

UNIVERSITE DE NANTES

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR DE MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2013-2017

EVALUATION ET EVOLUTION DE LA REPRESENTATION
MATERNELLE D'ATTACHEMENT DANS LE CADRE D'UNE
NAISSANCE PREMATUREE

Mémoire présenté et soutenu par :

BLEUNVEN Gaëlle

Née le 03 septembre 1993

Directeur de mémoire : Docteur Louis BARATON

REMERCIEMENTS

Je remercie particulièrement le Docteur BARATON Louis ainsi que le Docteur MULLER Jean-Baptiste, pour leur investissement, leur disponibilité et leurs conseils.

A Madame Nathalie LE GUILLANTON, sage-femme enseignante, pour ses encouragements et son aide.

A Monsieur BRANGER Bernard, pour sa disponibilité et ses conseils en statistiques.

A ma famille et mes amis pour leur présence, leur écoute et leur soutien au cours de ces cinq années d'étude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 - Généralités.....	
1. L'attachement	4
1.1. Qu'est-ce que l'attachement ?	4
1.2. Le processus d'attachement	4
1.2.1. Du côté du bébé	4
1.2.1.1. Le système d'attachement	4
1.2.1.2. Les signaux activant l'attachement et les comportements d'attachement .	4
1.2.1.3. Les figures d'attachement	5
1.2.2. Du côté des parents.....	6
1.2.2.1. Le système de caregiving	6
1.2.2.2. Les éléments influençant le développement du caregiving	6
1.2.2.2.1. Le rôle de l'ocytocine dans le processus de caregiving.....	6
1.2.2.2.2. Le rôle des facteurs liés au bébé dans le processus de caregiving	7
1.2.2.2.3. Le rôle du contexte dans le processus de caregiving	7
2. Attachement et prématurité	8
2.1. Stress et activation du système d'attachement parental.....	8
2.1.1. Le dilemme motivationnel	8
2.2. L'hospitalisation et le système de caregiving parental.....	9
2.3. L'assaut du système de caregiving parental	10
2.4. L'adaptation et l'expression du caregiving parental à l'environnement hospitalier	10
3. La prévention	12
3.1. Les soins centrés sur la famille	12
3.2. Les soins de développement	12
3.2.1. Les stratégies environnementales	13
3.2.1.1. Un environnement soutenant l'unité parents-enfant	13
3.2.1.2. Une réduction des stimulations sensorielles	13
3.2.2. Les stratégies comportementales	14
3.2.2.1. Le portage en peau à peau	14
3.2.2.2. Les autres stratégies	15
3.3. Le Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement	15
4. Les avantages de la présence parentale en unité de néonatalogie	17
4.1. Pour les parents	17
4.1.1. Le programme NIDCAP	17
4.1.2. Le portage en peau à peau	17

4.1.3.	La présence lors des visites médicales	18
4.2.	Pour le nouveau-né	18
4.2.1.	La douleur	18
4.2.2.	Le sommeil	18
4.2.3.	Le développement	18
5.	Les limites à l'implication précoce des parents en néonatalogie	20
5.1.	Les limites d'origine architecturales	20
5.2.	Les limites d'origine sociales	20
5.3.	Les limites liées à la formation des soignants	21
PARTIE 2 - Etude.....		
1.	Sens de l'étude	22
2.	Objectifs et hypothèses	22
3.	Méthodes et matériels	23
3.1.	Patientes	23
3.1.1.	Critères d'inclusion	23
3.1.2.	Critères d'exclusion	23
3.2.	Recueil de données	23
3.2.1.	Le protocole	23
3.2.2.	Les outils	24
3.2.2.1.	Le MIBS	24
3.2.2.2.	L'EPDS	25
3.2.2.3.	Autres informations	26
4.	Analyse statistique	27
5.	Résultats	27
5.1.	Description de l'échantillon	27
5.2.	Résultats du MIBS	30
5.2.1.	Répartition des scores	30
5.2.2.	Evolutivité du MIBS	31
5.3.	Résultats de l'EPDS	32
5.3.1.	Répartition des scores	32
5.3.2.	Evolutivité de l'EPDS	33
5.4.	Analyse de l'impact des facteurs étudiés à une semaine de vie des nouveau-nés	34
5.5.	Analyse de l'impact des facteurs étudiés à un mois de vie des nouveau-nés	38
Partie 3 - Discussion		
1.	Analyse des résultats	42
1.1	La représentation et l'évolution du bonding maternel	42
1.2.	Les facteurs influençant le bonding maternel	43

1.2.1.	Le vécu difficile de la grossesse	43
1.2.2.	La réalisation d'une césarienne en urgence	44
1.2.3.	Le terme d'accouchement	44
1.2.4.	L'âge maternel	45
1.2.5.	Les autres facteurs étudiés	46
1.2.5.1.	La dépression du post-partum	46
1.2.5.2.	L'allaitement maternel et le portage en peau à peau	46
1.2.5.3.	La profession	47
1.2.5.4.	L'état de santé de l'enfant	47
2.	Limites de l'étude	47
2.1.	Le nombre de participantes	47
2.2.	La méthode	48
2.3.	Les autres facteurs	49
3.	La place de la sage-femme	51
3.1.	En salle de naissance	51
3.2.	En suites de couches	51
3.3.	A la sortie de la maternité	52
4.	Le rôle des équipes de néonatalogie	53
5.	Propositions	54
CONCLUSION		56
BIBLIOGRAPHIE.....		57
Annexes		
Annexe n°1 : Lettre explicative		I
Annexe n°2 : Questionnaire 1 ^{ère} semaine		II
Annexe n°3 : Questionnaire 1 ^{er} mois		VI
Annexe n°4 : MIBS.....		X
Annexe n°5 : EPDS.....		XI
Annexe n°6 : Questionnaire Périnat Gynéco		XIII
Annexe n°7 : Répartition des réponses au MIBS.....		XVII

GLOSSAIRE

SA : Semaine d'Aménorrhée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

NIDCAP : Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program
(Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement)

MIBS : Mother to Infant Bonding Scale

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

FCS : Fausse Couche Spontanée

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IMG : Interruption Médicale de grossesse

MFIU : Mort Foétale In-Utéro

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

AVB : Accouchement Voie Basse

CPAP : Continuous Positive Airway Pressure

INTRODUCTION

Une naissance prématurée marque la rencontre et le début d'une histoire particulière entre des parents en devenir et un nouveau-né fragile. Cette naissance précoce impacte la constitution du lien parents-enfant. En effet, de multiples obstacles tels que la séparation brutale de la dyade mère-enfant formée pendant la grossesse, l'angoisse soulevée par le contexte de la prématurité et l'absence d'interactions précoces entre la mère et l'enfant peuvent se présenter et entraver l'instauration d'une relation correcte et d'un processus d'attachement équilibré (1).

Dans ce contexte et malgré une naissance parfois consentie, aucun parent n'est réellement prêt à accueillir son enfant car la prématurité bouleverse toutes leurs attentes. L'enfant prématuré, fragile, manifeste à la fois un stress et des réponses immatures aux stimulations parentales, ce qui peut entraîner des difficultés dans la constitution du lien. Les premières interactions parents-enfant ont lieu dans un environnement particulier : les éventuelles complications médicales, la distance physique, les questionnements en rapport avec la survie et le développement du bébé peuvent être autant d'éléments stressants pour les parents (1). Du fait du contexte, ces derniers peuvent se trouver inondés par de multiples sentiments tels que : « *accablement, traumatisme, choc, douleur, colère, culpabilité, impuissance, inquiétude, espoir, amour* » (2), allant même jusqu'à la dépression (3). Aussi, il semble que le syndrome de stress post-traumatique soit plus fréquent chez les mères d'enfants prématurés (4).

Les interactions observées chez les dyades mères-enfants nés prématurément sont différentes de celles observées chez les dyades mères-enfants nés à terme. Le nouveau-né prématuré répond moins aux stimulations maternelles qu'un nouveau-né né à terme du fait d'un comportement moins éveillé, moins vigilant et moins vif. De plus, la disponibilité à la communication de l'enfant peut être contrariée par les soins qui lui sont nécessaires car ils peuvent être source de stress et de douleur. Les mères d'enfants prématurés sont plus entreprenantes ou au contraire, plus passives dans la relation à l'enfant. L'interprétation de ces différences de comportements maternels est discordante en fonction des études : soit ceux-ci résultent d'une adaptation aux besoins du nouveau-né prématuré, soit la sur-stimulation de l'enfant est un moyen pour la mère de se rassurer en recherchant des réponses venant de ce dernier (5).

La qualité des échanges est influencée par les représentations que les parents ont de l'enfant, de leurs propres parents mais aussi d'eux-mêmes en tant que parents. Les études de Stern montrent l'effet des représentations parentales en lien avec la prématurité sur la qualité des interactions parents-enfants (6). Elles rapportent que le simple fait de présenter des nouveau-nés nés à terme comme des nouveau-nés nés prématurément à des mères inconnues, suffit pour qu'elles les décrivent comme plus petits et moins beaux que des nouveau-nés nés à terme présentés ainsi. Aussi, la seule notion de prématurité suffit à modifier les comportements maternels : les mères touchent moins et donnent des jouets plus simples aux nouveau-nés présentés comme nés prématurément.

Après la naissance, le lien mère-enfant s'instaure grâce à un mécanisme principalement influencé sur le plan biologique par l'ocytocine. Il est également amplifié par la répétition de contacts physiques entre la mère et l'enfant. Sa qualité peut être influencée par plusieurs facteurs : certains proviennent de l'enfant (prématurité, pathologie...) tandis que d'autres proviennent de la mère (dépression du post-partum...) (1). L'évaluation précoce de la relation mère-enfant est une préoccupation dans les services de néonatalogie. En effet, le caregiving, qui est le système chez l'adulte permettant de répondre au besoin d'attachement de l'enfant, est nécessaire au bon développement de l'enfant. C'est pourquoi, la détection rapide de ses troubles ou de ses difficultés est importante car elle permet une intervention précoce. La prévalence des troubles de la mise en place des liens d'attachement en période néonatale est difficile à évaluer. Ils sont souvent associés à des pathologies psychiatriques, notamment la dépression. En France, la prévalence de la dépression post-natale serait de 17% (7). Cependant, dans 20 à 30% des cas, les troubles ne surviennent pas dans un contexte psychiatrique, ce qui souligne l'importance de l'évaluation précoce (8).

Suite à mon stage réalisé en réanimation néonatale en Master 1, j'ai pu observer la différence des comportements maternels sans pour autant remettre en question les sentiments que les mères éprouvaient à l'égard de leurs enfants. Cependant je me suis demandée si les comportements observés étaient en rapport avec l'intensité des sentiments éprouvés ou si ils étaient simplement une façon pour les femmes de s'adapter à la situation sans qu'ils n'aient de rapport avec l'intensité des sentiments. J'ai donc voulu réaliser ce mémoire afin d'évaluer la représentation, l'évolution et les facteurs impactant le bonding maternel (ou lien mère-enfant). Ce terme caractérise

les représentations maternelles qui ont un rapport avec la dimension affective de la relation mère-enfant. Il correspond aux sentiments éprouvés par les mères, vis-à-vis de leur enfant, qui s'expriment dans le caregiving. J'ai voulu réaliser ce mémoire dans le cadre de naissances ayant eu lieu à un terme inférieur ou égal à 32 semaines d'aménorrhées (SA) car elles constituent un évènement particulier.

La première partie de ce mémoire décrira l'attachement au sens de sa théorie. Une partie sera dédiée à l'enfant au travers de laquelle nous aborderons les signaux et les comportements d'attachement ainsi que les figures d'attachement. Ensuite nous aborderons le système spécifique parental répondant au système d'attachement de l'enfant ainsi que les éléments influençant son développement. Nous verrons ensuite l'impact que peut avoir la prématurité donc l'hospitalisation précoce de l'enfant sur les comportements et sur le système spécifique des parents. Nous aborderons ensuite les moyens pouvant être mis en place dans les unités de néonatalogie pour pallier aux difficultés de lien mère-enfant. Les avantages et les limites de l'implication parentale dans les services de néonatalogie viendront clôturer cette première partie.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, nous nous intéresserons aux résultats de l'étude de cohorte, prospective, menée auprès des patientes ayant accouché à des termes inférieurs ou égaux à 32 SA au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes.

Enfin, dans la troisième partie de ce mémoire nous discuterons des résultats de l'étude.

PARTIE 1 - Généralités

1. L'attachement :

1.1. Qu'est-ce que l'attachement ? (9)

L'attachement au sens de sa théorie a une signification différente de celle utilisée dans le langage commun. Dans cette dernière, l'attachement est un lien affectif caractéristique et persistant entre deux êtres humains. Il s'agit de ce lien qui nous fait chercher et obtenir auprès de certaines personnes exclusivement, un sentiment de soulagement et de sûreté quand nous nous trouvons dans une situation de stress. Les premiers liens d'attachement se créent entre le nouveau-né et ceux qui l'éduquent mais ils se créent aussi tout au long de la vie.

Cette théorie se concentre sur les liens interhumains établis dans un environnement suscitant un sentiment de détresse comme la peur, le chagrin, la colère, la menace ou le danger.

1.2. Le processus d'attachement : (9)

1.2.1. Du côté du bébé :

1.2.1.1. Le système d'attachement :

Tout être humain naît avec des systèmes qui participent à sa survie. Un système se caractérise par un objectif et par les ressources disponibles pour l'atteindre, ces dernières étant représentées par les comportements. L'objectif du système d'attachement est de conserver une proximité avec sa figure d'attachement en fonction de ses besoins. Celui-ci est initié et stoppé par des signaux spécifiques. A la naissance, tout Homme possède un système d'attachement fonctionnel si bien « *qu'un bébé n'est pas plus ou moins attaché à une figure d'attachement. Il est attaché ou il ne l'est pas* » (10). Des conditions exceptionnelles sont nécessaires pour qu'il n'y ait pas d'attachement chez un bébé.

1.2.1.2. Les signaux activant l'attachement et les comportements d'attachement :

Durant les premières années de vie, au même titre que les besoins physiologiques, les besoins d'attachement d'un enfant sont primordiaux. Un bébé possède un répertoire de comportements d'attachement que sont, par exemple, les pleurs et les cris. Ces derniers lui permettent d'exprimer sa détresse, son malaise et de bénéficier ainsi de la proximité d'un adulte sécurisant. La douleur et la fatigue, qui

sont des signaux internes, et les stimuli stressants, qui sont des signaux externes, sont autant de possibilités d'activation des comportements d'attachement. Lorsque le bébé se sent en sécurité, c'est-à-dire lorsque sa figure d'attachement se trouve proche de lui, ses comportements d'attachement s'éteignent car la proximité physique établie lui apporte apaisement, confort et sécurité. Les regards et les sourires sont aussi des comportements d'attachement qui permettent au bébé d'attirer et de prolonger la présence de l'adulte protecteur auprès de lui.

Les comportements d'attachement évoluent parallèlement au développement moteur et cognitif de l'enfant.

1.2.1.3. Les figures d'attachement :

Les adultes qui deviennent les figures d'attachement d'un enfant sont ceux qui répondent de manière régulière, dans les premiers mois de sa vie, à ses besoins d'attachement : mère, père, substitut parental... Il va, progressivement, classer ses figures d'attachement en figure d'attachement principale et figures d'attachement secondaires. La figure d'attachement principale d'un enfant est celle qui lui donne le sentiment le plus fort de sécurité par sa proximité et sa disponibilité. En cas de situation de détresse, il se tournera de manière préférentielle vers elle. Elle est, en général, représentée par la mère de l'enfant.

Lorsque l'enfant a la certitude de l'accessibilité de sa figure d'attachement en cas de stress, il peut développer de manière sereine ses aptitudes cognitives, et ainsi gagner en autonomie : on dit que l'enfant est « sécure ». Par contre, dans le cas où les réponses à ses besoins d'attachement n'ont pas été adéquates, celui-ci va s'adapter en développant des stratégies « insécures » dans le but d'obtenir tout de même la proximité nécessaire. Cependant, avec ces stratégies adaptatives « insécures », il va se forger une image de lui et des autres plus négative. Ainsi, l'enfant insécure présente un état émotionnel moins stable et une estime de soi plus fragile.

La capacité du parent à répondre de manière adaptée aux besoins d'attachement de l'enfant, c'est-à-dire la qualité du caregiving, va avoir un impact sur la qualité du lien d'attachement parent-enfant, et au final, sur la qualité « sécure » ou « insécure » de l'attachement de l'enfant.

1.2.2. Du côté des parents :

1.2.2.1. Le système de caregiving :

Il s'agit du « *système d'alerte aux besoins des autres* » (11). Chez les parents, ce système permet de répondre aux besoins d'attachement de l'enfant. Il est activé par le sentiment de détresse du bébé et il est désactivé par le sentiment d'apaisement de ce dernier. Une proximité physique et psychologique, qui passe par une disponibilité émotionnelle, du parent est nécessaire pour répondre de manière efficace aux besoins d'attachement de l'enfant.

1.2.2.2. Les éléments influençant le développement du caregiving :

La sensibilité aux signaux de détresse d'un bébé et la capacité à remédier de façon adaptée à cet état d'alerte sont déterminés par les représentations parentales du caregiving. Ces dernières se développent surtout lorsqu'une personne se prépare à avoir un enfant mais elles se développent aussi dès l'enfance. Les expériences de la vie, les modifications hormonales de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation sont autant d'éléments ayant un impact sur le développement des comportements de caregiving.

La mise en œuvre de ces comportements est facilitée par le bonding maternel. Le bonding est représenté par les sentiments chaleureux éprouvés par la mère à l'égard de son bébé. Il a une base biologique forte et il permet à la mère de se sentir investie d'une tâche exclusive auprès de son bébé. Ensuite, les représentations parentales du caregiving vont être influencées par les expériences concrètes vécues avec le bébé.

Chez l'Homme, des personnes autres que la mère de l'enfant (père, professionnels de santé...) peuvent prendre soin de celui-ci car, contrairement à l'animal, le comportement parental s'est libéré de l'influence biologique même si celle-ci reste importante.

