitaire Vaudois, hôpital Nestlé, avenue Pierre-Decker 5, 1011 Lausanne, Suisse

^b Département de gynécologie-obstétrique-génétique, centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

^c Service de néonatalogie, département médico-chirurgical de pédiatrie, centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

Reçu le 28 février 2012 ; avis du comité de lecture le 5 juillet 2012 ; définitivement accepté le 13 juillet 2012

MOTS CLÉS

Hospitalisation prénatale ;
Naissance prématurée ;
Facteurs de stress parentaux

Résumé

But. – Investiguer l'influence d'une hospitalisation prénatale précédant une naissance prématurée sur les facteurs de stress parentaux et la relation parent–enfant lors de l'hospitalisation en néonatalogie ainsi que sur les symptômes de stress post-traumatique parentaux.

Population et méthodes. – Population : 51 enfants prématurés et 25 enfants nés à terme (groupe témoin). Quatre groupes : groupe témoin, prématurés sans hospitalisation prénatale, prématurés avec hospitalisation courte (< 8 jours) et prématurés avec hospitalisation longue (≥ 8 jours). Instruments : le Parental Stressor Scale : Neonatal Intensive Care Unit (PSS : NICU, Miles et al., 1993 [14]) et le Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ, Quinnell et Hynan, 1999 [16]).

Résultats. – En cas d'hospitalisation prénatale, les parents se disent plus stressés par l'environnement du bébé en néonatalogie. Les mères avec une hospitalisation prénatale courte (< 8 jours) se différencient significativement du groupe témoin par plus de symptômes de stress post-traumatique. Les parents présentant plus de symptômes post-traumatiques décrivent la relation avec leur bébé en néonatalogie comme significativement plus difficile.

Conclusion. – Cette étude indique l'attention à apporter aux patientes hospitalisées brièvement en prénatal (< 8 jours). Il s'agit d'un groupe plus à risque de présenter des symptômes de stress post-traumatique qui peuvent engendrer des troubles dans la relation à l'enfant.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mathilde.morisod@chuv.ch (M. Morisod-Harari).

KEYWORDS

Prenatal hospitalization; Prematurity; Parental stress factors

Summary

Objectives. – To investigate the influence of prenatal hospitalization before a premature birth, on the parental stressful experience, parental symptoms of post-traumatic stress and quality of parent-infant interaction during the hospitalization in neonatology.

Population and methods. – Population: 51 preterm infants born and 25 full term infants control. Four groups: controls, premature without prenatal hospitalization, premature with a short (< 8 days) prenatal hospitalization and premature with a long (≥ 8 days) prenatal hospitalization. Instruments: the Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU, Miles et al., 1993 [14]) and the Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ, Quinell and Hynan, 1999 [16]).

Results. – When prenatal hospitalization of the mother occurred, parents acknowledged increased stress induced by the environmental factors during the infant's hospitalization. Furthermore, mothers from the group with a short prenatal hospitalization presented significantly more symptoms of post-traumatic stress. Parents presenting more symptoms of post-traumatic stress describe a significantly more difficult interaction with their infant in neonatology.

Conclusion. – This study highlights the necessity to deliver special care to women hospitalized shortly (< 8 days) prior to the delivery of their premature baby. This group is at high risk of presenting post-traumatic stress symptoms, which could have a negative impact on the quality of parent-infant interactions.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

De nos jours, on se questionne de plus en plus sur l'influence que la période prénatale pourrait avoir sur l'enfant à venir et sur la qualité de la relation parent–enfant. Que se passe-t-il pendant ces neuf mois de grossesse, qu'en est-il de la relation imaginaire qui se tisse entre une mère et son fœtus, entre un père et son fœtus, quelles sont les perceptions du fœtus in utero? Les travaux de Soulé [1] et Missonnier [2] en particulier ont exploré ce champ, parlant de la période foetale comme de celle du « premier chapitre de la vie », insistant sur l'importance capitale que cette période « préhistorique » aura sur le développement psychique de l'enfant en devenir.

La période de la grossesse est définie comme une période de crise maturative normale. Il s'agit d'une période dynamique sur le plan psychique pendant laquelle les réaménagements psychiques pour les futurs parents sont multiples: réélaboration de la conflictualité infantile et modifications des identifications, cela dans le but de mettre en place leur parentalité. Cette période a été en particulier décrite dans ce sens comme une période de « transparence psychique » par Bydlowski [3]. La période de la grossesse est également celle du temps du début de l'investissement de l'enfant à naître, le temps de « l'enfant imaginaire », d'une part, objet d'un investissement narcissique qui va dépendre de l'histoire personnelle des parents [4,5] mais également, d'autre part, d'un investissement objectal qui fait alors appel à l'enfant réel. En fonction du vécu de chaque parent et de chaque grossesse, cet investissement narcissico-objectal peut vaciller entre idéalisation et angoisse. Il peut donc être particulièrement mis à mal lorsque la santé du fœtus ou la poursuite de la grossesse sont à risque sur le plan médical et constituent un réel angoissant.

L'hospitalisation prénatale peut être source de stress pour les femmes: angoisses pour la santé de l'enfant à naître, difficultés d'adaptation dans le milieu hospitalier, sentiment d'isolement par rapport au conjoint, aux

enfants aînés, à la famille élargie, pouvant se traduire par de l'anxiété, des sentiments dépressifs, ou de retrait et de colère [6]. La littérature montre qu'une hospitalisation prénatale peut avoir des répercussions négatives sur le fonctionnement familial à moyen ou long terme [7], sur le devenir de l'enfant et sur la qualité de la relation parent–enfant dans le post-partum [8]. De plus, plusieurs études ont montré que le vécu parental lors d'une naissance prématurée peut être de nature traumatique pour les parents avec un impact sur la qualité de la relation parents–enfant [9–11]. À notre connaissance, en revanche, aucune étude ne s'est intéressée à l'influence d'une hospitalisation prénatale de la mère, très fréquente avant une naissance prématurée, sur la façon dont les parents vivent la naissance prématurée, l'hospitalisation post-natale de l'enfant et sur la construction du lien parent–bébé lors du séjour en néonatalogie et des premiers mois de vie.

Cette étude a pour but d'investiguer l'influence d'une hospitalisation prénatale de la mère précédant une naissance prématurée, sur la façon dont les parents perçoivent les facteurs de stress et la relation avec leur enfant lors de l'hospitalisation en néonatalogie, ainsi que sur les signes de stress post-traumatique parentaux dans les premiers mois qui suivent la naissance. Il s'agit de mieux comprendre les éventuels bénéfices et impacts d'une hospitalisation prénatale sur le vécu parental lors d'une naissance prématurée. Il est important de noter ici que cette étude se focalise uniquement sur les parents et leurs représentations et qu'elle ne se centre pas sur le comportement du bébé et sur l'observation des interactions parent–bébé. La question est de savoir si l'hospitalisation prénatale qui a pour but de préserver la grossesse et d'éviter une naissance prématurée prépare le couple à cette éventualité et diminue par conséquent le stress parental lors de la naissance prématurée ou au contraire si elle est source de stress et d'angoisses supplémentaires pour les parents. La question de la souffrance parentale lors de cet événement est au centre de notre questionnement ainsi que ce qui peut être mis en place pour

Tableau 1 Données périnatales et sociodémographiques.
Perinatal and sociodemographic data.

	Témoïn (n=25)	Prématurés (n=51)
Genre (garçons/filles)	13/12	24/27
Rang fratrie (1 ^{er} /2 ^e /3+)	6/11/8	3/6/3
Statut socioéconomique	2,54 (0,74)	2,67 (0,69)
Âge gestationnel (semaines)	39,58 (1,32)	29,9 (1,9)
Poids de naissance (grammes)	3309 (387)	1387 (396)
Durée d'hosp. prénatale (jours)	—	11 (17)
PERI (score de gravité)	—	8,5 (4,2)

Les valeurs représentent les fréquences ou les moyennes avec les déviations standards entre parenthèses.

favoriser un meilleur accompagnement des parents dans ces moments difficiles.