1.2.2.2.1. Le rôle de l'ocytocine dans le processus de caregiving : (12,13)

L'ocytocine représente en partie la base biologique des comportements maternels : « *elle facilite la mise en place du lien et le développement des interactions coordonnées avec le bébé* » (14). Par ses nombreux effets, notamment

par la diminution du stress et de la peur, elle permet aux mères de se sentir confiantes et détendues lorsqu'elles sont avec leurs enfants. L'état de bien-être que procure l'ocytocine aux mères favorise leur écoute et leur attention envers leurs enfants, donc elle permet une optimisation des soins à l'enfant et favorise l'émergence du caregiving maternel.

1.2.2.2.2. Le rôle des facteurs liés au bébé dans le processus de caregiving :

Le déclenchement des comportements et attitudes de caregiving est probablement très impacté par des facteurs liés au nouveau-né. Le bonding est favorisé par des contacts prolongés en peau-à-peau à la naissance. Le relargage d'ocytocine est stimulé par les contacts tactiles, les mouvements de mains et le réflexe de succion. La capacité à consoler le bébé, l'ajustement postural et le regard du nouveau-né stimulent le système de récompense plaisir de l'adulte, donc ils encouragent le développement des comportements et attitudes de caregiving (13). Enfin, « *de par leur immaturité et la forme de leur visage* », les bébés déclenchent « *chez tout adulte un comportement de protection et donc le caregiving* » (15).

1.2.2.2.3. Le rôle du contexte dans le processus de caregiving :

« *Le contexte peut faciliter ou entraver l'expression optimale du caregiving des parents* » (15). Ainsi, l'expression du caregiving maternel peut, de manière plus ou moins grave, être contrariée par la présence d'une dépression du post-partum, d'une anxiété post-natale, d'un état de stress post-natal ou d'une psychose puerpérale. De même, les comportements de caregiving maternels peuvent être gênés dans leur expression par la présence d'un stress d'origine environnemental, personnel ou familial.

2. Attachement et prématurité :

2.1. Stress et activation du système d'attachement parental : (16)

Une naissance prématurée associée à une hospitalisation périnatale constitue une condition majeure de stress parental, suscité notamment, par l'instabilité de l'enfant et la crainte des séquelles. De plus, l'environnement hospitalier, que les parents ne contrôlent pas, peut faire resurgir des expériences douloureuses vécues dans le passé. De ce fait, ils peuvent éprouver de nombreux sentiments négatifs pouvant conduire à l'activation inconsciente de leur système d'attachement et donc à des stratégies de survie.

« L'activation du système d'attachement, si elle est trop intense, met en péril la survie psychologique du sujet : il est prioritaire, et cela tout au long de la vie, de désactiver ce système de l'attachement » (17). Le parent doit réussir à désactiver son système d'attachement sans que les stratégies employées ne compromettent son rôle d'adulte sécurisant. C'est à dire en limitant l'expression de son caregiving. C'est pourquoi, la qualité de ses représentations d'attachement est primordiale. Lorsque les stratégies d'attachement du parent sont sécurisées, celui-ci pourra chercher de manière efficace de l'aide auprès des autres dans le but de réduire son stress et de se créer un environnement soutenant. Il sera donc psychologiquement disponible pour répondre aux besoins d'attachement de son bébé. Lorsque les stratégies d'attachement du parent sont insécures, celui-ci ne saura pas obtenir de l'aide auprès des autres pour réduire son stress et se créer un environnement soutenant. Il ne sera donc pas disponible psychologiquement pour répondre aux besoins d'attachement de son bébé. Ainsi, les comportements de caregiving du parent sont influencés par sa disponibilité psychique elle-même influencée par l'état de détresse dans lequel il se trouve.

2.1.1. Le dilemme motivationnel : (16)

Les parents, dont l'enfant est hospitalisé à la naissance, sont soumis à l'activation concomitante de deux systèmes : le système d'attachement et le système de caregiving. On parle alors de dilemme motivationnel car cette activation simultanée les fait entrer en compétition l'un avec l'autre. Il est d'autant plus intense que les stratégies d'attachement du parent sont insécures. Ainsi, certains parents sont exposés au dilemme suivant : se protéger soi-même de la situation stressante en fuyant l'environnement hospitalier, ou rester auprès de son enfant pour assurer sa

protection quitte à se sentir soi-même en danger. Tout Homme se trouvant dans un état de stress est programmé pour se protéger de manière simple c'est-à-dire en fuyant, en attaquant ou en se figeant. De ce fait, dans cette situation, des comportements agressifs ou de fuite peuvent se manifester.

2.2. L'hospitalisation et le système de caregiving parental : (16)

En plus de devoir gérer son stress, l'adulte doit pouvoir développer son système de caregiving dans un environnement particulier. En effet, sa mise en place peut être perturbée au niveau psychique et biologique par l'hospitalisation précoce du nouveau-né. Il est donc important de relever pour chaque parent les causes personnelles et environnementales favorisant, perturbant ou soutenant l'activation de son caregiving. D'un point de vue psychique, pour faire face à l'hospitalisation de son enfant, le parent doit utiliser ses propres ressources. L'hospitalisation va permettre de confirmer ou non les représentations préexistantes du caregiving de l'adulte.

L'implication des parents peut être entravée par la prématurité du bébé du fait de l'impact que peut avoir son état de santé sur son éveil : il peut le rendre moins attirant et moins gratifiant. Cependant, des auteurs estiment au contraire que l'immaturité du grand prématuré renvoie des signaux de vulnérabilité aux parents activant fortement leur caregiving et leur implication (18).

La prématurité peut aussi influencer la composante biologique des comportements parentaux. Lors d'une naissance prématurée ou d'une séparation précoce parents-enfant, il est fondamental de prendre en compte le mélange entre la facilitation biologique liée à l'ocytocine et le rôle du psychisme pour la mise en place du caregiving. Il est, par conséquent, important de soutenir et d'accompagner les mères souhaitant allaiter. En effet, en favorisant la sécrétion d'ocytocine, l'allaitement maternel peut influencer la facilitation biologique. De plus, il peut donner aux mères le sentiment d'un rôle unique et primordial pour leurs bébés. Il a donc un impact sur le développement des comportements de caregiving maternels par l'intermédiaire du psychisme mais aussi de l'axe biologique.

Même s'il existe des obstacles à la mise en place des comportements de caregiving, peu à peu les femmes cherchent à jouer leur rôle de mère. Elles vont pour cela s'engager activement dans leur rôle de protection. Cependant l'hospitalisation va, là aussi, limiter voire empêcher l'expression des comportements « communs » de caregiving.

2.3. L'assaut du système de caregiving parental : (16)

La séparation parents-enfant est un obstacle à l'expression du caregiving parental alors même que ce système peut être fortement activé par la vulnérabilité de l'enfant. L'objectif du système de caregiving est de protéger le bébé lorsque sa sécurité est menacée en établissant une proximité physique. Or, lors de l'hospitalisation du nouveau-né, les parents peuvent rarement séjourner dans l'unité de néonatalogie. Même si leur présence dans les services est de plus en plus favorisée, ils sont obligés de se séparer de leur enfant à un moment de la journée. Plus l'état de santé de l'enfant est mauvais, plus cette séparation est vécue difficilement par les parents. Cet éloignement forcé peut créer chez des mères un sentiment d'insécurité concernant leur rôle et, de plus, il peut aussi augmenter leur stress.

Les mères, dont le système de caregiving est fonctionnel souhaitent plus de proximité physique avec leur bébé (19). Elles cherchent aussi souvent que possible des interactions physiques avec lui (toucher, caresses, portage). Or, dans l'environnement hospitalier, la possibilité de contacts physiques est peu fréquente sauf dans le cas où l'équipe soignante souhaite les favoriser. De même, la capacité de succion du bébé, influencée par son terme et son environnement technique (intubation...), constitue un obstacle à l'allaitement maternel. Or celui-ci a un impact positif tant chez la mère (sentiment d'un rôle unique), que chez le bébé (bénéfique pour son développement), que chez les deux (moment d'intimité, de partage et de réconfort). Ainsi, beaucoup de femmes se sentent mal lorsqu'elles sont limitées dans leurs interactions avec leur bébé donc lorsqu'elles ne peuvent pas développer de lien avec lui. Cette souffrance résulte de l'environnement dans lequel elles évoluent avec leur enfant. En effet, il place automatiquement les nouveau-nés dans une situation de vulnérabilité, de ce fait, les mères ne parviennent pas à désactiver leur système de caregiving.

2.4. L'adaptation et l'expression du caregiving parental à l'environnement hospitalier : (16)

Certains parents réussissent à assurer la protection de leur bébé et la proximité physique nécessaire en s'adaptant aux contraintes environnementales.

Une fois que les mères sont habituées à l'organisation du service de néonatalogie, la sécurité de leur bébé devient primordiale. Elles cherchent à mettre

en évidence ce qui, selon elles, est source de menaces pour leur enfant comme par exemple, un manque de continuité dans les soins, des soins contradictoires ou une attention portée à l'enfant jugée comme inadaptée. Les mères ont conscience que dans le service de médecine néonatale, l'équipe soignante est « supérieure » du fait de leurs connaissances et de leur maîtrise technique. Ainsi pour que leur bébé soit soigné et protégé comme elles le souhaitent, elles signent un partenariat avec l'équipe soignante. Cependant, si elles ne sont pas d'accord avec ce qui est mis en place pour leur enfant, elles n'hésitent pas à rentrer en conflit avec l'équipe de soignants pour protéger du mieux qu'elles le peuvent leur bébé.

3. La prévention :

3.1. Les soins centrés sur la famille : (20)

Longtemps, les parents ont été interdits de visites dans les unités de médecine néonatales. Cette interdiction était soutenue par le fait qu'ils étaient des sources potentielles d'infections. Mais, progressivement, ils ont été autorisés à rentrer en néonatalogie, à assister et à participer aux soins de leur enfant. Ainsi, l'implication précoce des parents et les soins centrés sur la famille ont émergé. Ces soins se définissent comme « *la délivrance en toute sécurité de soins adaptables se centrant sur les besoins physiques, psychologiques et culturels du patient et de sa famille* » (21). Par le terme « famille » on entend le père et la mère biologique de l'enfant. Le principe de cette stratégie est que le pronostic médical obtenu est meilleur lorsque la famille participe au soutien émotionnel, social et développemental du patient. Ces soins reconnaissent les connaissances, les aptitudes et l'expérience de chaque membre de la famille. Ils permettent une collaboration entre la famille et l'équipe soignante pour la réalisation des soins et pour la prise des décisions. Cette stratégie fait des parents des partenaires de l'équipe médicale. Elle est basée sur la théorie de l'attachement et elle repose sur quatre éléments selon l'Institut du Patient et des soins Centrés sur la Famille : respect et dignité, partage d'informations, participation et collaboration. Cette stratégie permet d'améliorer la qualité de la prise en charge de l'enfant en passant par son humanisation.

3.2. Les soins de développement :

Les soins de développement correspondent à un ensemble de techniques non pharmacologiques, c'est-à-dire environnementales et comportementales. Leur objectif est de favoriser le développement de l'enfant dans ses différentes composantes (physiologique, neurologique, relationnelle et comportementale). Pour cela, ces soins passent par la suppression des stimulations nuisibles, par le soutien à l'autorégulation, par l'emploi de stimulations adaptées et par le soutien de l'unité parents-enfant. En connaissant ces différentes pratiques autour de l'environnement de l'enfant, l'implication parentale est favorisée.

3.2.1. Les stratégies environnementales :

3.2.1.1. Un environnement soutenant l'unité parents-enfant :

L'accès des parents en unité de médecine néonatale a longtemps été limité voire interdit. Désormais, elles sont ouvertes en continu aux parents mais on observe encore une application variable de cette pratique en Europe (22). Aujourd'hui, même si la séparation précoce mère-enfant est toujours nécessaire dans la majorité des unités de néonatalogie, créer et maintenir le lien mère-enfant est au cœur des objectifs des équipes prenant en charge le couple. Pour cela elles tiennent à maintenir une proximité à la fois physique et relationnelle entre la mère et l'enfant. En plus du caractère humain qu'elle soulève, la possibilité pour les parents d'être présents autour de leur enfant possède de nombreux avantages (23).

Pour favoriser l'implication des parents et l'attachement, l'aménagement de l'environnement hospitalier est essentiel. En effet il peut avoir, à long terme, un impact positif sur la relation parents-enfant, sur l'état psychologique maternel mais aussi sur le développement de l'enfant. Les recommandations environnementales prennent en compte la nécessité pour les familles de se détendre mais aussi de se préserver du point de vue de l'intimité. C'est pourquoi, les chambres individuelles paraissent adaptées au sein des unités de médecine néonatale. Au travers de leur étude, Pineda et ses associés (24), ont mis en évidence que pour une population prise en charge dans une même unité, les parents, dont l'enfant était hospitalisé en chambre seule, étaient présents de manière plus importante au cours du premier mois de vie que les parents dont l'enfant était hospitalisé en chambre double. Néanmoins, le premier portage en peau à peau était réalisé, en moyenne, dans les mêmes délais et durant un temps similaire que l'enfant soit hospitalisé en chambre individuelle ou en chambre multiple. Cette étude a aussi démontré que les mères dont l'enfant était hospitalisé en chambre seule étaient plus stressées que les mères ayant leur enfant hospitalisé en chambre double. Ainsi, même si l'environnement des unités de néonatalogie a été pensé pour restaurer l'unité parents-enfant, le soutien parental est essentiel qu'importe le type de chambre.

3.2.1.2. Une réduction des stimulations sensorielles :

Il est important de rappeler les différences existantes entre l'environnement utérin et l'environnement de la néonatalogie. Dans le milieu liquidien qu'est le milieu utérin,

l'environnement sonore du fœtus est lié à la fois aux bruits internes dûs à la physiologie maternelle et aux bruits externes liés à l'environnement maternel qui sont, eux-mêmes, filtrés par le liquide amniotique et par les tissus maternels. Dans l'environnement des unités de soins intensifs et de réanimation néonatale, il existe de multiples stimulations sonores pouvant être fortes et pouvant survenir à n'importe quel moment de la journée et de la nuit. In-utéro, les bruits internes et externes sont, dans la plupart des cas, des bruits ayant une fréquence basse. A l'inverse, les signaux sonores retrouvés dans les unités de médecine néonatale sont, dans la plupart des cas, des sons ayant une fréquence élevée. Concernant les stimulations visuelles, la luminosité retrouvée dans l'utérus est variable ; elle est fonction de la lumière extérieure alors que dans les services de néonatalogie les stimulations visuelles sont bien plus importantes du fait de la présence de nombreuses sources lumineuses et de l'intensité lumineuse plus directement dirigée sur l'enfant.

L'influence des stimuli environnementaux précoces sur le développement futur de l'enfant est difficile à évaluer car les troubles du développement peuvent avoir une origine multifactorielle. De plus, ces stimuli peuvent avoir un caractère multisensoriel. La prise en charge de nouveau-nés prématurés inclut donc la sécurité, les soins et l'adaptation de l'environnement à leur développement sensoriel. De ce fait, de nombreuses pratiques sont intégrées dans leur prise en charge. Elles passent par une diminution du niveau sonore (réduction du volume des alarmes des scopes, fermeture de la porte de la chambre de l'enfant, manipulation délicate de l'environnement de l'enfant...) et de la luminosité (le niveau lumineux doit être adapté au développement et aux capacités de l'enfant). Elles passent également par la pratique régulière du portage en peau à peau dans un environnement calme. Ainsi, elles permettent au nouveau-né prématuré d'accéder facilement à la voix de ses parents et elles favorisent les interactions précoces parents-enfant.

3.2.2. Les stratégies comportementales :

3.2.2.1. Le portage en peau à peau :

La proximité parents-enfant est un élément clé pour favoriser le développement du nouveau-né et pour optimiser le lien d'attachement. Le peau à peau est défini par le portage d'un enfant vêtu uniquement d'une couche et d'un bonnet, placé entre les seins nus de sa mère ou contre le torse nu de son père. Aujourd'hui, ce portage est considéré comme un soin à part entière du fait des bénéfices qu'en tirent les nouveau-nés et les parents.

3.2.2.2. Les autres stratégies :

La succion non nutritive fait partie des techniques non pharmacologiques de la prise en charge de la douleur, suscitée lors des soins par exemple, chez le nouveau-né né à terme ou chez le nouveau-né prématuré. Elle est associée ou non à l'administration de sucre, lequel est à l'origine de la sécrétion d'endorphines. L'emmaillotage réalisé à l'aide d'un lange, est, quant à lui, une technique non médicamenteuse de contrôle de la douleur du nouveau-né. L'enveloppement avec les mains, souvent associé à une posture en flexion, diminue les comportements de stress et aide à l'autorégulation. Ces différentes techniques sont faciles à réaliser, elles peuvent donc être pratiquées par les parents. Ainsi, elles favorisent leur implication dans la prise en charge de l'enfant.

3.3. Le Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement : (25)

En utilisant les soins de développement et les soins centrés sur la famille, ce programme transforme l'organisation et l'environnement des unités de médecine néonatale car il fait de l'enfant et de ses parents les principaux centres d'intérêts des services.

La compréhension du comportement de chaque nouveau-né s'appuie sur la théorie synactive. Elle est basée sur l'articulation de cinq sous-systèmes en développement : le système végétatif, le système moteur, le système veille-sommeil, le système de l'attention et le système de l'autorégulation. Ces systèmes sont liés entre eux et influencés par l'environnement si bien que la perturbation de l'un d'entre eux entraîne la perturbation des autres. Ce programme se base sur l'observation de l'enfant dès ses premiers jours de vie et tout au long de son hospitalisation. Celle-ci se fait lors des soins au cours desquels toutes les modifications physiologiques et comportementales du nouveau-né sont relevées. Des signes d'approche seront observés si la stimulation est appropriée : respiration régulière, rythme cardiaque régulier, tonus adapté, mouvements doux, posture en flexion, calme... . Des signes de retrait seront observés si la stimulation n'est pas appropriée : apnée, polypnée, tachycardie, bradycardie, hypotonie, hypertonie, agitation, extension... . Un programme de soins et des recommandations adaptées à chaque nouveau-né résulteront de cette observation et pourront être mis en place. L'individualisation de la prise en charge de l'enfant en résultant est consolidée par le partenariat existant entre les parents et l'équipe soignante. Ce programme permet ainsi d'organiser les

soins autour du nouveau-né en respectant sa tolérance et son rythme plutôt que celui de l'équipe soignante. Il permet aussi d'adapter l'environnement du nouveau-né à son stade de développement.

4. Les avantages de la présence parentale en unité de néonatalogie :

4.1. Pour les parents : (26)

4.1.1. Le programme NIDCAP :

Avec la mise en place de ce programme dans les services, les parents bénéficient de nombreux avantages car ils sont considérés comme les principaux « co-régulateurs » du développement de leur enfant.

En soutenant la présence des parents dans les services, il permet une implication parentale plus importante. Du fait d'une implication plus soutenue, la connaissance parentale de l'enfant est améliorée, le stress maternel est diminué et les femmes se sentent plus confiantes dans leur rôle maternel. Globalement, les parents se sentent plus prêts à s'occuper de leur enfant. Les mères qui se sentent plus aidées et plus proches de leur enfant, manifestent cependant plus d'anxiété ce qui souligne un lien précoce et fort. Le taux et la durée de l'allaitement maternel sont améliorés. L'intégration parentale précoce en néonatalogie permet aux parents d'être rassurés quant à leurs compétences, elle leur permet aussi de mieux connaître leur enfant et de mieux appréhender ses besoins. Ainsi, un retour à domicile à la fois plus précoce et plus serein est favorisé.

4.1.2. Le portage en peau à peau :

Dans les services de néonatalogie, le portage en peau à peau est une pratique très fréquemment retrouvée. Grâce à cette approche, les taux et les durées d'allaitement maternel sont augmentés. Cette technique permet à la mère et au nouveau-né de se découvrir dans des conditions inédites ce qui favorise leur reconnaissance mutuelle, leur apaisement et les liens d'attachement. La pratique prolongée et régulière de ce portage permet à la fois de diminuer le stress ressenti et d'améliorer l'humeur maternelle : les symptômes de dépression du post-partum s'en trouveraient réduits. Les mères présentent une sensibilité plus importante vis-à-vis de leur enfant et manifestent des comportements plus adaptés à leurs besoins. De plus, elles présentent un plus grand nombre de gestes affectueux, de contacts visuels et tactiles avec leur enfant : ainsi le peau à peau favorise les interactions mère-enfant.

4.1.3. La présence lors des visites médicales :

L'implication des parents dans la prise en charge de leur enfant peut être renforcée par la possibilité pour eux d'être présents aux visites médicales. En effet, leur participation à ces visites impacte de manière positive les soins donnés à l'enfant et elle les aide également à se sentir plus confiants vis-à-vis de l'équipe médicale.

4.2. Pour le nouveau-né : (27)

En plus des bénéfices apportés à la qualité de l'attachement, l'implication parentale a une influence sur la prévention de la douleur, sur le manque de sommeil et sur le développement de l'enfant.

4.2.1. La douleur :

La présence parentale, lors des soins du nouveau-né prématuré, permet une augmentation significative de l'utilisation d'analgésie. Le portage en peau à peau et l'aide au regroupement sont des approches permettant aux parents d'intervenir de manière active dans la prévention de la douleur de leur enfant. L'expression de la douleur par le nouveau-né peut être modulée de manière positive par l'allaitement maternel lorsque celui-ci a une succion efficace.

4.2.2. Le sommeil :

Plus un nouveau-né est né prématurément, plus il dort. Chez l'animal il a été montré que la privation de sommeil avait un impact sur le développement cérébral. Or, en médecine néonatale, au lieu d'être centrée sur les besoins du nouveau-né, l'organisation des services est basée sur les soins. Aussi, le manque de sommeil chez les enfants est très fréquent dans ces unités. Le portage en peau à peau est une approche qui permet de préserver le sommeil de l'enfant tout en faisant participer de manière active les parents.

4.2.3. Le développement :

L'allaitement maternel est bénéfique pour le développement du nouveau-né prématuré. Les qualités nutritionnelles du lait maternel en sont l'explication. Au-delà des propriétés nourrissantes du lait maternel, les bénéfices de cet allaitement sur le développement de l'enfant prématuré s'expliquent par le fait qu'une présence soutenue de la mère est nécessaire pour qu'il fonctionne. Ainsi, le soutien à

l'allaitement maternel reste primordial dans les services de néonatalogie. En effet, la présence importante de la mère favorise l'attachement mère-enfant et offre au bébé un environnement sensoriel favorable à son développement. De plus, à plus long terme, l'allaitement maternel améliore les performances cognitives de l'enfant.

5. Les limites à l'implication précoce des parents en néonatalogie : (28)

Selon la charte de l'enfant hospitalisé, « *un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état* » et « *on encouragera les parents à rester auprès de leurs enfants [...] afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant* » (29).

5.1. Les limites d'origine architecturales :

La technicité nécessaire à la prise en charge d'un nouveau-né hospitalisé et le nombre de professionnels y participant ont toujours été la base dans l'architecture des unités de néonatalogie. L'importance de la présence des parents, aussi bien pour eux que pour le nouveau-né, et la sensorialité du nouveau-né n'ont pas toujours été prises en compte dans l'évolution de la néonatalogie. De plus, du fait de la prise en charge de prématurés nés à des termes de plus en plus précoce, les unités de néonatalogie se sont complexifiées. Ainsi l'environnement hospitalier en résultant était peu propice à une implication rapide des parents dans la prise en charge de leur enfant.

Cependant, afin de diminuer les barrières à l'implication parentale, des recommandations sur l'aménagement des services et sur les stimuli environnementaux présents dans les unités sont apparues. De plus, l'article D6124-54 affirme « *qu'Afin d'éviter la séparation de la mère et de l'enfant, les soins de néonatalogie et la surveillance des enfants qui ne nécessitent pas de soins intensifs ou de réanimation peuvent être effectués dans la chambre de leur mère si les locaux et l'organisation de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie le permettent.* » (30). Ces unités kangourou se sont largement répandues mais elles concernent uniquement les nouveau-nés ne nécessitant pas une surveillance continue comme dans la cadre de la grande prématurité.

5.2. Les limites d'origine sociales :

Depuis 2006, en cas d'accouchement survenant plus de six semaines avant la date prévue, une femme peut bénéficier d'une indemnisation supplémentaire si le nouveau-né est hospitalisé dans une unité de néonatalogie du fait de sa prématurité. La période de l'indemnisation supplémentaire est égale au nombre de jours compris entre la date réelle de l'accouchement et la date présumée du congé prénatal (31). L'allocation journalière de présence parentale peut être perçue par un parent de nouveau-né prématuré (32). Ainsi, des mesures administratives existent et favorisent

la présence des parents auprès de leur enfant mais celles-ci restent tout de même insuffisantes.

5.3. Les limites liées à la formation des soignants :

L'évaluation du lien mère-enfant est une priorité dans les services prenant en charge un couple séparé. Des signes de carence maternelle peuvent exister dès le séjour en maternité. Cependant les professionnels travaillant dans ces services manquent d'outils leur permettant de les repérer et d'agir ainsi de façon précoce. De plus, les soignants prenant en charge ce couple ne bénéficient pas, durant leur formation, de notions quant à leur fonction d'aidant, de guide et de facilitateur de la rencontre parents-enfants qu'ils ont dans ce contexte.

PARTIE 2 - Etude

1. Sens de l'étude :

Dans le cas où une naissance a lieu à terme et sans complications, une mère va, au fur et à mesure du temps passé auprès de son enfant, parvenir à déterminer et à anticiper les besoins de ce dernier : c'est la préoccupation maternelle primaire décrite par Donald Wood Winnicott (1). Elle résulte d'une absence de séparation mère-enfant.

Dans le cas où l'hospitalisation périnatale est nécessaire, les choses se passent différemment. En effet, alors que la mère est hospitalisée en maternité ou retournée à son domicile, l'enfant se trouve dans un des services de néonatalogie. De ce fait, ce n'est pas la mère qui répond majoritairement aux besoins de son enfant : ce sont les technologies et les puéricultrices. Elle peut alors se sentir dépourvue d'une partie de ses fonctions maternelles et éprouver un sentiment de dévalorisation voire de dépression. Ainsi, l'instauration d'un lien mère-enfant équilibré et le développement du bébé peuvent être impactés, a fortiori si la cause de l'hospitalisation est la prématurité du fait des caractéristiques inhérentes au nouveau-né prématuré.

Pour cette raison, l'évaluation du lien mère-enfant est une priorité dans les services prenant en charge le couple séparé, d'autant plus lors d'une naissance prématurée. En effet, des signes de carence maternelle peuvent exister dès le séjour en maternité.

2. Objectifs et hypothèses :

Le but de ce mémoire est d'évaluer la représentation, l'évolution et les facteurs impactant le bonding maternel, donc le caregiving maternel, dans le contexte particulier de naissances ayant eu lieu à un terme inférieur ou égal à 32 SA. De manière plus générale, il a aussi pour objectif d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un questionnaire présentant le Mother to Infant Bonding Scale (MIBS).

Du fait du contexte engendré par une naissance prématurée, nous formulons l'hypothèse selon laquelle les représentations du bonding maternel seraient altérées durant la première semaine de vie et le premier mois de vie de l'enfant. Nous supposons cependant que ces représentations s'améliorent au cours du temps, et ce du fait de l'intervention de différents facteurs.

3. Méthodes et matériels :

L'étude a été réalisée sur une période de 4 mois, (premières inclusions début mai 2016 et dernières inclusions mi-août 2016. Ainsi les derniers questionnaires ont été récupérés mi-septembre 2016) dans les services de médecine néonatale du CHU de Nantes. Il s'agit d'une étude de cohorte, prospective, monocentrique.

3.1. Patientes :

3.1.1. Critères d'inclusion :

Etaient incluses les femmes ayant accouché à un terme inférieur ou égal à 32 SA, comprenant la langue française, ayant accepté de participer à l'étude et ayant été rencontrées au cours des 48 premières heures de vie de leur enfant.

3.1.2. Critères d'exclusion :

Etaient exclues les femmes qui refusaient de participer à l'étude, qui ne parlaient, ne comprenaient ou ne lisaient pas le français.

3.2. Recueil de données :

3.2.1. Le protocole :

Dans les 48 heures qui suivaient la naissance prématurée, je présentais l'étude et remettais une lettre explicative (annexe n°1) aux femmes qui remplissaient les critères d'inclusion. Les femmes qui acceptaient de participer à l'étude se voyaient remettre un questionnaire dans la suite de l'entretien (annexe n°2) puis à un mois de vie de leur enfant (annexe n°3). Ces questionnaires ont pu être distribués dans les services de réanimation néonatale, de soins intensifs et de néonatalogie. Si l'enfant avait quitté l'unité (pour un transfert dans un établissement plus proche du domicile familial) sans que j'ai pu, au préalable, remettre le questionnaire à la femme, il était convenu avec elle que je le leur adresse par mail.

Chaque femme à qui il a été proposé de participer à l'étude a accepté ; il n'y a eu aucun refus de participation. Tous les questionnaires distribués ont pu être récupérés directement auprès de la femme, ou indirectement par mail ou par courrier.

Les patientes dont le nouveau-né décédait au cours de l'hospitalisation ne se voyaient pas remettre le second questionnaire, ce qui représente une patiente sur l'ensemble de l'échantillon.

3.2.2. Les outils :

Les questionnaires proposés aux femmes associaient la version française de l'auto-questionnaire Mother to Infant Bonding Scale (MIBS) (annexe n°4), la version française de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (annexe n°5) ainsi que quelques questions plus générales.

3.2.2.1. Le MIBS :

L'auto-questionnaire MIBS évalue les sentiments d'une mère à l'égard de son bébé. Il est composé de huit items (33). Pour chaque sentiment proposé, les femmes doivent cocher la colonne correspondant le plus à ce qu'elles ressentent. Elles n'ont pas de notion quant aux points attribués à chaque réponse. Les catégories de réponses sont notées avec un système de points allant de 0 à 3, avec au final, un score comptabilisé pouvant aller de 0 à 24 (tableau 1). Un score élevé témoigne de l'existence d'un trouble du lien mère-enfant. Ce questionnaire a été validé en français (8). Il est court, simple et il peut être utilisé immédiatement après la naissance ou bien quelques jours après.

Dans la version anglo-saxonne de ce questionnaire, aucun seuil n'est défini pour poser le diagnostic de difficultés du lien mère-enfant. Marjorie Bienfait (8) a fixé ce seuil à 2. En définissant cette limite, elle obtenait une sensibilité à 0,9, c'est-à-dire qu'il y avait 90 % de chances d'avoir un score supérieur ou égal à 2 lorsqu'il existait des difficultés de lien. Elle obtenait aussi une spécificité à 0,8, c'est-à-dire qu'il y avait 80 % de chances d'avoir un score inférieur à 2 lorsqu'il n'existait pas de troubles du lien. La valeur prédictive positive, c'est-à-dire le risque d'avoir un trouble sachant que le score est supérieur ou égal à 2 était de 40,9 %. La valeur prédictive négative, c'est-à-dire le risque de ne pas avoir de trouble sachant que le score est inférieur à 2 était de 98,1 %.

Du fait d'une distribution des scores très restreinte, les auteurs anglais (33) suggèrent que ce questionnaire est meilleur pour détecter les réponses « anormales » plutôt que les petites variations de la normale.

Tableau 1. Calcul du MIBS

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé	0	1	2	3
Sentiment d'en vouloir à mon bébé	3	2	1	0
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion	3	2	1	0
Joie	0	1	2	3
Sentiment de ne pas être attirée par mon bébé	3	2	1	0
Protectrice	0	1	2	3
Déçue	3	2	1	0
Agressive	3	2	1	0

3.2.2.2. L'EPDS :

La version française de l'échelle de dépression du post-partum d'Edimbourg a été traduite et validée par l'équipe de Nicole Guédeney (34). Ce questionnaire permet de dépister les femmes à risque de développer une dépression du post-partum. Il permet aussi de dépister les mères déprimées dans les semaines et les mois qui suivent la naissance. Cette échelle peut donc être utilisée auprès des mères, en maternité dans les premiers jours du post-partum, ou plus tardivement.

Cet auto-questionnaire est composé de 10 items. Pour chaque question posée, les femmes doivent cocher la réponse correspondant le plus à ce qu'elles ressentent. Elles n'ont pas de notion quant aux points attribués à chaque réponse. Les catégories de réponses sont notées avec un système de points allant de 0 à 3 selon la sévérité des symptômes, avec au final, un score comptabilisé pouvant aller de 0 à 30 (tableau 2). Dans la littérature (34), le seuil défini pour poser le diagnostic de dépression du post-partum est fixé à 10,5. Ce qui correspond à un score supérieur ou égal à 11. En définissant cette limite, on obtenait une sensibilité à 0,8, c'est-à-dire qu'il y avait 80 % de chances d'avoir un score supérieur ou égal à 11 lorsqu'il existait une dépression du post-partum. On obtenait aussi une spécificité à 0,9, c'est-à-dire qu'il y avait 90 % de chances d'avoir un score inférieur à 11 lorsqu'il n'existait pas de dépression du post-partum.

Tableau 2. Calcul de l'EPDS

	Réponse 1	Réponse 2	Réponse 3	Réponse 4
Questions n° 1, 2, 4	0	1	2	3
Questions n° 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10	3	2	1	0

3.2.2.3. Autres informations :

Des informations étaient également recherchées dans les dossiers obstétricaux, par l'intermédiaire du logiciel PerinatGynéco, (annexe n°6) et/ou directement auprès des patientes si le dossier était inexistant ou incomplet.

Les informations suivantes étaient recherchées : des données générales : âge, profession, gestité, parité, situation maritale. Les antécédents obstétricaux étaient recherchés, ils incluaient : les difficultés de conception antérieures ou actuelles, les fausses couches spontanées (FCS), les interruptions volontaires et médicales de grossesse (IVG, IMG), les morts fœtales in-utéro (MFIU) et les décès néonataux. Le mode de survenue de la grossesse était recherché : spontanée ou induite. Le déroulement de la grossesse ; celle-ci était considérée comme anormale si un des événements suivants étaient survenus : dépistage de la trisomie 21 positif, présence d'une malformation fœtale, d'un diabète gestationnel, d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU), d'une infection, d'une menace d'accouchement prématuré (MAP). Il était également recherché le vécu de la grossesse par la femme : celui-ci était considéré comme difficile si des fragilités psychologiques étaient rapportées dans le dossier médical ou si la femme se décrivait comme particulièrement anxieuse ou déprimée pendant sa grossesse. Enfin il était recherché d'autres informations concernant le déroulement du travail et de la naissance. L'accouchement par voie basse (AVB) était considéré comme compliqué si un événement obstétrical grave (tel qu'une hémorragie de la délivrance ou une rupture utérine) était survenu, si des manœuvres instrumentales avaient été nécessaires, si le travail avait été long ou si il existait des lésions périnéales. On recherchait également la réalisation d'une césarienne en urgence. En dernier lieu, l'état de santé de l'enfant à la naissance était considéré comme mauvais si la réalisation d'actes ; comme la réalisation d'injections intraveineuses, de ponction lombaire ou la répétition de bilans sanguins avait été nécessaire. Cette dernière donnée était recherchée auprès des internes de pédiatrie des services concernés.