Population et méthodes

Le recrutement de la population s'est effectué de 2005 à 2007 au sein du service de néonatalogie du CHUV, Lausanne. Au cours de cette période, 271 enfants nés prématurément à moins de 33 semaines de gestation ont été recensés. Parmi eux, 77 ont été exclus en fonction des critères prédéfinis (malformations, foetopathie, anomalie chromosomique, hémorragie intraventriculaire stade III et IV, leucomalacie périventriculaire, rétinopathie III ou plus, parents ne parlant pas français ou maladie psychiatrique parentale). Vingt-neuf enfants sont décédés dans les premiers jours ou semaines de vie et 83 couples ont refusé de participer à l'étude (taux d'acceptation d'environ 50%). Au cours de l'étude longitudinale, 26 couples ont interrompu leur participation. Cinq sujets présentent des données manquantes, la population finale est ainsi de 51 prématurés et leur famille. Les critères d'exclusion ont permis de se centrer uniquement sur la question de l'impact de la naissance prématurée. Concernant le groupe témoin, il s'agit de 25 enfants nés à terme, en bonne santé, au sein de la même maternité et à la même époque (2005 à 2007) sans particularité au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Le Tableau 1 résume les données démographiques et périnatales des deux groupes de sujets : groupe témoin, groupe de prématurés. Les deux groupes sont comparables en ce qui concerne le genre et le rang dans la fratrie. Ils se distinguent, comme attendu, sur le plan des données périnatales (poids de naissance, âge de gestation, hospitalisation prénatale).

Le statut socioéconomique (SES, *Socio-Economic Status*) de la famille a été mesuré selon un système dérivant de l'index de Hollingshead [12]. Aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes. La sévérité de la prématurité a été évaluée avec le Perinatal Risk Inventory (PERI [13]), qui donne un score de risque périnatal composé de 18 items parmi lesquels on compte l'APGAR, l'âge de gestation, le poids de naissance, le périmètre crânien, l'EEG, l'ultrason,

la ventilation ainsi que les éventuelles complications survenues au cours de l'hospitalisation.

Procédure : les familles ont été recrutées pendant la période d'hospitalisation de l'enfant en néonatalogie (ou lors du séjour à la maternité pour les mères du groupe témoin). Les données périnatales ont été récoltées à ce moment-là. Les formulaires de consentement ont été complétés lors de la première rencontre avec les parents. Les questionnaires ont été remplis par les parents en présence des chercheurs psychologues lors des différentes rencontres. Il avait été spécifié aux parents dans la phase de recrutement qu'un suivi thérapeutique par le service de pédopsychiatrie de liaison de l'hôpital pourrait leur être proposé au besoin.

L'ensemble de la procédure a bénéficié de l'aval de la commission d'éthique de la recherche clinique de la faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne.

Nous avons utilisé deux instruments permettant d'évaluer certains aspects de la détresse parentale vécue au cours de la période périnatale.

- le Parental Stressor Scale : Neonatal Intensive Care Unit (PSS : NICU [14]) est un questionnaire validé et largement utilisé pour mesurer le stress parental lors d'une hospitalisation en néonatalogie. Il est composé de 46 items qui mesurent la perception parentale des facteurs de stress lors de l'hospitalisation du bébé dans un service de néonatalogie, selon trois dimensions : l'impact de l'« Environnement » visuel et auditif d'un service de néonatalogie, l'« Aspect » et le comportement de l'enfant et, finalement, la « Relation » avec le bébé. Chacune de ces dimensions donne lieu à un score de détresse parentale. Les parents ont répondu au questionnaire à 40 semaines post-conception, c'est-à-dire au moment où l'enfant est considéré comme ayant atteint le terme prévu, et en général alors qu'il vient de sortir de l'hôpital. Une traduction française [15] a été effectuée avec l'autorisation des auteurs selon la méthode de *back-translation*. Afin d'examiner les propriétés psychométriques de la traduction française, des corrélations inter-échelles ont été effectuées et comparées à celles issues de l'instrument original. Ces corrélations inter-échelles sont tout à fait similaires et montrent la validité de la traduction française utilisée dans le cadre de cette étude ;
- le questionnaire PPQ (Perinatal PTSD Questionnaire [16] ; validation française [17]) est proposé aux parents dans le but d'évaluer la présence de symptômes de stress post-traumatique suite à la naissance prématurée de leur bébé. Ce questionnaire est composé de 14 items auxquels le parent doit répondre par oui ou non. Les items explorent les symptômes de stress post-traumatique selon trois axes : l'intrusion (souvenirs, rêves, *flash-back*), l'évitement (évitement de pensées, lieux...) et les signes d'hypervigilance (comme la perte de concentration par exemple). Le questionnaire est proposé aux parents lorsque l'enfant atteint quatre mois corrigés. Les questions portent sur la période périnatale, le sujet y répond donc de façon rétrospective. Chaque symptômes de stress doit avoir été présent plus d'un mois pendant cette période afin d'être retenu.