4. Analyse statistique :

La saisie des données a pu être effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007. L'analyse des données recueillies a pu être réalisée à l'aide du logiciel EpiDataAnalysis V2.2.2.183. Les variables qualitatives sont décrites avec des effectifs puisque nous sommes en présence d'un petit échantillon ($n < 100$). Les variables quantitatives sont décrites avec des moyennes et des médianes. Les comparaisons des données ont été effectuées à l'aide de plusieurs tests : le test t de Student pour données appariées, le test exact de Fischer et le test du Khi-deux. Le seuil de significativité p est fixé à $p < 0,05$.

5. Résultats :

5.1. Description de l'échantillon : (tableau 3)

Tableau 3. Caractéristiques générales de l'échantillon

Variables		Nombre de femmes concernées (n=32) (%)
Activité	Avec profession	26 (81%)
Situation maritale	En couple	32 (100%)
Gestité	Primigeste	16 (50%)
Parité	Primipare	18 (56%)
Terme d'accouchement	≥ 28 SA - ≤ 32 SA	25 (78%)
	< 28 SA	7 (22%)
Antécédents obstétricaux	Difficultés de conception	5 (16%)
	Fausse couche spontanée	9 (28%)
	Interruption volontaire de grossesse	0 (%)
	Interruption médicale de grossesse	2 (6%)
	Mort fœtale in-utéro	0 (0%)
	Décès néonatal	0 (0%)
Grossesse	Spontanée	28 (88%)
	Désirée	32 (100%)
	Gémellaire	6 (19%)

Tableau 3 (suite). Caractéristiques générales de l'échantillon

Variables		Nombre de femmes concernées (n=32) (%)
Grossesse de déroulement anormal	Test de dépistage de la trisomie 21 positif	0 (0%)
	Malformation fœtale	1 (3%)
	Diabète gestationnel	7 (22%)
	Retard de croissance intra-utérin	13 (41%)
	Infection	7 (22%)
	Menace d'accouchement prématuré	12 (38%)
Vécu de la grossesse	Vécu difficile	10 (31%)
Entretiens prénataux	Psychologique	4 (13%)
	Pédiatrique	16 (50%)
Naissance	In-born	27 (84%)
Déroulement du travail et de la naissance	Accouchement voie basse compliqué	7 (22%)
	Césarienne en urgence	21 (66%)
Etat de santé de l'enfant à la naissance	Actes médicaux	17 (53%)

L'âge maternel :

L'âge moyen des femmes incluses dans l'étude était de 30,3 ans. L'âge minimum était de 24 ans tandis que l'âge maximum était de 38 ans.

Situation socio-économique :

Parmi les 26 femmes ayant une activité, 14 (54%) avaient un niveau inférieur à une licence, les 12 restantes (46%) avaient un niveau supérieur à un bac plus 2.

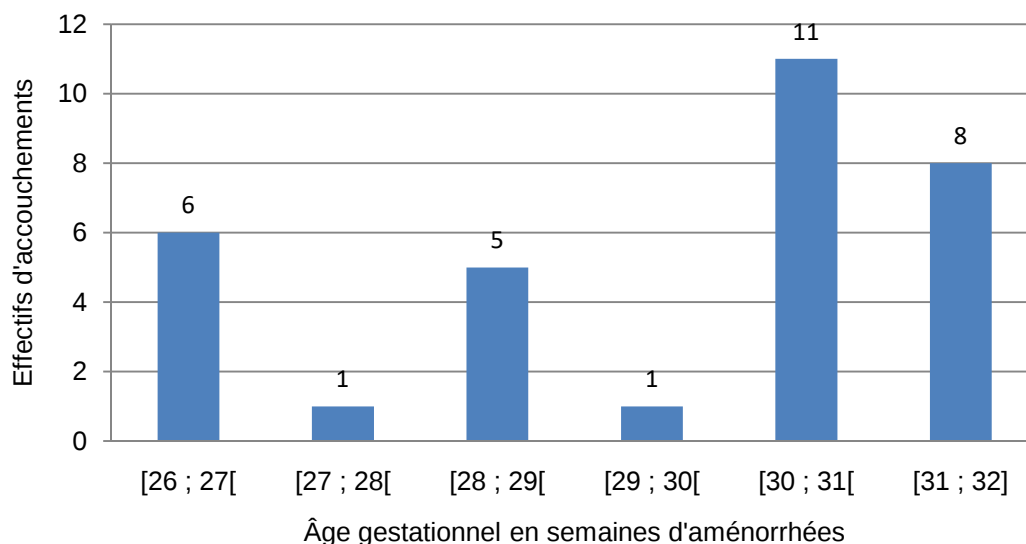
Gestité – Parité – Terme d'accouchement :

Parmi les 16 multigestes (50%), 9 d'entre elles (56%) étaient des deuxième-gestes, 4 d'entre elles (25%) étaient des troisièmes-gestes, 2 d'entre elles (13%) étaient des quatrième-gestes, et 1 d'entre elles (6%) était une neuvième-geste.

Parmi les 14 multipares (44%), 10 d'entre elles (71%) étaient des deuxième-pares tandis que les 4 autres (29%) étaient des troisième-pares pour 3 d'entre elles (75%) et 1 d'entre elles (25%) était une sixième-pare.

Les accouchements survenus les plus prématurément ont eu lieu à 26 SA, ils étaient au nombre de 2 (6%). 2 femmes (6%) avaient accouché à 32 SA.

Figure 1 : Répartition des accouchements en fonction des termes



Les antécédents obstétricaux :

On retrouvait chez 5 femmes (16%) des antécédents de difficultés de conception. Dans notre étude, 4 grossesses (13%) étaient induites, dont 3 (75%) ont abouti à des grossesses gémellaires. Et parmi les femmes ayant des antécédents de difficultés de conception, 3 (60%) ont eu une grossesse induite.

Les grossesses de déroulement anormal :

7 femmes (22%) n'avaient pas réalisé le dépistage de la trisomie 21.

1 seule grossesse (3%) était marquée par la présence d'une malformation chez l'enfant. Dans ce cas précis il s'agissait d'une malformation cardiaque.

Parmi les 13 grossesses (41%) concernées par un retard de croissance intra-utérin, 2 grossesses gémellaires (15%) étaient retrouvées.

7 femmes (22%) ont eu une infection au cours de leur grossesse : il s'agissait majoritairement d'infections à *Escherichia coli*.

Parmi les 12 grossesses (38%) au cours desquelles il y a eu une menace d'accouchement prématuré, 3 grossesses gémellaires (25%) étaient retrouvées.

Vécu de la grossesse :

10 femmes (31%) présentaient un vécu difficile de la grossesse. Parmi elles, 3 (9%) présentaient des fragilités psychologiques, 9 (28%) se disaient anxieuses et 3 (9%) se disaient déprimées.

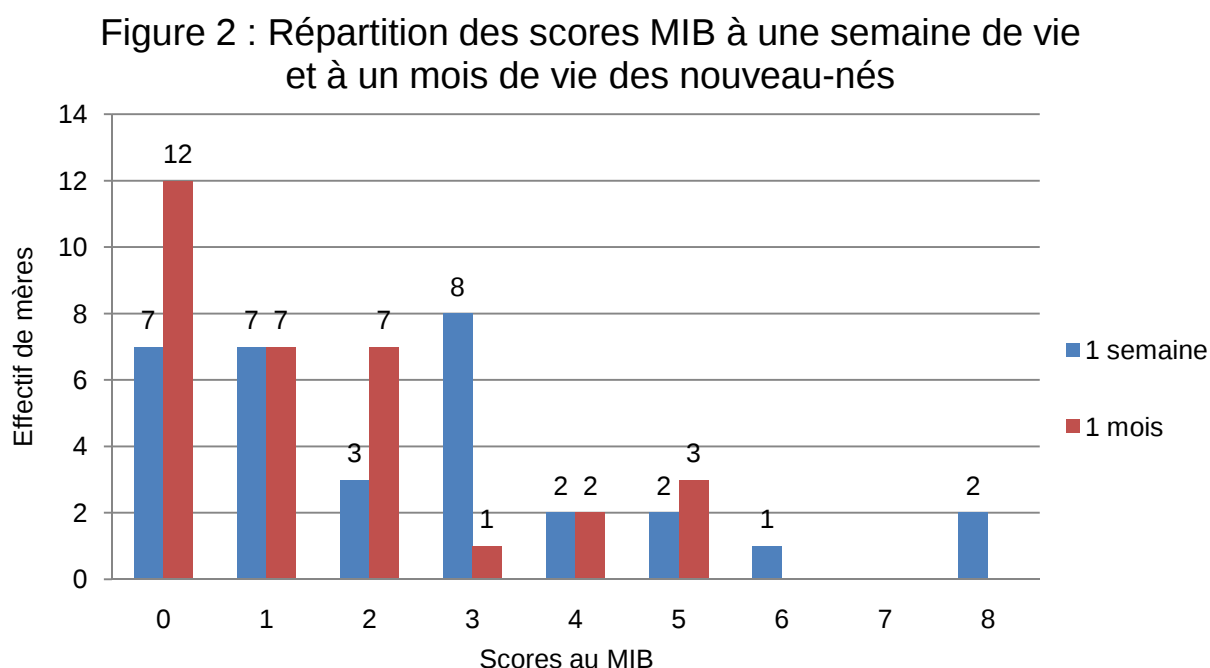
Parmi les femmes se sentant anxieuses, 2 (22%) se sentaient également déprimées, 1 (11%) présentait aussi des fragilités psychologiques et 1 (11%) présentait les trois caractéristiques.

Déroulement du travail et de l'accouchement :

7 accouchements par voie basse (22%) étaient considérés comme compliqués. 2 (29%) avaient nécessité l'utilisation d'instruments, 4 (57%) étaient considérés comme longs et 3 (43%) avaient conduits à des lésions périnéales.

5.2. Résultats du MIBS :

5.2.1. Répartition des scores : (figure 2)



Les questionnaires distribués durant la première semaine de vie des nouveau-nés permettent de rapporter des scores au MIB répartis entre 0 et 8. Ces scores possèdent une médiane à 2. 18 femmes (56%) avaient un score supérieur ou égal à 2.

Les seconds questionnaires distribués à un mois de vie des nouveau-nés permettent de rapporter des scores répartis entre 0 et 5. Ces scores possèdent une médiane à 1. 13 femmes (41%) avaient un score supérieur ou égal à 2.

5.2.2. Evolutivité du MIBS : (tableaux 4, 5 – figure 3)

Tableau 4. Moyenne des scores MIB

	Moyenne	p-value
MIBS à 1 semaine	2,41	0,006
MIBS à 1 mois	1,47	

Selon le test t de Student pour données appariées, il existe une différence significative entre les moyennes des scores MIB calculés à une semaine et à un mois de vie des nouveau-nés.

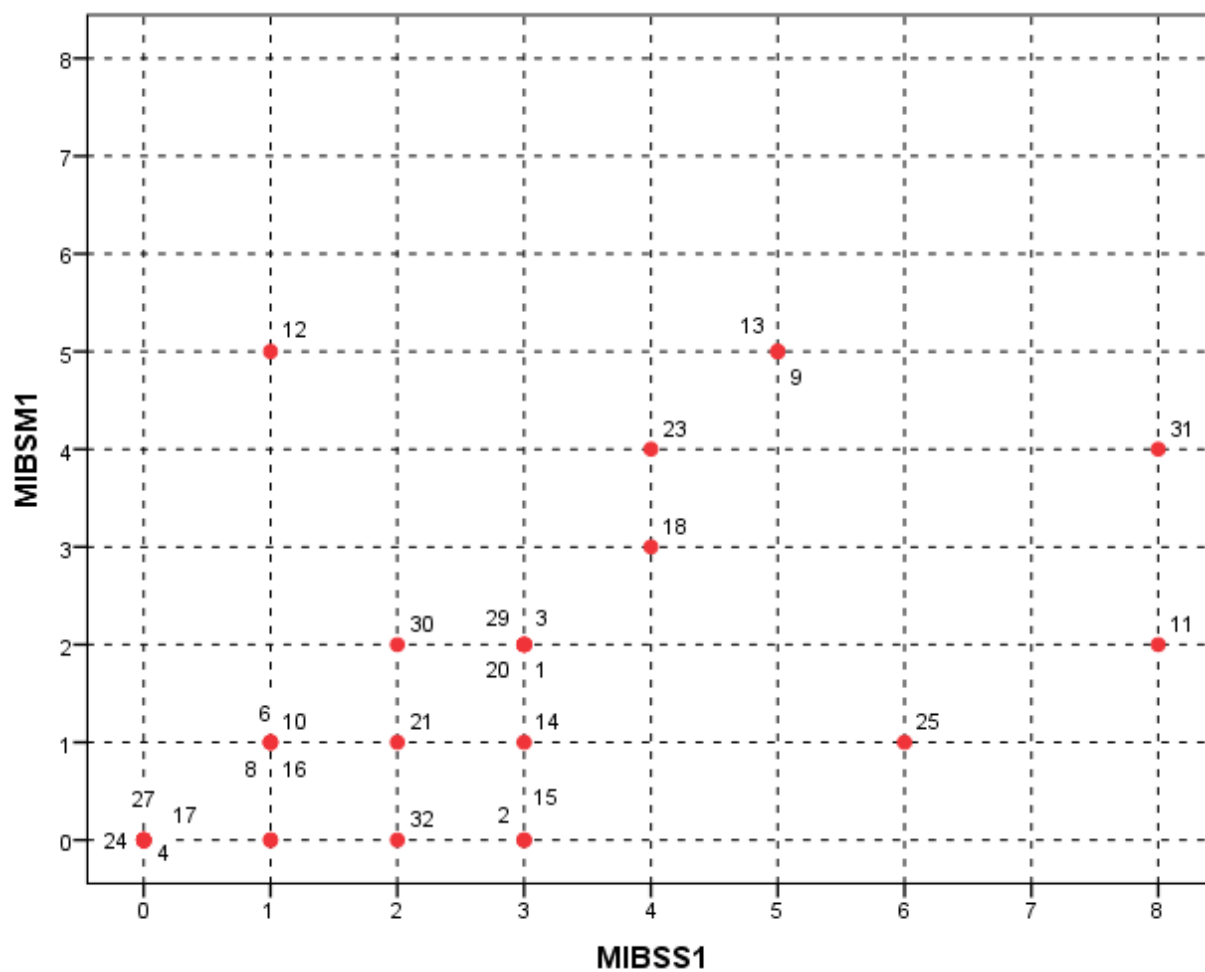
Tableau 5. Evolutivité des troubles du bonding

MIBS à 1 semaine	MIBS à 1 mois		Total
	Pas de troubles du bonding	Troubles du bonding	
Pas de troubles du bonding	13	1	14
Troubles du bonding	6	12	18
Total	19	13	32

A un mois, 6 femmes qui avaient des troubles du lien mère-enfant à une semaine de vie de leurs enfants n'en avaient plus.

Une femme avait des troubles du lien mère-enfant à un mois alors qu'elle n'en avait pas à une semaine (tableau 5, figure 3). Il s'agissait d'une femme ayant accouché de jumeaux à 32 SA. Après avoir passé un très bref séjour au CHU de Nantes, ses enfants ont rapidement été transférés vers un établissement plus proche du domicile familial. On ne sait donc pas ce qu'il a pu se passer durant l'intervalle libre.

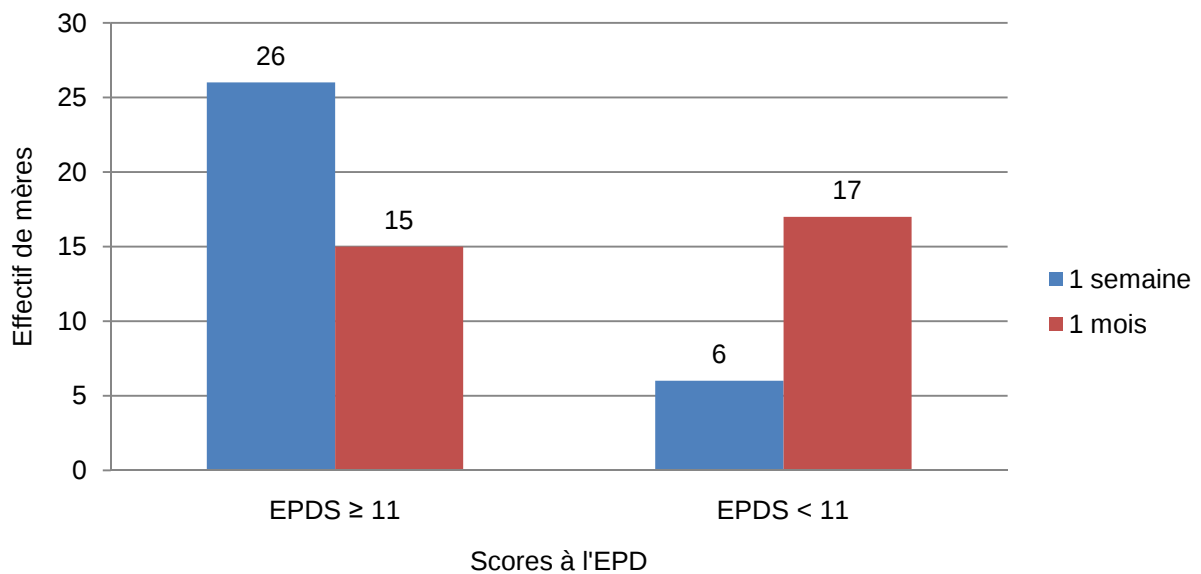
Figure 3. Evolutivité des scores au MIB à une semaine et à un mois de vie des nouveau-nés



5.3. Résultats de l'EPDS :

5.3.1. Répartition des scores : (figure 4)

Figure 4 : Répartition des scores EPD à une semaine de vie et à un mois de vie des nouveau-nés



A une semaine de vie des nouveau-nés, 26 femmes (81%) avaient un score supérieur ou égal à 11. Les scores EPD sont répartis entre 2 et 21 et possèdent une médiane à 16.

A un mois de vie des nouveau-nés, 15 femmes (47%) avaient un score supérieur ou égal à 11. Les scores à l'EPD sont répartis entre 0 et 17 et possèdent une médiane à 10.