Résultats

Deux groupes de parents d'enfants prématurés ont été formés : ceux dont la mère n'a pas été hospitalisée et ceux dont la mère a été hospitalisée en prénatal. Dans un premier temps, nous avons comparé l'influence d'une hospitalisation prénatale sur les facteurs de stress parentaux pendant l'hospitalisation du bébé en néonatalogie, selon les trois critères du PSS : NICU : l'« Environnement » du bébé, son « Aspect » et la qualité de la « Relation » avec le bébé telle qu'elle est perçue par le parent.

On peut noter, dans le Tableau 2, que les mères et les pères se disent davantage impressionnés et stressés « par l'Environnement » du bébé en néonatalogie lorsqu'il y a eu une hospitalisation prénatale de la mère.

Afin de mieux connaître l'impact de la durée de l'hospitalisation prénatale sur les symptômes de stress post-traumatique (PPQ), ces derniers ont été mesurés chez les deux parents en fonction de la durée de l'hospitalisation prénatale. Quatre groupes de parents ont alors été comparés : témoin, prématurés sans hospitalisation prénatale, avec hospitalisation courte (< 8 jours) et avec hospitalisation longue (> 8 jours).

On peut constater, dans le Tableau 3, que les mères d'enfants prématurés du groupe avec une hospitalisation prénatale courte (< 8 jours) se différencient significativement du groupe témoin par plus de symptômes de stress post-traumatique, ce qui n'est pas le cas pour le groupe de mères d'enfants prématurés sans hospitalisation prénatale ou avec une hospitalisation prénatale longue. En revanche, on n'observe pas une telle différence chez les pères. Les symptômes de stress post-traumatique chez le père ne sont pas associés à la durée de l'hospitalisation prénatale de la mère.

Les symptômes de stress post-traumatique plus nombreux chez les mères dans ce sous-groupe (< 8 jours) pourraient être dus à une plus grande sévérité de la prématurité chez ces enfants. En effet, les hospitalisations prénatales plus longues peuvent être considérées comme des prises en charge réussies des menaces d'accouchement prématuré ayant permis à l'enfant de naître moins prématuré. Afin d'exclure cette possibilité et de vérifier que les symptômes de stress post-traumatique ne sont pas dus à la gravité de la prématurité, nous avons contrôlé les données par l'indice de la gravité de la prématurité (PERI). Les enfants du sous-groupe de mères hospitalisées en prénatal pendant une courte période (< 8 jours) ne présentent pas une prématurité plus sévère ni un âge gestationnel inférieur que dans les autres groupes. Les symptômes de stress post-traumatique dans ce sous-groupe ne sont donc pas liés à une plus grande sévérité de la prématurité.

Afin de mieux comprendre le lien entre les symptômes de stress post-traumatique (PPQ) et les facteurs de stress parentaux (PSS : NICU) pendant la période de l'hospitalisation de l'enfant, deux groupes ont été formés sur la base du score médian du PPQ : les mères et les pères présentant des symptômes de stress post-traumatique bas ou élevés (PPQ bas : ≤ 4 ; PPQ haut : > 4).

On peut constater (Tableau 4) que, tant chez les mères que chez les pères, la « Relation avec le bébé » est très significativement décrite comme plus difficile et stressante

lorsque les parents présentent plus de symptômes de stress post-traumatique (PPQ haut). On observe également que les mères avec plus de symptômes de stress post-traumatique (PPQ haut) sont plus stressées par l'« Environnement » de la néonatalogie tandis que les pères avec plus de signes de stress post-traumatique (PPQ haut) sont plus stressés par l'« Aspect du bébé ». En complément à ces résultats, on peut noter que les indices de corrélation sont clairement significatifs lorsqu'on corrèle les signes de stress post-traumatique parentaux (PPQ) avec les facteurs de stress parentaux pour l'item « Relation » avec le bébé (indice de corrélation de Pearson pour la mère (2-tailed) : 0,473, $p=0,004$; pour le père (2-tailed) : 0,394, $p=0,004$).

Discussion

Ces résultats indiquent qu'une hospitalisation prénatale va avoir une influence sur l'état psychique du parent lors de l'hospitalisation de l'enfant né prématurément en néonatalogie.