5.3.2. Evolutivité de l'EPDS : (tableau 6)

Tableau 6. Moyenne des scores à l'EPD

	Moyenne	p-value
EPDS à 1 semaine	14,44	0,001
EPDS à 1 mois	9,38	

Selon le test t de Student pour données appariées, il existe une différence significative entre les moyennes des scores à l'EPD calculés à une semaine et à un mois de vie des nouveau-nés.

5.4. Analyse de l'impact des facteurs étudiés à une semaine de vie des nouveau-nés : (tableau 7)

Tableau 7. Analyse de l'impact des facteurs étudiés à une semaine de vie des nouveau-nés

Variables (n=32)	Incidence des troubles du bonding MIBS ≥ 2 (n=18) (%)	RR (95% IC)	p-value
<u>Terme :</u>			
< 28 SA (7)	7 (100,0)	2,27 (1,46-3,54)	0,01
≥ 28 SA (25)	11 (44,0)	1	
<u>Parité :</u>			
Primipare (18)	9 (50,0)	0,78 (0,42-1,42)	0,42
Multipare (14)	9 (64,3)	1	
<u>Âge maternel :</u>			
≤ 30 ans (20)	7 (35,0)	0,38 (0,21-0,71)	0,002
> 30 ans (12)	11 (91,7)	1	
<u>Profession :</u>			
Avec (26)	15 (57,7)	1,15 (0,49-2,74)	1
Sans (6)	3 (50,0)	1	
<u>Grossesse :</u>			
Gémellaire (6)	2 (33,3)	0,54 (0,17-1,75)	0,36
Singleton (26)	16 (61,5)	1	
<u>Grossesse :</u>			
Induite (4)	2 (50,0)	0,88 (0,31-2,45)	1
Spontanée (28)	16 (57,1)	1	
<u>Difficultés de conception :</u>			
Oui (5)	3 (60,0)	1,08 (0,49-2,38)	1
Non (27)	15 (55,6)	1	
<u>Antécédents de FCS :</u>			
Oui (9)	7 (77,8)	1,63 (0,94-2,82)	0,23
Non (23)	11 (47,8)	1	
<u>Antécédents d'IMG :</u>			
Oui (2)	2 (100,0)	1,88 (1,34-2,62)	0,49
Non (30)	16 (53,3)	1	

Tableau 7 (suite). Analyse de l'impact des facteurs étudiés à une semaine de vie des nouveau-nés

Variables (n=32)	Incidence des troubles du bonding MIBS ≥ 2 (n=18) (%)	RR (95% IC)	p-value
<u>Malformation de l'enfant :</u>			
Oui (1)	0 (0,0)	Non calculable	0,44
Non (31)	18 (58,1)		
<u>Diabète gestationnel :</u>			
Oui (7)	5 (71,4)	1,37 (0,75-2,51)	0,43
Non (25)	13 (52,0)	1	
<u>RCIU :</u>			
Oui (13)	5 (38,5)	0,56 (0,26-1,19)	0,09
Non (19)	13 (68,4)	1	
<u>Infection au cours de la grossesse :</u>			
Oui (7)	6 (85,7)	1,79 (1,07-2,97)	0,11
Non (25)	12 (48,0)	1	
<u>MAP :</u>			
Oui (12)	8 (66,7)	1,33 (0,74-2,41)	0,36
Non (20)	10 (50,0)	1	
<u>Vécu difficile de la grossesse :</u>			
Oui (10)	7 (70,0)	1,40 (0,78-2,51)	0,45
Non (22)	11 (50,0)	1	
<u>Entretiens psychologiques :</u>			
Oui (4)	2 (50,0)	0,88 (0,31-2,45)	1
Non (28)	16 (57,1)	1	
<u>Entretiens pédiatriques :</u>			
Oui (16)	9 (56,3)	1 (0,54-1,84)	1
Non (16)	9 (56,3)	1	
<u>Naissance :</u>			
In-born (27)	16 (59,3)	1,48 (0,48-4,53)	0,63
Out-born (5)	2 (40,0)	1	

Tableau 7 (suite). Analyse de l'impact des facteurs étudiés à une semaine de vie des nouveau-nés

Variables (n=32)	Incidence des troubles du bonding MIBS ≥ 2 (n=18) (%)	RR (95% IC)	p-value
<u>AVB compliqué :</u>			
Oui (7)	7 (100,0)	2,27 (1,46-3,54)	0,01
Non (25)	11 (44,0)	1	
<u>Césarienne en urgence :</u>			
Oui (21)	8 (38,1)	0,42 (0,24-0,75)	0,008
Non (11)	10 (90,9)	1	
<u>Actes médicaux à la naissance :</u>			
Oui (17)	10 (58,8)	1,10 (0,59-2,05)	0,75
Non (15)	8 (53,3)	1	
<u>EPDS :</u>			
≥ 11 (26)	18 (69,2)	Non calculable	0,003
< 11 (6)	0 (0,0)		
<u>Intubation :</u>			
Oui (11)	7 (63,6)	1,21 (0,66-2,22)	0,71
Non (21)	11 (52,4)	1	
<u>CPAP :</u>			
Oui (18)	9 (50,0)	0,78 (0,42-1,42)	0,49
Non (14)	9 (64,3)	1	

A une semaine de vie des nouveau-nés, les femmes ayant accouché à un terme inférieur à 28 SA ont plus de troubles du bonding que les femmes ayant accouché à un terme supérieur ou égal à celui-ci.

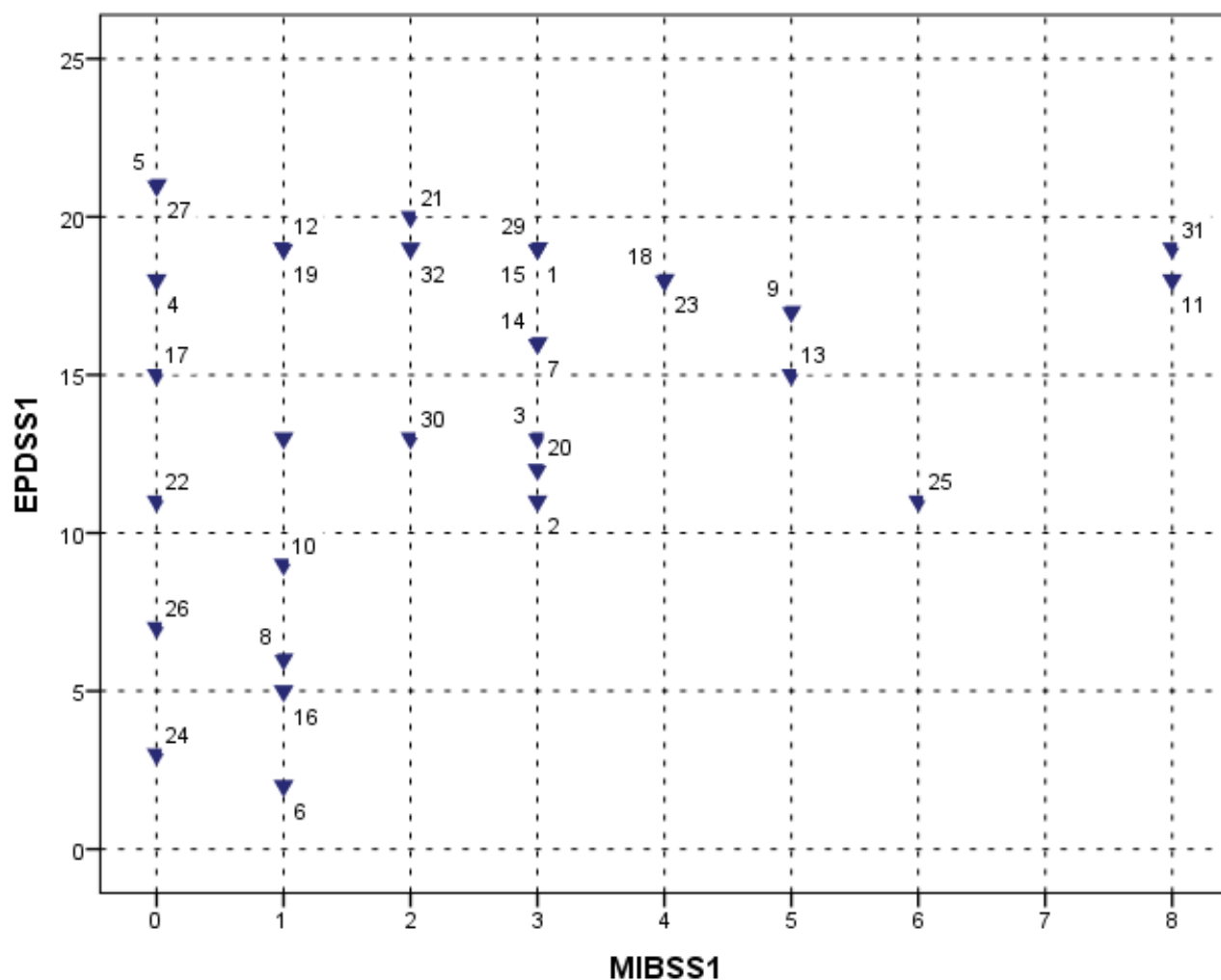
Les femmes âgées de 30 ans ou de moins de 30 ans ont moins de troubles du lien mère-enfant que les femmes âgées de plus de 30 ans.

Les femmes ayant eu un accouchement par voie basse compliqué ont plus de troubles du bonding que les femmes n'ayant pas eu un accouchement compliqué par voie basse.

Les femmes ayant bénéficié d'une césarienne en urgence ont moins de troubles du lien mère-enfant que les femmes n'en ayant pas eu.

Enfin, il existerait un lien entre la présence d'une dépression du post-partum et l'existence de troubles du bonding maternel.

Figure 5. Lien entre le MIBS et l'EPDS à une semaine de vie des nouveau-nés



A une semaine, en analyse multivariée, sous forme de régression linéaire multiple, seuls 2 facteurs ressortent comme liés au score d'attachement.

Le vécu difficile de la grossesse ressort comme lié à un mauvais score d'attachement ($p = 0,02$) tandis que la réalisation d'une césarienne en urgence protège d'un mauvais score ($p = 0,03$).

5.5. Analyse de l'impact des facteurs étudiés à un mois de vie des nouveau-nés : (tableau 8)

Tableau 8. Analyse de l'impact des facteurs étudiés à un mois de vie des nouveau-nés

Variables (n=32)	Incidence des troubles du bonding MIBS ≥ 2 (n=13) (%)	RR (95% IC)	p-value
<u>Terme :</u>			
< 28 SA (7)	3 (42,9)	1,07 (0,40-2,86)	1
≥ 28 SA (25)	10 (40,0)	1	
<u>Parité :</u>			
Primipare (18)	6 (33,3)	0,67 (0,29-1,54)	0,34
Multipare (14)	7 (50,0)	1	
<u>Âge maternel :</u>			
≤ 30 ans (20)	3 (15,0)	0,18 (0,06-0,53)	0,0002
> 30 ans (12)	10 (83,3)	1	
<u>Profession :</u>			
Avec (26)	11 (42,3)	1,27 (0,38-4,29)	1
Sans (6)	2 (33,3)	1	
<u>Grossesse :</u>			
Gémellaire (6)	2 (33,3)	0,79 (0,23-2,66)	1
Singleton (26)	11 (42,3)	1	
<u>Grossesse :</u>			
Induite (4)	1 (25,0)	0,58 (0,10-3,36)	0,63
Spontanée (28)	12 (42,9)	1	
<u>Difficultés de conception :</u>			
Oui (5)	2 (40,0)	0,98 (0,31-3,15)	1
Non (27)	11 (40,7)	1	
<u>Antécédents de FCS :</u>			
Oui (9)	6 (66,7)	2,19 (1,01-4,74)	0,11
Non (23)	7 (30,4)	1	
<u>Antécédents d'IMG :</u>			
Oui (2)	2 (100,0)	2,73 (1,70-4,36)	0,16
Non (30)	11 (36,7)	1	
<u>Malformation de l'enfant :</u>			
Oui (1)	0 (0,0)	Non calculable	1
Non (31)	13 (41,9)		
<u>Diabète gestationnel :</u>			
Oui (7)	4 (57,1)	1,59 (0,69-3,63)	0,4
Non (25)	9 (36,0)	1	
<u>RCIU :</u>			
Oui (13)	3 (23,1)	0,44 (0,15-1,29)	0,09
Non (19)	10 (52,6)	1	

Tableau 8 (suite). Analyse de l'impact des facteurs étudiés à un mois de vie des nouveau-nés

Variables (n=32)	Incidence des troubles du bonding MIBS ≥ 2 (n=13) (%)	RR (95% IC)	p-value
<u>Infection durant la grossesse :</u>			
Oui (7)	4 (57,1)	1,59 (0,69-3,63)	0,4
Non (25)	9 (36,0)	1	
<u>MAP :</u>			
Oui (12)	7 (58,3)	1,94 (0,85-4,43)	0,15
Non (20)	6 (30,0)	1	
<u>Vécu difficile de la grossesse :</u>			
Oui (10)	5 (50,0)	1,38 (0,60-3,15)	0,7
Non (22)	8 (36,4)	1	
<u>Entretiens psychologiques :</u>			
Oui (4)	2 (50,0)	1,27 (0,43-3,76)	1
Non (28)	11 (39,3)	1	
<u>Entretiens pédiatriques :</u>			
Oui (16)	7 (43,8)	1,17 (0,50-2,71)	0,72
Non (16)	6 (37,5)	1	
<u>Naissance :</u>			
In-born (27)	11 (40,7)	1,02 (0,32-3,27)	1
Out-born (5)	2 (40,0)	1	
<u>AVB compliqué :</u>			
Oui (7)	5 (71,4)	2,23 (1,07-4,67)	0,09
Non (25)	8 (32,0)	1	
<u>Césarienne en urgence :</u>			
Oui (21)	7 (33,3)	0,61 (0,27-1,37)	0,28
Non (11)	6 (54,5)	1	
<u>Actes médicaux à la naissance :</u>			
Oui (17)	7 (41,2)	1,03 (0,44-2,39)	0,95
Non (15)	6 (40,0)	1	
<u>EPDS :</u>			
≥ 11 (15)	8 (53,3)	1,81 (0,76-4,35)	0,17
< 11 (17)	5 (29,4)	1	
<u>Intubation :</u>			
Oui (1)	0 (0,0)	Non calculable	1
Non (31)	13 (41,9)		
<u>CPAP :</u>			
Oui (11)	4 (36,4)	0,85 (0,34-2,14)	1
Non (21)	9 (42,9)	1	

Tableau 8 (suite). Analyse de l'impact des facteurs étudiés à un mois de vie des nouveau-nés

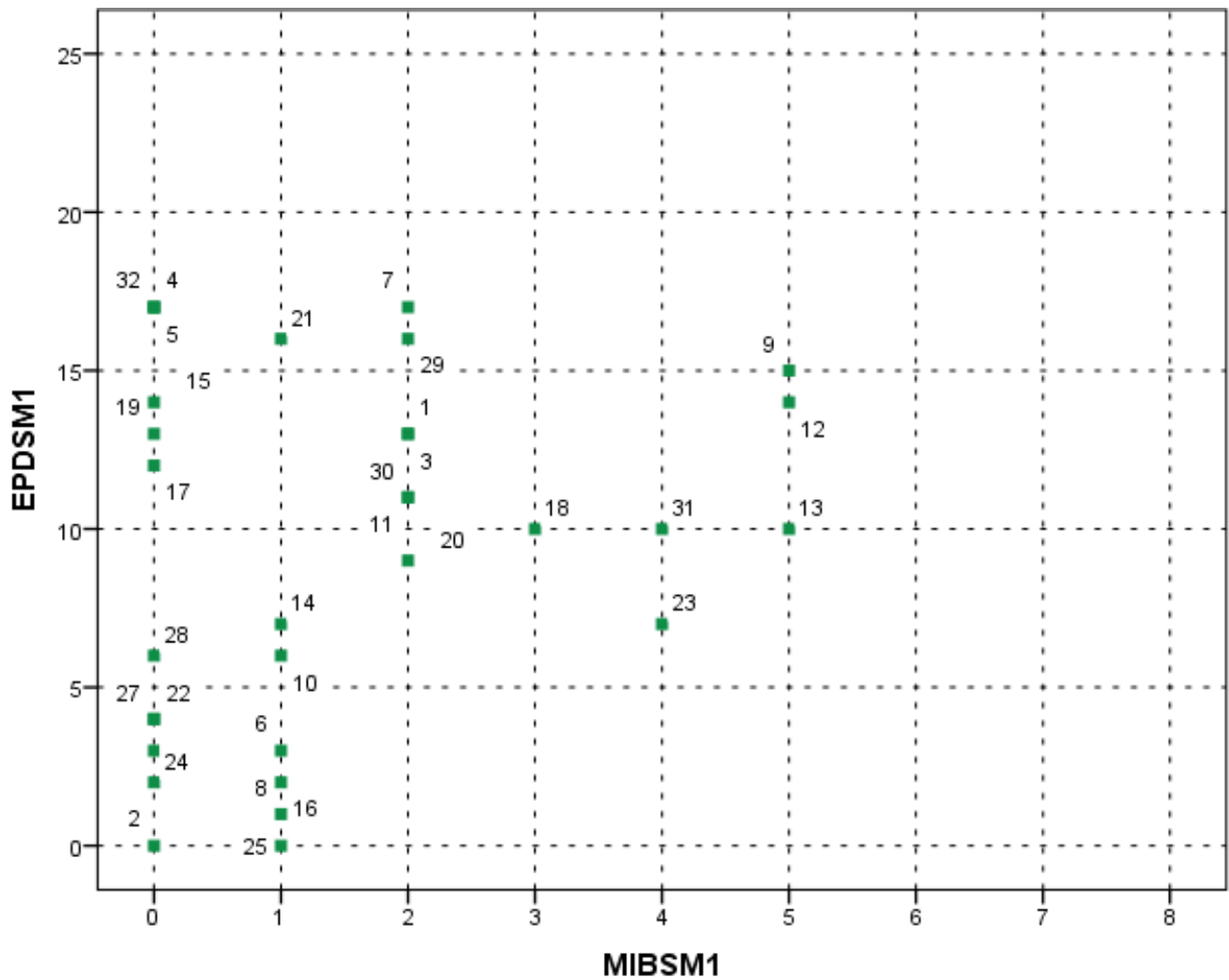
Variables (n=32)	Incidence des troubles du bonding MIBS $\geq$ 2 (n=13) (%)	RR (95% IC)	p-value
<u>Allaitement maternel :</u>			
Oui (26)	10 (38,5)	0,77 (0,30-1,96)	0,67
Non (6)	3 (50,0)	1	
<u>Visites :</u>			
Peu régulières (4)	1 (25,0)	0,58 (0,10-3,36)	0,63
Régulières (28)	12 (42,9)	1	
<u>Peau à peau :</u>			
Peu fréquent (8)	3 (37,5)	0,90 (0,33-2,48)	1
Fréquent (24)	10 (41,7)	1	

Par visites « peu régulières », on entend les femmes qui rendent visite à leur enfant plusieurs fois par semaine. Elles sont opposées aux femmes qui viennent voir leur enfant de manière « régulière » c'est-à-dire, au moins une fois par jour.