Nos premiers résultats corroborent ce qui a été décrit dans la littérature, c'est-à-dire qu'une hospitalisation prénatale pour complications obstétricales est un facteur de stress pour les mères et les pères [6] qui vulnérabilise ensuite le parent au stress de la naissance prématurée. Ces études n'ont en revanche pas cherché à évaluer les effets de la durée de cette hospitalisation prénatale. Ainsi, il est intéressant de noter qu'une hospitalisation prénatale courte (< 8 jours) provoque plus de symptômes de stress post-traumatiques chez les mères qu'une hospitalisation plus longue. Comment comprendre ce résultat ? On peut imaginer que, pendant ces quelques jours de stress intense, l'état psychique de la mère n'a pas encore pu s'adapter aux circonstances difficiles de l'hospitalisation. On retrouve alors les particularités de la temporalité de la clinique du traumatisme, où il y a d'abord une période de sidération, de perplexité qui peut aller jusqu'à un état sub-confusionnel avec une difficulté à donner du sens à ce qui est vécu. Les mères peuvent se trouver dans une forme de sidération de la pensée rendant les mécanismes d'adaptation compliqués et la métabolisation de l'événement difficile. Tout va trop vite, malgré le soin apporté. Ce n'est souvent que dans un second temps qu'un sens est donné et qu'une conflictualité psychique apparaît fréquemment accompagnée de sentiments difficiles, notamment de culpabilité dans les situations de traumatismes périnataux [18].

Lors d'une hospitalisation prénatale pour une menace d'accouchement prématuré, une certaine anticipation des enjeux de la prématurité, au sens d'un mouvement de pensée dynamique qui imagine d'avance un événement, peut être rendue possible chez le couple parental. Dans la pratique actuelle, lorsqu'une future mère est à risque d'accoucher prématurément, des rencontres avec le néonatalogue ainsi que des visites du service de néonatalogie sont proposées dans le but de préparer les futurs parents à cette éventualité. Est-ce que cette attente renforce le stress, est-ce que la représentation des lieux de prise en charge provoque une anticipation anxieuse ?

Il est intéressant de reprendre ici l'étude de Ford et Hodnett [19] qui souligne l'existence d'une période de stabilisation du stress en cas d'hospitalisation prénatale se

Tableau 2 Hospitalisation prénatale et facteurs de stress parentaux en néonatalogie (PSS : NICU).
Prenatal hospitalization and parental stress factors in neonatology (PSS: NICU).

	Sans hosp. (n = 18)	Avec hosp. (n = 33)	F	p
PSS : NICU : environnement (mère)	13,67 (4,24)	16,63 (5,51)	3,88	0,055
PSS : NICU : environnement (père)	11,44 (4,63)	14,06 (4,15)	4,26	0,044
PSS : NICU : aspect du bébé (mère)	41,78 (11,1)	43,13 (15,9)	0,101	ns
PSS : NICU : aspect du bébé (père)	33,56 (11,5)	34,3 (15,7)	0,032	ns
PSS : NICU : relation avec le bébé (mère)	27,78 (10,4)	28,59 (8,75)	0,087	ns
PSS : NICU : relation avec le bébé (père)	19,61 (9,4)	19,85 (9,67)	0,007	ns

Les valeurs représentent les moyennes et les déviations standards entre parenthèses. Statistiques : Anova avec valeurs de F et p pour différencier les deux groupes.

Tableau 3 Hospitalisation prénatale et stress post-traumatique parental (PPQ).
Prenatal hospitalization and parental post-traumatic stress (PPQ).

	Témoïn(n=25)	Sans hosp.(n=18)	Hosp. < 8 j.(n=15)	Hosp. ≥ 8 j.(n=18)	F	p
PPQ : mère	1,32 (1,76)	3,33 (3,24)	5,31 (3,43)	3,53 (3,78)	5,01	0,003*
PPQ : père	2,06 (2,55)	1,62 (2,43)	1,78 (2,49)	1,00 (2,03)	0,71	ns

Les valeurs représentent les moyennes et les déviations standards entre parenthèses. Statistiques : Anova avec valeurs de F et p pour différencier les quatre groupes avec les contrastes (Tukey). *Entre le groupe témoin et le groupe Hosp. < 8 j.

situant autour de sept à huit jours. Comme s'il fallait aux patientes cette période pour gérer cette adaptation. Cela corrobore nos résultats qui montrent que les femmes dont l'hospitalisation prénatale excède les huit jours présentent moins de signes de stress post-traumatique en post-partum malgré la naissance prématurée de leur enfant.

D'un point de vue psychanalytique, on pourrait imaginer que, pendant ces premiers huit jours, c'est surtout l'angoisse traumatique ou automatique décrite par S. Freud [20] qui est à l'œuvre, remplacée, une fois la première semaine d'hospitalisation achevée, par l'angoisse signal. Cette angoisse signal serait liée à l'anticipation et serait à comprendre comme une potentialité adaptative (Missonnier) [21]: « il y a dans l'angoisse quelque chose

qui protège contre l'effroi » (Freud) [22]. L'angoisse signal est caractérisée par l'attente du danger et la préparation à celui-ci alors qu'a contrario l'angoisse automatique muselle l'adaptation. Cela expliquerait que les femmes hospitalisées à plus long terme pourraient mieux élaborer la situation. Pour Missonnier qui a développé la notion de relation d'objet virtuel (ROV) [23] comme étant la constitution du lien biopsychique qui s'établit en prénatal entre les devenants parents et celui qu'il nomme l'enfant du dedans, l'anticipation parentale nourrit cette ROV et favorisera la mise en place des premiers liens parents/bébé. Cette anticipation parentale, considérée par cet auteur comme protectrice [24], participe à l'investissement de l'enfant à naître. Dans le même sens, Stern parle de la « connaissance

Tableau 4 Symptômes de stress post-traumatique (PPQ) et détresse parentale en néonatalogie (PSS : NICU).
Symptoms of post-traumatic stress (PPQ) and parental distress in neonatology (PSS: NICU).

Mère	PPQ ≤ 4 (n = 24)	PPQ > 4 (n = 27)	F	p
PSS : NICU : environnement	14,31 (5,51)	17,04 (4,62)	3,82	0,056
PSS : NICU : aspect du bébé	40,27 (11,8)	45,15 (16,2)	1,56	ns
PSS : NICU : relation avec le bébé	24,08 (7,14)	32,00 (9,3)	12,04	0,001
Père	PPQ ≤ 4 (n = 33)	PPQ > 4 (n = 18)	F	p
PSS : NICU : environnement	12,68 (3,31)	14,22 (6,39)	1,33	ns
PSS : NICU : aspect du bébé	31,00 (9,81)	40,06 (18,1)	5,53	0,023
PSS : NICU : relation avec le bébé	16,50 (6,62)	25,89 (11,3)	14,3	0,001

Les valeurs représentent les moyennes et les déviations standards entre parenthèses. Statistiques : Anova avec valeurs de F et p pour différencier les deux groupes.

anticipative» du parent comme d'un facteur favorisant les interactions comportementales avec l'enfant [25].

La grossesse est un temps psychique particulier au cours duquel, comme l'a développé Bydlowski [3], le degré de refoulement est abaissé. Les souvenirs infantiles et les fantasmes affluent à la surface sans rencontrer la barrière du refoulement. Une femme qui se trouve dans une situation traumatique de menace d'accouchement prématuré peut éprouver des émotions intenses, faits de rage, de colère, de déception, sentiments éprouvés à la fois envers elle-même mais également envers son futur bébé, faisant ici écho à la « violence fondamentale » décrite par Bergeret [26] et adaptée à la triade fœtus-placenta-mère par Soubieux et Soulé [27]. L'investissement de l'enfant fluctue dans cette période d'incertitude concernant le devenir de la grossesse. L'ambivalence normale et propre à l'état de grossesse est amplifiée. Des sentiments de culpabilité sont également presque toujours présents, renvoyant alors la future mère à l'image fantasmagorique de la mauvaise mère, celle qui ne peut porter son enfant à terme ou le protéger. L'enfant à naître quitte son statut d'enfant imaginaire, la mère devant trop le penser. Devant ce trop plein de réel, il n'est pas rare d'assister, chez certaines femmes enceintes, à des suspensions d'investissement de l'enfant à naître. L'enfant à risque de naissance prématurée peut alors prendre la forme d'un être imaginairement monstrueux, porteur de handicaps et de maladies [28]. Pour d'autres mères, l'enfant à naître devient persécuteur, « voleur » de grossesse, empêchant une gestation complète.

On peut faire l'hypothèse que les femmes surprises par un accouchement prématuré sans hospitalisation prénatale préalable ne souffrent pas de ces questionnements intimes très pénibles. De même, la patiente qui prolonge sa grossesse à risque au-delà d'une semaine, pourra élaborer ces sentiments douloureux. En revanche, la femme qui ne vit que quelques jours d'hospitalisation prénatale avant l'accouchement, n'aura pas le temps d'élaborer ces émotions contradictoires, ce qui favorisera, dans un second temps, l'apparition de symptômes post-traumatique plus importants après la naissance de l'enfant et, en particulier, une relation parent-bébé lors de l'hospitalisation en néonatalogie plus difficile.