De même, ici la pratique du peau-à-peau est considérée comme « fréquente » si les femmes la réalise au moins une fois par jour. Un peau-à-peau non réalisé ou réalisé plusieurs fois par semaine est qualifié de « peu fréquent ». Il est important de souligner que, pour cette catégorie, 1 seule femme ne pratiquait pas le portage en peau à peau. Cette femme et son enfant ont rapidement été transférés dans un établissement plus proche de leur domicile, nous ne savons donc pas ce qui a pu se passer durant l'intervalle libre.

A un mois de vie des nouveau-nés, les femmes âgées de 30 ans ou de moins de 30 ans ont toujours moins de troubles du bonding que les femmes âgées de plus de 30 ans.

Figure 6. Lien entre le MIBS et l'EPDS à un mois de vie des nouveau-nés



A un mois, en analyse multivariée, sous forme de régression linéaire multiple, seuls 2 facteurs ressortent comme liés au score d'attachement.

Le terme d'accouchement inférieur à 28 SA ressort comme lié à un mauvais score d'attachement ($p = 0,009$) tandis que l'âge maternel inférieur ou égal à 30 ans protège d'un mauvais score ($p = 0,03$).

Partie 3 - Discussion

1. Analyse des résultats :

1.1 La représentation et l'évolution du bonding maternel :

Du fait d'un score MIB supérieur ou égal à 2, les résultats de notre étude ont montré l'existence de troubles du bonding maternel pour 18 dyades mères-enfants sur 32 (56%) à une semaine de vie et pour 13 dyades mères-enfants sur 32 (41%) à un mois de vie des nouveau-nés.

Dans son étude, Marjorie Bienfait retrouvait l'existence de 13% de difficultés de lien mère-enfant. Néanmoins, il est important de souligner que notre population ainsi que notre méthode différaient de celles de l'étude de Marjorie Bienfait. En effet, elle étudiait le bonding exprimé chez des mères non séparées de leurs enfants et à la suite du MIBS, ces mères étaient vues en entretiens. Son étude a permis de déterminer le seuil diagnostique de troubles du lien mère-enfant à partir d'un score MIB supérieur ou égal à 2. Cependant, cette dernière rappelle que celui-ci peut laisser apparaître des faux positifs qu'il est nécessaire d'écarter à l'aide d'entretiens. En effet, selon elle, le score MIB ne permet pas à lui seul de poser le diagnostic de troubles du lien mère-enfant. Ce sont les entretiens qui permettront de le poser, et par la suite de le traiter (8). Ainsi, afin d'écarter les faux positifs de notre étude, il aurait été intéressant de réaliser des entretiens à la suite du MIBS. Toutefois, il faut rappeler qu'un des objectifs de notre étude était d'évaluer la représentation maternelle du bonding et non pas d'identifier une pathologie maternelle.

Toutes les mères de notre étude présentaient au moins un facteur commun pouvant affecter leur bonding : la grande prématurité de leur enfant. Malgré cela, les scores MIB étaient plutôt bas si l'on considère qu'ils peuvent aller de 0 à 24. Marjorie Bienfait obtenait une médiane à 1 dans son étude. Dans la nôtre, on obtenait une médiane à 2 à une semaine et une médiane à 1 à un mois. Les scores extrêmes obtenus à une semaine ne sont pas si différents : 6 dans l'étude de Marjorie Bienfait contre 8 dans la nôtre. Toutefois, la distribution des scores n'est pas similaire dans ces 2 études (8).

Notre avons également montré une amélioration des difficultés de lien mère-enfant. En moyenne, les scores MIB obtenus à un mois de vie étaient moins élevés que les scores obtenus à une semaine de vie des nouveau-nés.

Ces résultats vont dans le sens de la théorie de l'attachement selon laquelle celui-ci se met en place progressivement puisque « *la constitution d'une figure d'attachement prend 9 mois* » (35). De plus, une revue de la littérature a conclu que les dyades mères-enfants nés prématurément n'étaient pas plus à risque de développer un attachement insécuré que les dyades mères-enfants nés à terme (36). Cependant, une étude récente (37) a montré que parmi une population d'enfants ayant un attachement de type insécuré, une plus grande prévalence d'enfants nés prématurément était retrouvée. Les caractéristiques inhérentes au comportement et au développement des nouveau-nés prématurés en étant la cause rapportée. Rappelons que le type d'attachement sécuré ou insécuré découle de la qualité du caregiving, elle-même influencée par la qualité du bonding maternel.

Toutefois, il est important de souligner que les troubles du lien mère-enfant peuvent exister lorsqu'une hospitalisation périnatale est nécessaire, et cela même lorsque l'accouchement a lieu proche du terme théorique. En effet, l'étude de Pennestri et ses associés (38), a montré que des enfants nés à terme ayant séjourné en unité de médecine néonatale, ont 6 fois plus de risque de développer des attachements de type insécurés que des nouveau-nés nés à terme sans complications.

Dans un contexte d'hospitalisation périnatale, il est donc important que les professionnels de santé aient conscience des difficultés de lien pouvant exister et cela quelque soit le terme d'accouchement. Ainsi, pour faciliter et orienter la prise en charge du couple, il serait intéressant de diffuser un questionnaire, intégrant par exemple le score MIB, dans les services prenant en charge le couple mère-enfant séparé.

1.2. Les facteurs influençant le bonding maternel :

1.2.1. Le vécu difficile de la grossesse :

Notre étude a montré qu'à une semaine de vie des nouveau-nés, le fait qu'une grossesse soit vécue difficilement était une cause d'un bonding maternel altéré.

Ceci correspond à ce qui est dit dans la littérature. En effet, un lien a été démontré entre l'anxiété durant la grossesse et la dépression du post-partum (39). De plus, il n'est plus à prouver les effets d'une dépression du post-partum sur le lien mère-enfant (40). Dans notre échantillon, à une semaine de vie des nouveau-nés 9 femmes (90%) ayant eu un vécu difficile de la grossesse ont un EPDS supérieur ou

égal à 11, elles ont donc potentiellement une dépression du post-partum. Cependant, aucun lien n'a été montré entre le vécu difficile de la grossesse et la présence d'une dépression du post-partum ($p = 0,13$). Ceci peut être lié à la taille de notre échantillon.

De plus, dans le relevé des données, le vécu difficile de la grossesse était significatif lorsqu'il était rapporté dans le dossier de la patiente que celle-ci avait des fragilités psychologiques ou lorsque celle-ci se décrivait comme anxieuse ou déprimée. Il faut souligner que les définitions de ces termes peuvent être personne-dépendante, de ce fait, certaines femmes déclarées comme ayant un vécu difficile de la grossesse ne l'étaient peut-être pas tandis que d'autres ne l'ont pas été alors qu'elles l'étaient peut-être.

1.2.2. La réalisation d'une césarienne en urgence :

Notre étude a montré que la réalisation d'une césarienne en urgence était une variable protectrice des troubles du bonding maternel à une semaine de vie des nouveau-nés.

Notre hypothèse en rapport avec ce résultat est que l'urgence de la situation, souvent liée à une cause fœtale, place la femme dans un état d'inquiétude majeur. Cet état de stress active le système d'attachement maternel qui lui-même facilite ses propres représentations. De plus, lors de la réalisation d'une césarienne, dans la limite de ses capacités vitales et de ses besoins de soins, l'enfant est souvent présenté à la femme avant une séparation. Or, il est important de se rappeler que *« le simple croisement des regards de l'enfant et de sa mère, à défaut d'un contact physique, peut être le début d'un attachement difficile mais désormais rendu possible »* (41).

Lors d'une naissance par césarienne, toutes les informations nécessaires à la compréhension de la situation sont données aux femmes. Ceci les rend disponibles psychiquement pour leur enfant. Elles bénéficient également d'un protocole de prise en charge de la douleur qui leur permet une rapide disponibilité.

1.2.3. Le terme d'accouchement :

A un mois de vie des nouveau-nés, les femmes ayant accouché à un terme inférieur à 28 SA ont plus de troubles du bonding que les femmes ayant accouché à des termes plus tardifs.

Lors d'une naissance prématurée ou d'une séparation précoce parents-enfant, il est fondamental de prendre en compte le mélange entre la facilitation biologique liée à l'ocytocine et le rôle du psychisme pour la mise en place du caregiving.

Notre résultat est en accord avec la littérature. Il est légitime d'associer à un petit terme de naissance un petit poids de naissance. Or, il semblerait que chez des mères de nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à un kilogramme, l'ocytocine ne parvienne pas à atteindre le niveau nécessaire pour activer le caregiving (42). Ce qui pourrait expliquer les troubles du lien mère-enfant. Afin de valider entièrement le résultat de notre étude, il aurait été intéressant de relever le poids de naissance des nouveau-nés.

On sait que le bonding et le relargage d'ocytocine sont favorisés par des contacts mère-bébé, or dans le cadre d'une naissance à un terme très précoce, ceux-ci sont restreints, soit par l'environnement, soit par les parents eux-mêmes : en effet, il semblerait qu'un enfant né prématurément soit moins touché par ses parents qu'un enfant né à terme. Cette différence serait en plus, accentuée par un âge gestationnel inférieur à 28 SA (43). Le regard du nouveau-né est également un élément favorisant le développement des comportements maternels d'attachement, or un grand prématuré dort beaucoup, il existe donc peu d'interactions entre ses parents et lui. Ces éléments limitent et retardent le développement du bonding maternel.

Cependant, des auteurs estiment au contraire que l'immatunité du grand prématuré renvoie des signaux de vulnérabilité aux parents qui activent fortement leur caregiving (18), donc que les troubles du lien mère-enfant ne devraient pas exister.

Ces arguments nous amènent à nous demander pourquoi la variable « présence d'un retard de croissance intra-utérin » n'est pas liée à une difficulté ou non du bonding maternel ? Ceci est probablement lié à la taille de notre échantillon. On suppose cependant qu'il existerait un lien entre la présence d'un retard de croissance intra-utérin et le bonding maternel dans notre étude car nous obtenons une p-value à 0,09 à une semaine et à un mois.

1.2.4. L'âge maternel :

De manière inattendue, notre étude a montré que les femmes âgées de 30 ans ou moins avaient moins de troubles du bonding que les femmes âgées de plus de 30 ans, et cela à un mois de vie des nouveau-nés.

Du fait du stress psychologique engendré chez les parents confrontés à une naissance prématurée et de l'exclusivité de la situation, nous formulons l'hypothèse selon laquelle les femmes plus jeunes présenteraient plus de troubles du lien mère-enfant que les femmes âgées.

Il aurait été intéressant d'approfondir ce résultat grâce à la réalisation d'entretiens qui auraient peut être permis de mettre en évidence une insouciance plus marquée chez les femmes plus jeunes.

1.2.5. Les autres facteurs étudiés :

1.2.5.1. La dépression du post-partum :

Dans notre analyse univariée, l'EPDS semble avoir un lien avec le MIBS à une semaine de vie des nouveau-nés. Cependant, il n'apparaît plus comme responsable dans l'analyse multivariée. Ceci suggère que ce facteur n'est pas le plus important dans l'analyse de l'évolution du bonding maternel.

L'étude de Marjorie Bienfait, ne trouvait pas non plus de lien entre les scores au MIBS et les scores à l'EPDS (8). Dans la version anglo-saxonne, une corrélation, certes faible mais présente, était retrouvée entre le MIBS et la dépression maternelle mais à un temps plus tardif (33).

La différence entre ces résultats peut être expliquée par la petite taille de notre échantillon ou le soutien apporté à ces mères.

1.2.5.2. L'allaitement maternel et le portage en peau à peau :

Dans notre étude, l'allaitement maternel et la fréquence du portage en peau à peau ne semble pas avoir d'impact sur le bonding maternel. Ce résultat peut s'expliquer par la taille de notre échantillon.

En effet, les bénéfices de l'allaitement maternel et du portage en peau à peau ne sont plus à prouver. Ces bénéfices interviennent via le psychisme mais aussi via l'axe biologique.

L'allaitement maternel, en favorisant la sécrétion d'ocytocine, peut influencer la facilitation biologique. De plus, il donne aux mères le sentiment d'un rôle unique et primordial pour leurs bébés. Il aura donc un impact sur le développement des comportements de caregiving maternels par l'intermédiaire du psychisme.

Le portage en peau à peau permet d'augmenter les taux et les durées d'allaitements maternels. Il favorise une reconnaissance mutuelle entre l'enfant et la mère donc les liens d'attachement. Il permet de diminuer le stress maternel, d'améliorer l'humeur, la sensibilité et les comportements maternels. Ainsi il favorise le lien mère-enfant.

1.2.5.3. La profession :

Dans notre étude, le fait de ne pas avoir de profession n'a pas d'impact sur le développement de troubles du bonding maternel.

Une étude avait montré que lorsque le niveau socio-économique de la famille était bas, il existait une grande proportion d'enfants nés prématurément avec un attachement de type insécure (38).

Nous aurions dû analyser cette variable en respectant la classification de l'INSEE, cependant nous étions limités par la taille de notre échantillon.

1.2.5.4. L'état de santé de l'enfant :

L'état de santé de l'enfant évalué à l'aide des variables : « état de santé l'enfant à la naissance », « intubation » et « CPAP » aurait pu être un élément impactant le bonding maternel.

En effet, une étude a montré que « *la sévérité des risques périnataux s'est avérée avoir un impact sur les représentations parentales d'attachement des mères* » (18).

Ce résultat peut être expliqué par la petite taille de notre échantillon.

2. Limites de l'étude :

2.1. Le nombre de participantes :

Mon passage très régulier (toutes les 48 heures) dans les services de réanimation néonatale et de soins intensifs, ainsi que l'investissement de certains pédiatres et internes de pédiatrie pour cette étude, ont permis de distribuer de nombreux questionnaires. Toutefois, durant la période d'étude, 60 femmes ont vu leur enfant séjourner dans les services concernés du fait d'un accouchement à un terme inférieur ou égal à 32 SA. 33 d'entre elles se sont vues proposer la participation à l'étude, en effet, 10 ne remplissaient pas les critères d'inclusion et 17

d'entre elles n'ont pas pu être vues au cours des 48 premières heures de vie de leur enfant. Une patiente n'a pas pu renseigner le questionnaire distribué à 1 mois de vie de l'enfant car celui-ci est décédé pendant l'intervalle libre. Ainsi les données que cette patiente avait apportées en remplissant le premier questionnaire n'ont pas pu être prises en compte pour les analyses statistiques.

Au total, 64% des femmes éligibles ont participé à l'étude. L'échantillon étant tout de même restreint, il semblerait intéressant de réaliser l'étude sur une plus longue période et/ou dans plusieurs établissements afin de lui donner une plus grande puissance.

2.2. La méthode :

Le choix de questionnaires courts et simples était volontaire. Il devait permettre ainsi une large diffusion, des réponses rapides ainsi qu'une analyse rapide de celles-ci. La réalisation d'entretiens aurait pu permettre d'approfondir l'analyse. Cependant, la réalisation d'entretiens aurait peut être remis en cause la participation sur la base du volontariat et elle n'aurait peut être pas permis d'obtenir des réponses objectives : s'exprimer sur le sujet des sentiments ressentis à l'égard de l'enfant aurait peut être bloqué des femmes par peur d'être jugées en avouant ce qu'elles ressentent réellement.

La participation se faisait sur la base du volontariat, ainsi cela aurait pu constituer un biais, seulement aucun refus de participation n'a été exprimé. Cette absence de refus a peut être été motivée par le fait qu'il leur était spécifié que les données étaient anonymes.

La distribution des questionnaires avait lieu respectivement dans les 48 premières heures de vie de l'enfant et à un mois de vie de l'enfant. Il était fixé comme objectif de les récupérer dans la semaine qui suivait la distribution. Ce délai était parfois dépassé car les femmes ne prenaient pas le temps de les remplir malgré mes visites toutes les 48 heures. Or, les réponses correspondaient, pour la majorité d'entre elles, aux sentiments ressentis à l'instant I. Une femme ayant rempli le questionnaire immédiatement après notre entretien, soit dans les 48 premières heures suivant l'accouchement, ne bénéficiait pas du même recul qu'une femme ayant rempli le questionnaire dans la limite ou au-delà du délai. Le délai imposé d'une semaine apportait lui-même une inégalité dans les réponses.

D'une manière générale, du fait que les réponses correspondent plus aux sentiments éprouvés à un instant I, le contexte dans lequel se trouvait chaque femme au moment de remplir le questionnaire a forcément influencé les réponses. Il était spécifié aux femmes de remplir les questionnaires de la façon la plus spontanée possible et lorsqu'elles étaient seules afin de ne pas être influencées par une tierce personne, cependant je ne demandai pas aux femmes si cela avait été le cas lorsque je récupérai les questionnaires.