C'est ce qu'indiquent nos derniers résultats. Les mères et les pères qui présentent des symptômes de stress post-traumatique élevés décrivent que la « Relation » avec leur bébé en néonatalogie est plus difficile et stressante. On retrouve ici ce que d'autres auteurs ont déjà décrit, à savoir que l'anxiété parentale agit sur la qualité de la relation parents/bébé et perturbe les interactions, non seulement pendant l'hospitalisation de l'enfant en néonatalogie mais également sur le plus long terme (18 mois) [29,30]. Les résultats indiquent également une différence entre les mères et les pères dans le groupe de parents avec des symptômes de stress post-traumatique élevés : les mères sont plus stressées par l'« Environnement » de la néonatalogie tandis que les pères sont plus stressés par l'« Aspect » du bébé. Cette différence entre les mères et les pères pourrait s'expliquer par l'idée que les mères sont instinctivement plus en lien avec l'intimité corporelle du bébé alors que les pères se montrent plus à l'aise avec le matériel technique. Des différences de vécu entre les mères et les pères dans le cadre d'une naissance prématurée ont d'ailleurs déjà été

étudiées et mises en évidence dans la littérature [31]. Cet auteur a ainsi pu montrer que les pères de prématurés gardaient une forme de distance émotionnelle vis-à-vis de l'événement de la prématurité en présentant des signes de stress surtout lorsque les enfants étaient sévèrement atteints alors que les mères étaient sensibles à l'événement en tant que tel quel que soit le degré de gravité de la prématurité. On peut faire l'hypothèse que cette position tenue par les pères peut favoriser l'établissement du lien entre la mère et l'enfant, le père reprenant à son compte les dimensions plus objectives et le dialogue avec le monde médical.

Conclusion

Une naissance prématurée peut représenter un événement traumatique pour les parents. Elle engendre l'apparition chez certains d'entre eux de symptômes de stress post-traumatique et de réactions difficiles à certains facteurs de stress pendant l'hospitalisation de l'enfant en néonatalogie.

D'après nos résultats, une hospitalisation prénatale précédant une naissance prématurée augmente pour les parents le risque de développer des signes de stress post-traumatique dans le post-partum. De plus, une hospitalisation prénatale de courte durée (< 8 jours) aggrave pour la mère le risque de présenter des symptômes de stress post-traumatique.

Cette étude indique toute l'attention à apporter à ces patientes hospitalisées brièvement avant la naissance prématurée de leur enfant. Il semble s'agir d'un groupe plus à risque de présenter des symptômes de stress post-traumatique, des difficultés à s'adapter à l'hospitalisation en néonatalogie et surtout des perturbations dans l'établissement de la relation à l'enfant.

L'hospitalisation prénatale précédant une naissance prématurée, en particulier de courte durée, semble représenter une forme de premier temps du traumatisme. Une consultation psychothérapeutique peut alors s'avérer utile et permettre à chacun des conjoints d'avoir la possibilité d'aborder leurs craintes et d'élaborer ce qui leur arrive, et donc d'inscrire ce temps d'hospitalisation prénatale dans une dimension psychique temporo-spatiale hors de la sidération. Dans certains cas, les parents mettront en lien les angoisses ressenties au sujet du risque de naissance prématurée de leur enfant avec des vécus difficiles de leur passé. L'anticipation du lien avec l'enfant à venir sera ainsi interrogé et mis en perspective avec l'histoire parentale.

Dans le même sens, l'intervention des équipes soignantes auprès de ces familles paraît primordiale : il s'agit ici d'effectuer un travail de soutien auprès des équipes soignantes entourant ces femmes et leur famille au quotidien afin de les sensibiliser aux enjeux et émotions vécus par les parents face à une menace d'accouchement prématuré. Les équipes pourront ainsi offrir un meilleur accompagnement et seront également plus à même de supporter les expressions émotionnelles souvent intenses des parents.

Une menace d'accouchement prématuré si elle bénéficie de soins obstétricaux de pointe doit donc aussi être considérée dans ses dimensions de vécu émotionnel. Il est ainsi essentiel de ne pas négliger l'impact que cette menace aura

sur le monde intrapsychique de la future mère et du futur père et des conflits internes qu'elle pourrait réveiller.