Même si plusieurs professionnels pouvaient distribuer les questionnaires, l'homogénéité de l'information semblait garantie par la lettre explicative remise aux patientes en plus des informations données. Il n'y a eu aucun refus de participation donc le statut des différents rapporteurs (pédiatres versus étudiante sage-femme) n'a pas impacté la décision des femmes.

Les femmes auraient pu ne pas répondre au questionnaire MIBS de par sa nature. En effet, il questionne leurs sentiments. Ainsi, il les confronte à la réalité de leurs sentiments et pourrait les conduire à ne pas répondre. Cependant, toutes les femmes ont répondu à tous les items du questionnaire à une semaine et à un mois de vie de leur enfant. Ceci témoigne d'une bonne acceptabilité et peut être l'intérêt de ce questionnaire dans la réflexivité de la patiente à cet égard.

Les questionnaires MIBS et EPDS sont des questionnaires qui n'ont pas été conçus pour être remplis lors d'une séparation mère-enfant. De plus, ce sont des auto-questionnaires, c'est-à-dire que ce qu'ils rapportent correspond à ce que la mère ressent et non pas forcément à la réalité de la situation. Par exemple, il est possible qu'une mère décrive un bon lien mais que la qualité des interactions mère-enfant ne le soit pas. Ainsi, de par sa nature, un auto-questionnaire constitue un biais.

La totalité des questions à cocher ont été remplies tandis que la question ouverte n'a eu que quelques réponses. Ces réponses remerciaient les équipes soignantes pour leur travail.

2.3. Les autres facteurs :

En abordant ce thème, nous avons conscience de la multiplicité des facteurs pouvant impacter la représentation ainsi que l'évolution du bonding maternel. Nous avons donc conscience que la réalisation de questionnaires complets aurait donné

lieu à des questionnaires longs. Ainsi, ils auraient pu conduire à un moins grand investissement de la part des femmes et à des réponses moins objectives puisque demandant trop de temps dans un contexte délicat. D'autant plus que le questionnaire leur était distribué à deux reprises. Le choix de questionnaires courts et simples était donc volontaire.

Ainsi, nous aurions pu analyser l'impact d'autres facteurs tels que : la place et le rôle du père. En effet, le père est généralement la première personne à rencontrer l'enfant né prématurément. Il est la personne qui fait le lien entre la mère et l'enfant. Dans ce contexte, la place du conjoint n'est pas à négliger car il est chargé de prendre soin de la mère pour que celle-ci puisse prendre soin de l'enfant.

La place de l'entourage (famille, amis...) aurait également pu être analysée. Cet entourage représente en général un soutien pour les parents. De plus, le fait que l'enfant soit inscrit dans l'histoire familiale peut concourir à l'amélioration du lien mère-enfant car il peut être synonyme de reconnaissance et d'acceptation par la famille pour la mère.

L'impact de l'environnement hospitalier aurait pu être analysé. En effet, cet univers peut mettre la mère dans un état d'alerte intérieure lui empêchant ainsi d'être disponible pour son enfant.

La présence, le soutien et les informations données par le personnel soignant auraient pu être analysés. De même que le temps passé en néonatalogie avec les puéricultrices et les pédiatres. Le rôle accordé à la mère dans le service d'hospitalisation de l'enfant aurait pu être étudié.

Le temps écoulé entre la première rencontre mère-enfant aurait également pu être étudié. En effet, « *le temps écoulé entre la naissance et la première rencontre est un élément important dans la construction du lien* » (6).

Le sentiment de frustration de l'interruption physique de la grossesse aurait pu être analysé. Cette interruption laisse la grossesse figée dans son stade fantasmatique.

Il s'agit là d'une liste non exhaustive. D'autres facteurs encore auraient pu être analysés ce qui suggère la réalisation d'une autre étude les analysant.

3. La place de la sage-femme :

La sage-femme trouve toute sa place dans la prise en charge d'un couple mère-enfant séparé. En effet, elle est responsable de la prise en charge de la femme ayant accouché d'un enfant prématuré. Cette place étant complémentaire et partagée avec celle de la puéricultrice du service dans lequel est hospitalisé l'enfant.

Le rôle des professionnels de santé est primordial car il est important que les parents se sentent responsables de leur enfant. Le sentiment de compétences parentales se développe durant les premières semaines de vie de l'enfant.

3.1. En salle de naissance :

En salle de naissance, le rôle de la sage-femme est capital. En effet, elle se trouve au premier plan car elle est le principal interlocuteur de la femme. Cette dernière ayant très peu de contacts, voire pas du tout, avec les professionnels prenant en charge son enfant, elle ne peut se référer qu'à la sage-femme. Celle-ci se doit de rassurer la mère, de la soutenir, de la déculpabiliser et de lui donner un maximum d'informations quant au déroulement des événements. Ceci est d'autant plus vrai qu'il est fréquent que la femme se retrouve seule en salle de naissance, le conjoint de cette dernière s'absentant souvent pour prendre des nouvelles de l'enfant. La sage-femme doit permettre à la femme de voir et de toucher son enfant avant son transfert si cela est possible.

Le rôle primordial de la sage-femme de salle de naissance passe par les échanges qu'elle aura avec la femme. En effet, les choses dites dans le post-partum immédiat et la façon de les dire détermineront l'attitude de la nouvelle mère : soit une fierté d'avoir donné naissance à son enfant qui déclenchera le processus d'attachement, soit une déception qui pourra engendrer des comportements d'évitement.

3.2. En suites de couches :

Là encore, la sage-femme trouve toute sa place. Ses objectifs vont être multiples : rassurer la femme sur ses compétences, lui donner des informations et des conseils, répondre à ses questions, écouter ses angoisses. Elle devra également faire ressentir à la femme qu'elle est bien une mère malgré la séparation en la valorisant, en lui permettant de prendre confiance en elle. Le soutien de l'allaitement

maternel fera aussi parti de ses objectifs. La sage-femme se doit de soutenir la mère afin que celle-ci puisse soutenir son bébé.

Une mère séparée de son enfant se partage entre deux services différents : celui de suites de couches et celui de néonatalogie dans lequel est hospitalisé son enfant. Afin de permettre une prise en charge globale du couple, la sage-femme ainsi que l'équipe de néonatalogie se doivent de communiquer entre eux. Ces échanges permettent ainsi la création d'un lien entre les services et l'obtention de discours uniformes quant à la santé de chacun des protagonistes. Ils permettent également d'échanger sur l'établissement du lien mère-enfant ; ainsi la sage-femme sait dans quelle mesure la femme prend en charge son enfant. En ayant connaissance de ces éléments, ces échanges permettent de renforcer la prise en charge du couple et apparaissent comme évidents.

Si la sage-femme ressent le besoin pour la mère de rencontrer une psychologue ou si la femme exprime ce besoin, elle pourra lui proposer et/ou permettre cette rencontre au cours de laquelle, par exemple, l'acceptation du bébé réel par rapport au bébé imaginaire pourra être travaillée. La rencontre avec une assistante sociale peut également être proposée par la sage-femme.

3.3. A la sortie de la maternité :

Le retour à domicile sans l'enfant est un moment lourd et difficile pour la majorité des mères. Là encore, la sage-femme se trouve au premier plan.

L'examen de sortie constitue un élément fondamental pour aborder avec la femme ses craintes, ses besoins... . Il est également important car il permet d'organiser un système de soutien autour de la mère : mise en relation avec la protection maternelle et infantile de son secteur, information sur l'existence du lactarium au CHU pouvant lui donner des conseils concernant l'allaitement... .

Cet examen sera également l'occasion d'aborder la question de la sage-femme libérale. La sage-femme de suites de couches pourra, si la femme le désire, faire le lien et informer une sage-femme libérale, notamment dans le cas où la patiente en avait une pendant la grossesse. En effet, une fois retournée à domicile, la femme pourra s'appuyer sur celle-ci. La sage-femme libérale représente un élément de soutien pour cette dernière car la mère pourra être écoutée et déculpabilisée. De

plus, dans les cas où l'enfant sera sorti d'hospitalisation, la sage-femme libérale pourra être un élément majeur car elle pourra observer le lien mère-enfant.

4. Le rôle des équipes de néonatalogie :

Il existe, entre l'équipe d'obstétrique et l'équipe de néonatalogie, une véritable collaboration qui permet une continuité dans la prise en charge de ces nouveau-nés très fragiles.

La prématurité ainsi que le séjour en médecine néonatale font vivre aux parents les sentiments de peur et de détresse du fait du pronostic vital de leur enfant. De ce fait, il est important que les équipes de néonatalogie prennent en compte la psyché parentale pour l'établissement du lien mère-enfant. Ainsi, dans cet environnement où l'acte en urgence est le moyen de sauver des vies, il est fondamental d'intégrer dans leur pratique le rôle d'aidant, de soutenant et de facilitateur de la rencontre mère-enfant.

Tout comme les équipes de maternité, les équipes de pédiatrie ne doivent jamais perdre de vue le fait que la mère se sente responsable de cette naissance prématurée, elles ne doivent pas perdre de vue la grande précarité psychique de ces mères. Ces équipes se doivent d'offrir aux parents une écoute attentive. Elles doivent être aptes à contenir l'angoisse des parents, à prendre en charge leur culpabilité. Elles doivent faire preuve d'une très grande souplesse en s'adaptant à chaque couple. Les équipes doivent réaliser une prise en charge large car tout ce qui déstabilise la position de la femme met en péril le lien mère-enfant. Aussi, elles ont le devoir de proposer la réalisation d'entretiens de soutien avec un(e) psychologue du service, d'autant plus que ce sont rarement les parents qui demandent spontanément la réalisation d'un entretien. Ces derniers auront notamment pour objectif de limiter le traumatisme liée à une naissance prématurée, ils sont aussi un moyen d'apporter du soutien au couple et de favoriser l'établissement du lien parents-enfant.

Les équipes médicales et paramédicales de néonatalogie se doivent de répondre aux multiples questions des parents. Elles doivent leur donner des explications quant à la santé de leur enfant, leur expliquer l'utilité des appareils l'entourant, leur donner des éléments pour comprendre la situation. Elles doivent veiller à respecter l'intimité des familles et favoriser une unité parents-enfant.

Les équipes se doivent de soutenir les couples, cependant elles ne doivent pas être trop proches de ceux-ci car une trop grande proximité risque de mettre en péril l'établissement du lien parents-enfant. En effet, elle peut conduire à un détournement de l'intérêt porté à ce lien.

Le personnel de médecine néonatale doit s'efforcer d'améliorer les soins et d'en diminuer l'impact traumatique. Ils doivent également faire participer les parents aux soins de leurs enfants dans la limite de ce que ces derniers peuvent faire et acceptent de faire. La prise en charge doit faire ressortir la notion que chaque bébé est bel et bien une personne.

Le fait que les services soient ouverts 24 heures sur 24 concourt sûrement à l'établissement d'un lien mère-enfant équilibré tout comme la possibilité que les parents ont de pouvoir téléphoner au service pour prendre des nouvelles de leur enfant.

Notre étude a montré une amélioration du lien mère-enfant au cours du temps. L'impact que peut avoir l'équipe de néonatalogie et d'obstétrique n'a pas été étudié, cependant, il apparaîtrait évident que l'immense dévouement de ces équipes joue un rôle considérable dans cette amélioration. En témoigne plusieurs réponses à la question ouverte de notre étude : *« Les différents acteurs (SF, Pédiatre, Infirmières) m'ont beaucoup aidé dans cette naissance. », « Nous sommes très bien encadrés par une équipe très compétente, rassurante et disponible, qui répond à nos questions, doutes mais mettant aussi en totale confiance. Grâce à eux nous réussissons malgré tout à rester un peu sereins. », « Difficile de se sentir mère lors de certaines situations à l'hôpital. Néanmoins les équipes font tout pour que nous trouvions notre place de parents ! ».*

5. Propositions :

Il est nécessaire de mettre en place, dans les services de maternité et de néonatalogie, des outils permettant le dépistage des difficultés d'instauration du lien mère-enfant. De ce fait, il serait intéressant de proposer systématiquement le MIBS aux femmes séparées de leurs enfants dans le post-partum. Cette distribution permettrait ainsi d'agir précocement sur les éventuelles carences maternelles.

La réalisation de formations communes aux équipes de néonatalogie et d'obstétrique pourrait être proposée afin d'harmoniser la prise en charge de ces dyades mère-enfant.

Le portage en peau à peau pourrait être proposé de manière systématique en salle de naissance aux mères d'enfants prématurés si leurs états respectifs le permettent.

L'organisation architecturale des services de néonatalogie devrait intégrer des chambres proches de celles des nouveau-nés prématurés afin de pouvoir accueillir les parents de ces derniers.

CONCLUSION

L'évaluation de la représentation et de l'évolution du bonding maternel dans le cadre de naissances de grands prématurés s'inscrit dans la démarche qualité du système de santé.

Cette étude réalisée auprès de 32 mères montre que des troubles du bonding maternel existent dans le post-partum mais qu'ils ont tendance à s'améliorer au fil du temps. Elle montre aussi que le MIBS est un questionnaire qui peut être utilisé de manière générale.

L'analyse des facteurs impactant le bonding maternel a permis de mettre en évidence l'influence de facteurs non modifiables. Le vécu difficile de la grossesse, le terme d'accouchement ainsi que l'âge maternel apparaissent comme des facteurs impactant négativement la représentation du bonding maternel. Tandis que la réalisation d'une césarienne en urgence apparaît comme impactant positivement le bonding maternel. Toutefois, il est évident que d'autres facteurs impactent ce bonding. C'est pourquoi il pourrait être intéressant d'analyser l'impact de facteurs modifiables tels que le temps de séparation mère-enfant, l'impact des équipes soignantes, le rôle laissé aux mères auprès de leurs enfants... . Dans le but de mettre en place un universalisme proportionné.

Afin de donner de la puissance à ces résultats, il serait également intéressant de réaliser l'étude sur une plus longue période et /ou dans plusieurs établissements.

BIBLIOGRAPHIE

1. Druon C. A l'écoute du bébé prématuré: une vie aux portes de la vie. Paris: Flammarion; 2005.
2. Mader S, Bouvard C. Expérience des parents de nouveau-nés prématurés pendant et après l'hospitalisation. In : Sizun J, Guillois B, Casper C, Thiriez G, Kuhn P. Soins de développement en période néonatale : de la recherche à la pratique. Paris, Berlin, Heidelberg, New York, Hong Kong, Londres, Milan, Tokyo. Springer; 2014. p.180.
3. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev.* août 2003;73(1-2):61-70.
4. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN.* avr 2003;32(2):161-71.
5. Muller Nix C, Forcada Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F. Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche. *PSYE Psychiatr L'enfant.* 2009;LII(2):423-50.
6. Stern M. Prematurity Stereotyping and Mothers' Interactions With Their Premature and Full-Term Infants During the First Year. *J Pediatr Psychol.* 20 juill 2005;31(6):597-607.
7. Denis A, Callahan S, Bouvard M. Evaluation of the French Version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support During the Postpartum Period. *Matern Child Health J.* juin 2015;19(6):1245-51.
8. Bienfait M, Maury M, Haquet A, Faillie J-L, Franc N, Combes C, et al. Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. *Early Hum Dev.* avr 2011;87(4):281-7.
9. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Fabert; 2010.
10. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Fabert; 2010.p.12.
11. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Fabert; 2010.p.33.
12. Saive A-L, Guedeney N. Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants. *Devenir.* 2010;22(4):321.

13. Guedeney N, Beckechi V, Mintz A-S, Saive AL. Grossesse et parturition : les processus biologiques sous-jacents à l'activation du caregiving. In : Guedeney N, Beckechi V, Mintz A-S, Saive AL. L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. Devenir. 2012;24(1):9.p14-17.
14. Guedeney N, Beckechi V, Mintz A-S, Saive AL. Grossesse et parturition : les processus biologiques sous-jacents à l'activation du caregiving. In : Guedeney N, Beckechi V, Mintz A-S, Saive AL. L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. Devenir. 2012;24(1):9.p15.
15. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Fabert; 2010.p.41.
16. Guedeney N, Beckechi V, Mintz A-S, Saive AL. L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. Devenir. 2012;24(1):9.
17. Guedeney N, Beckechi V, Mintz A-S, Saive AL. L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. Devenir. 2012;24(1):9.p.18.
18. 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 Ment Health J. sept 2006;27(5):494-508.
19. Erlandsson K, Fagerberg I. Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. Midwifery. juin 2005;21(2):131-8.
20. Sizun J, Dubourg M. Soins centrés sur la famille. In : Sizun J, Guillois B, Casper C, Thiriez G, Kuhn P. Soins de développement en période néonatale: de la recherche à la pratique. Paris, Berlin, Heidelberg, New York, Hong Kong, Londres, Milan, Tokyo. Springer; 2014. p.197-204.
21. Sizun J, Dubourg M. Soins centrés sur la famille. In : Sizun J, Guillois B, Casper C, Thiriez G, Kuhn P. Soins de développement en période néonatale: de la recherche à la pratique. Paris, Berlin, Heidelberg, New York, Hong Kong, Londres, Milan, Tokyo. Springer; 2014. p.198.
22. Greisen G, Mirante N, Haumont D, Pierrat V, Pallás-Alonso CR, Warren I, et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. nov 2009;98(11):1744-50.

23. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatr.* oct 2012;101(10):1032-7.
24. Pineda RG, Stransky KE, Rogers C, Duncan MH, Smith GC, Neil J, et al. The single-patient room in the NICU : maternal and family effects. *J Perinatol.* juill 2012;32(7):545-51.
25. Haumont D. Le programme NIDCAP et la dyade mère-enfant. In : Sizun J, Guillois B, Casper C, Thiriez G, Kuhn P. Soins de développement en période néonatale: de la recherche à la pratique. Paris, Berlin, Heidelberg, New York, Hong Kong, Londres, Milan, Tokyo. Springer; 2014. p.243-251.
26. 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.
27. Pierrat V, Zaoui-Grattepanche C, Rousseau S, Truffert P. Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue du bébé. *Devenir.* 2012;24(1):35.
28. Casper C, Raynal F, Glorieux I, Montjaux N, Bloom M-C. Quels sont les obstacles à l'implication précoce des parents en néonatalogie ? *Devenir.* 2012;24(1):55.
29. Ministères des Affaires sociales et de la Santé. Charte de l'enfant hospitalisé. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir_la_bientraitance_dans_les_ets_de_sante_Annexe_s2.pdf, consulté le 20 septembre 2016.
30. Article D.6124-54 du Code de la Santé Publique
31. Article L122-26 du Code du Travail
32. Service public. Fonction publique : congé de présence parentale. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F565>, consulté le 20 septembre 2016.
33. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale : links with early maternal mood. *Arch Women's Ment Health.* mai 2005;8(1):45-51.