Finalement, une consultation psychothérapeutique engagée avec les parents en prénatal devrait également pouvoir se poursuivre après la naissance de l'enfant, pendant son hospitalisation en néonatalogie. Cela dans le but de soutenir la relation parent-enfant émergente, afin qu'elle puisse être la moins entravée possible par l'effet de traumatismes à répétition liés à l'incertitude de l'évolution de l'enfant pendant son hospitalisation et parfois au-delà.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

Références

- [1] Soulé M. La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique. *Psychiatr Infant* 1999;XLII:26–69.
- [2] Missonnier S. Le premier chapitre de la vie. Nidification parentale. Nidation fœtale. *Psychiatr Infant* 2007;L:61–80.
- [3] Bydlowski M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. PUF: Paris; 1997.
- [4] Soulé M. L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire. In: Brazelton, Cramer, Kreisler, Schappi, Soulé (sous la direction de), editors. La dynamique du nourrisson. Paris: ESF; 1982.
- [5] Lebovici S. Les interactions fantasmatiques. *Rev Med Psychosom* 1994;37/38:39–50.
- [6] Vendittelli F, Lachcar P. Threat of premature labor, stress, psychosocial support and psychotherapy: a review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:503–13.
- [7] Mercer RT, Ferketich SL. Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. *ANS Adv Nurs Sci* 1988;10:26–39.
- [8] Graignic-Philippe R, Tordjman S. Effects of stress during pregnancy on infant and child development. *Arch Pediatr* 2009;16:1355–63.
- [9] 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* 2006;118:e107–14.
- [10] Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 2005;115:915–9.
- [11] Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Ludorff K, Witthaut J, Ohrmann P, et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res* 2004;57:473–6.
- [12] Pierrehumbert BRT, Karmaniola A, Halfon O. Child care in the preschool years: attachment, behaviour problems and cognitive development. *Eur J Psychol Educ* 1996;2:201–14.
- [13] Scheiner AP, Sexton ME. Prediction of developmental outcome using a perinatal risk inventory. *Pediatrics* 1991;88:1135–43.
- [14] Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res* 1993;42:148–52.
- [15] Borghini A, Lagonico D, Pierrehumbert B. Traduction française de l'échelle de stress parental: unité de néonatalogie. Non publié 2004.
- [16] Quinnett FA, Hynan MT. Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire (PPQ): a preliminary study. *J Trauma Stress* 1999;12:193–9.
- [17] Pierrehumbert B, Forcada-Guex BA, Jaunin M, Muller Nix L, Ansermet CF. Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004;162:711721.
- [18] Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88:F400–4.
- [19] Ford M, Hodnett E. Predictors of adaptation in women hospitalized during pregnancy. *Can J Nurs Res* 1990;22:37–50.
- [20] Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. Hogarth Press; 1926.
- [21] Missonnier S. Devenir parent, naître humain. Paris: Puf, Le fil rouge; 2009.
- [22] Freud S. Au-delà du principe de plaisir. In: *Essais de Psychanalyse*. Paris: Payot; 1920.
- [23] Missonnier S. L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. In: La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. *Éléments de psycho(patho)logie périnatale*. Paris: PUF; 2004.
- [24] Missonnier S. L'avenir présent. *Spirale* 2005;4:55–70.
- [25] Stern DN. Mère/enfant, les premières relations. Bruxelles: P. Mardaga; 1977.
- [26] Bergeret J. La violence fondamentale. Paris: Dunod; 1984.
- [27] Soubieux MJ, Soulé M. L'enfant et la violence. Un modèle de la violence fondamentale: l'interaction biologique: fœtus, placenta, mère. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002;50:419–23.
- [28] Lindaturner M, Krymko-Bleton I. Risque d'accouchement prématuré et fantasmes mortifères. *La maternité et les contes*. *Dialogue* 2002;2:66–76.
- [29] Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F. Prématurité, vécu parental et relations parent/enfant: éléments cliniques et données de recherche. *Psychiatr Infant* 2009;LII:423–50.
- [30] Alvarez LC, Magny V, Morisseau J-F. L'ombre des traumatismes périnatals sur les premiers liens. *Psychiatr Infant* 2010;LIII:609–38.
- [31] Gamba Szijarto S, Forcada Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller Nix C. Prematurity and parental post-traumatic stress disorder: similarities and differences. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57:385–91.

Bibliothèque Universitaire
de Médecine / BiUM
CHUV-BH08 - Bugnon 46
CH-1011 Lausanne