34. Guedeney N, Fermanian J. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry 1998 ;13 :83-89.
35. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Fabert; 2010.p.13
36. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years : Preterm birth and mother-infant relationship. Acta Obstet Gynecol Scand. févr 2012;91(2):164-73.
37. Wolke D, Eryigit-Madzwamuse S, Gutbrod T. Very preterm/very low birthweight infants' attachment : infant and maternal characteristics. Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed. janv 2014;99(1):F70-5.
38. Pennestri M-H, Gaudreau H, Turcot A, Moss E, Lecompte V, Atkinson L et al. Attachment disorganization among children in Neonatal Intensive Care Unit : Preliminary results. EarHumDev91(2015)601-606.
39. Austin M-P, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. J Affect Disord. août 2007;101(1-3):169-74.
40. Misund AR, Bråten S, Nerdrum P, Pripp AH, Diseth TH. A Norwegian prospective study of preterm mother–infant interactions at 6 and 18 months and the impact of maternal mental health problems, pregnancy and birth complications. BMJ Open. mai 2016;6(5):e009699.
41. Pedespan L. Attachement et prématurité. Gynécologie Obstétrique Fertil. sept 2004;32(9):716-20.
42. Feldman R, Weller A, Leckman JF, Kuint J (1999) The nature of the mother tie to her infant : Maternal bonding under conditions of proximity, separation and potential loss. J Child Psychol Psychiatry 40(6) : 929-93
43. Harrison LL, Woods S. Early parental touch and preterm infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN. août 1991;20(4):299-306.

Annexes

Annexe n°1 : Lettre explicative

Nantes, le 27 avril 2016

Madame,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en quatrième année, au CHU de Nantes.

Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état, je réalise un mémoire de fin d'études.

Mon étude concerne la représentation et l'évolution de l'attachement maternel ainsi que les facteurs pouvant l'impacter dans le cadre d'une naissance prématurée.

Afin de recueillir vos propos, qui seront retranscrits de façon anonyme dans mon mémoire, je vous remets dans un premier temps ce questionnaire, et je reviendrai vous rencontrer dans un second temps, c'est-à-dire à environ 1 mois de vie de votre enfant, pour vous transmettre un nouveau questionnaire.

Le fait que vous ayez la gentillesse de participer à cette étude et de me consacrer un peu de votre précieux temps n'implique pas de votre part que vous ayez l'obligation de répondre à toutes les questions si certaines d'entre elles vous embarrassent.

Merci d'avance pour votre sincérité et votre disponibilité.

Gaëlle Bleunven

Etudiante sage-femme

NB : ce mémoire est réalisé sous la direction de Monsieur Baraton, pédiatre à l'hôpital mère-enfant du CHU de Nantes.

Annexe n°2 : Questionnaire 1^{ère} semaine

Questionnaire 1^{ère} semaine

Quelles sont les 3 premières lettres de votre prénom ? ...

Quelles sont les 3 premières lettres de votre nom ? ...

Quelle est votre année de naissance ?

Cochez pour chaque proposition la réponse qui vous convient :

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé				
Sentiment d'en vouloir à mon bébé				
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion				
Joie				
Sentiment de ne pas être attirée par mon bébé				
Protectrice				
Déçue				
Agressive				

**Cochez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments
depuis les 7 derniers jours :**

J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

- ☐ Aussi souvent que d'habitude
- ☐ Pas tout à fait autant
- ☐ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- ☐ Absolument pas

Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :

- ☐ Autant que d'habitude
- ☐ Plutôt moins que d'habitude
- ☐ Vraiment moins que d'habitude
- ☐ Pratiquement pas

Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :

- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Presque jamais
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Oui, très souvent

Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :

- ☐ Oui, vraiment souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non, pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :

- ☐ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- ☐ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Seulement de temps en temps
- ☐ Non, jamais

Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :

- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Presque jamais
- ☐ Jamais

Avez-vous accouché au CHU de Nantes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous diriez de l'état de santé de votre bébé qu'il est :

- ☐ Très mauvais
- ☐ Mauvais
- ☐ Bon
- ☐ Très bon

Votre enfant est-il intubé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Votre enfant est-il sous CPAP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Cet espace vous est destiné si vous souhaitez faire des remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe n°3 : Questionnaire 1^{er} mois

Questionnaire 1^{er} mois

Quelles sont les 3 premières lettres de votre prénom ? ...

Quelles sont les 3 premières lettres de votre nom ? ...

Quelle est votre année de naissance ?

Cochez pour chaque proposition la réponse qui vous convient :

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé				
Sentiment d'en vouloir à mon bébé				
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion				
Joie				
Sentiment de ne pas être attirée par mon bébé				
Protectrice				
Déçue				
Agressive				

**Cochez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments
depuis les 7 derniers jours :**

J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

- ☐ Aussi souvent que d'habitude
- ☐ Pas tout à fait autant
- ☐ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- ☐ Absolument pas

Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :

- ☐ Autant que d'habitude
- ☐ Plutôt moins que d'habitude
- ☐ Vraiment moins que d'habitude
- ☐ Pratiquement pas

Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :

- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Presque jamais
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Oui, très souvent

Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :

- ☐ Oui, vraiment souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non, pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :

- ☐ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- ☐ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Seulement de temps en temps
- ☐ Non, jamais

Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :

- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Presque jamais
- ☐ Jamais

Vous diriez de l'état de santé de votre bébé qu'il est :

- ☐ Très mauvais
- ☐ Mauvais
- ☐ Bon
- ☐ Très bon

Votre enfant est-il intubé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Votre enfant est-il sous CPAP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

A quelle fréquence allez-vous voir votre enfant ?

- ☐ Plusieurs fois/J
- ☐ 1/J
- ☐ 1/Semaine
- ☐ Plusieurs fois/semaine

Faites-vous du peau à peau avec votre enfant ?

- ☐ Oui
 - Si oui, à quelle fréquence ?
 - ☐ 1/J
 - ☐ 1/semaine
 - ☐ Plusieurs fois /semaine
- ☐ Non

Avant la naissance de votre enfant, aviez-vous l'envie d'allaiter votre enfant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
 - Si non, avez-vous changé d'avis ?
 - ☐ Oui
 - Si oui, pourquoi ?
 - Pour me sentir mère
 - Pour le bien-être de mon enfant
 - Parce qu'on m'a dit de le faire
 - ☐ Non

Cet espace vous est réservé si vous souhaitez faire des remarques :

.....

.....

.....

.....

PLEASE NOTE SCORES HAVE BEEN INSERTED IN THIS COPY TO CLARIFY THE SCORING PROCEDURE.

Name :

Hospital Number :

These questions are about your feelings for your child in **the first few weeks**. Some adjectives are listed below which describe some of the feelings mothers have towards their baby in the FIRST WEEKS after they were born. Please make a tick against each word in the box, best describes how you felt in the FIRST FEW WEEKS.

	VERY MUCH	A LOT	A LITTLE	NOT AT ALL
Loving	0	1	2	3
Resentful	3	2	1	0
Neutral or felt nothing	3	2	1	0
Joyful	0	1	2	3
Dislike	3	2	1	0
Protective	0	1	2	3
Disappointed	3	2	1	0
Aggressive	3	2	1	0

Date of birth of baby :

Date form filled in :

In the past 7 days :

1. I have been able to laugh and see the funny side of things :
 - ☐ As much as I always could
 - ☐ Not quite so much now
 - ☐ Definitely not so much now
 - ☐ Not at all

2. I have looked forward with enjoyment to things :
 - ☐ As much as I ever did
 - ☐ Rather less than I used to
 - ☐ Definitely less than I used to
 - ☐ Hardly at all

3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong :
 - ☐ Yes, most of the time
 - ☐ Yes, some of the time
 - ☐ Not very often
 - ☐ No, never

4. I have been anxious or worried for no good reason :
 - ☐ No, not at all
 - ☐ Hardly ever
 - ☐ Yes, sometimes
 - ☐ Yes, very often

5. I have felt scared or panicky for no very good reason :
 - ☐ Yes, quite a lot
 - ☐ Yes, sometimes
 - ☐ No, not much
 - ☐ No, not at all

6. Things have been getting on top of me :
- ☐ Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
 - ☐ Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
 - ☐ No, most of the time I have coped quite well
 - ☐ No, have been coping as well as ever
7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping :
- ☐ Yes, most of the time
 - ☐ Yes, sometimes
 - ☐ Not very often
 - ☐ No, not at all
8. I have felt sad or miserable :
- ☐ Yes, most of the time
 - ☐ Yes, quite often
 - ☐ Not very often
 - ☐ No, not at all
9. I have been so unhappy that I have been crying :
- ☐ Yes, most of the time
 - ☐ Yes, quite often
 - ☐ Only occasionally
 - ☐ No, never
10. The thought of harming myself has occurred to me :
- ☐ Yes, quite often
 - ☐ Sometimes
 - ☐ Hardly ever
 - ☐ Never

Questionnaire Périnat Gynéco

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Gestité/Parité :

Profession :

Situation maritale :

Renseignements concernant les antécédents obstétricaux :

La patiente a t-elle eu des difficultés de conception ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a t-elle un/des antécédent(s) de fausse(s) couche(s) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a t-elle un/des antécédent(s) d'interruption volontaire de grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a t-elle un/des antécédent(s) d'interruption médicale de grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a t-elle un/des antécédent(s) de mort(s) fœtale(s) in utéro ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a t-elle un/des antécédent(s) de décès néonataux ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Renseignements concernant la grossesse :

La grossesse était :

- ☐ Spontanée
- ☐ Induite
- ☐ Désirée
- ☐ Non désirée

La patiente a-t-elle fait le test de dépistage de la trisomie 21 ?

- ☐ Oui

Si oui, le résultat était :

- ☐ Positif
 - ☐ Négatif
- ☐ Non

L'enfant de la patiente est-il atteint d'une malformation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a-t-elle fait du diabète gestationnel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

L'enfant de la patiente est-il atteint d'un retard de croissance intra-utérin ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a-t-elle eu une infection durant sa grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a-t-elle fait une menace d'accouchement prématuré durant la grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente est-elle fragile psychologiquement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente s'est-elle sentie anxieuse durant la grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente s'est-elle sentie déprimée durant la grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a-t-elle bénéficié d'un ou plusieurs entretien(s) psychologiques avant la naissance de son enfant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La patiente a-t-elle bénéficié d'un ou plusieurs entretien(s) pédiatriques avant la naissance de son enfant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Renseignements concernant le déroulement du travail et de l'accouchement :

Un évènement obstétrical grave est-il survenu lors de la naissance ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Des manœuvres instrumentales ont-elles été nécessaires à la naissance de l'enfant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Le travail a-t-il été long ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

A-t-il été nécessaire de réaliser une césarienne en urgence ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Y a-t-il eu des lésions périnéales ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

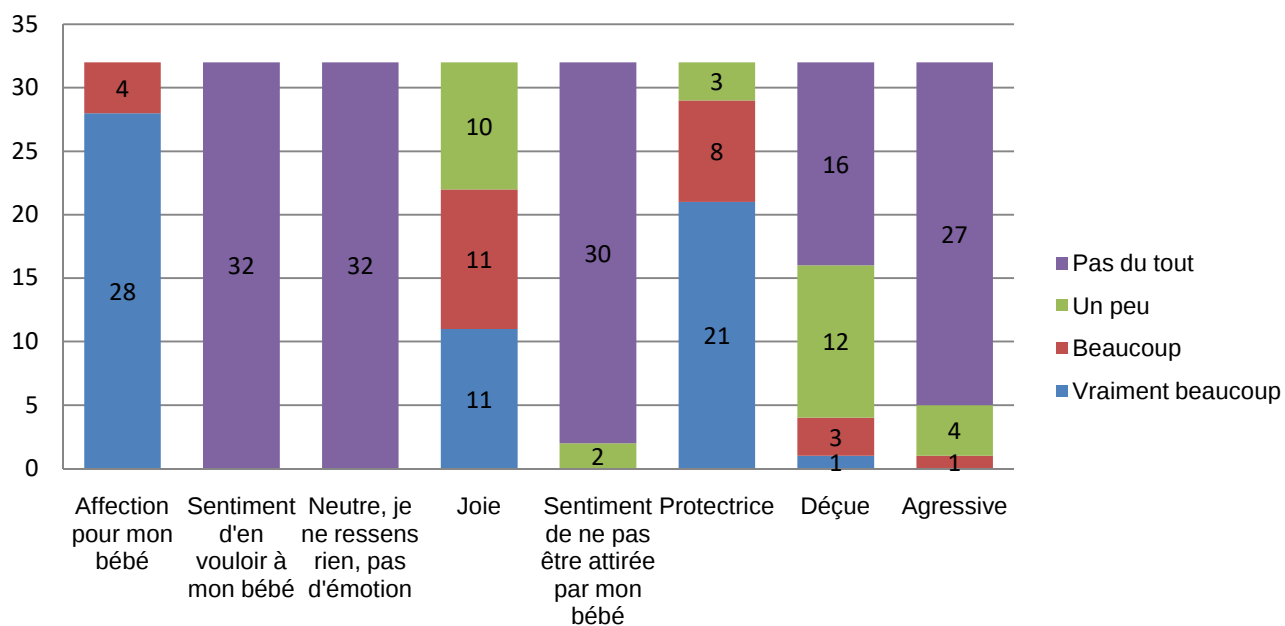
Renseignements concernant l'état médical de l'enfant à la naissance :

L'enfant a-t-il eu recours à des actes médicaux à la naissance ?

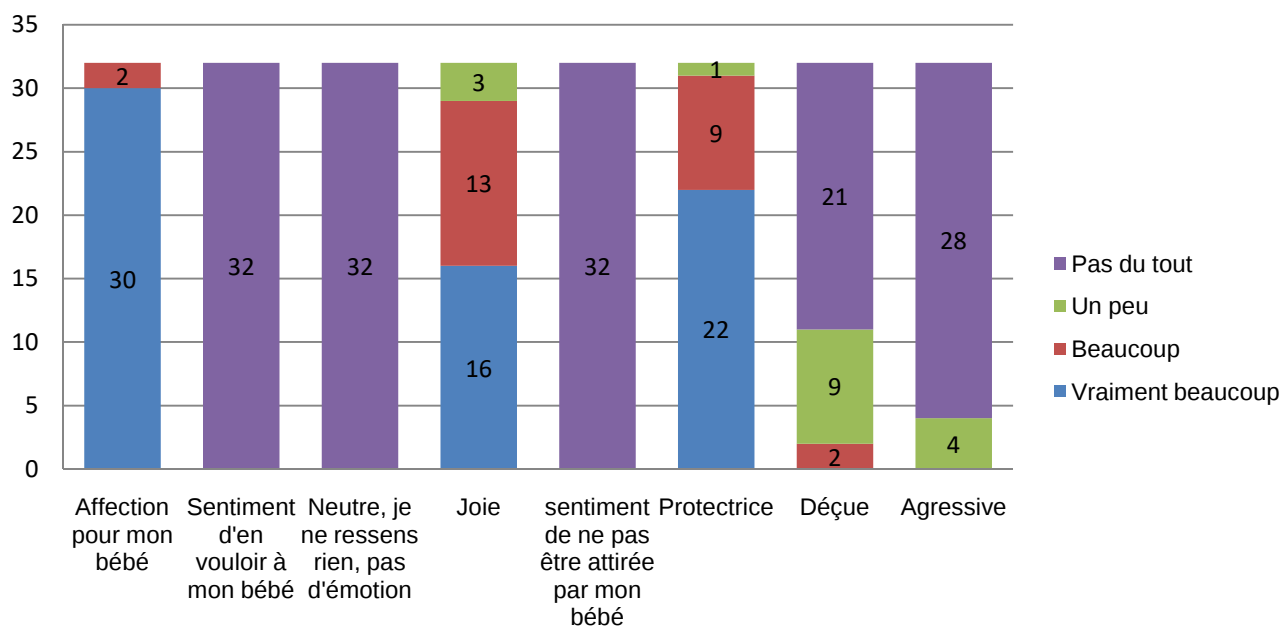
- ☐ Oui
- ☐ Non

Annexe n°7 : Répartition des réponses au MIBS

Représentation du bonding maternel à une semaine de vie des nouveau-nés



Représentation du bonding maternel à un mois de vie des nouveau-nés



EVALUATION ET EVOLUTION DE LA REPRESENTATION MATERNELLE D'ATTACHEMENT DANS LE CADRE D'UNE NAISSANCE PREMATUREE

Le processus d'attachement nécessaire à l'établissement du lien mère-enfant se met en place au cours de la grossesse et au cours des premiers mois de vie. Il constitue le socle de l'histoire de chacun.

La prématurité interrompt précocement ce processus et modifie l'accueil et les circonstances de rencontre entre la mère et l'enfant. L'enfant prématuré, difficilement accessible, peut déstabiliser les mères et rendre la relation difficile.

Le but de cette étude était d'évaluer la représentation, l'évolution et les facteurs impactant le bonding maternel dans le cadre de la grande prématurité. L'étude prospective réalisée a permis de mettre en évidence une amélioration des difficultés du bonding au cours du temps, sous l'influence de différents facteurs.

Mots clés : Attachement, bonding, lien mère-enfant, maternité, prématurité, caregiving, représentation, évolution, influence.