
UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE

Département de psychiatrie
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

**Etat de stress post-traumatique chez les mères et les pères d'enfants
prématurés: similitudes et différences**

THESE

préparée sous la direction du Professeur François Ansermet
avec la collaboration du Docteur Carole Muller Nix, Maître d'Enseignement
et de Recherche

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

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Sylvaine GAMBIA SZIJARTO

VM
AO
GAN

BITE 3348

Médecin diplômée de la Confédération Suisse
Originaire de Rümlingen (BL)

Lausanne

2009

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

R 0053 7067

Imprimatur

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

Directeur de thèse Monsieur le Professeur ad personam François Ansermet

Co-Directeur de thèse

Expert Monsieur le Professeur Patrick Hohlfeld

Directrice de l'Ecole doctorale Madame le Professeur Stephanie Clarke

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

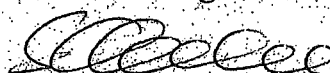
Madame Sylvaine Gamba Szijártó

intitulée

*Etat de stress post-traumatique chez les mères et les pères
d'enfants prématurés: similitudes et différences*

Lausanne, le 27 octobre 2009

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



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

Rapport de synthèse :

Cette étude réalisée conjointement par les services de pédopsychiatrie et de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse, s'inscrit dans un groupe de publications issues d'un projet portant sur les représentations parentales et le devenir de la prématurité, financée par le Fonds National de la Recherche Scientifique entre 1998 et 2002 (FNRS 32-49712.96), soutenue par la Fondation de la Psychiatrie pour la Petite Enfance. Elle a pour objectifs d'évaluer et de comparer la présence de symptômes de stress post-traumatique, en fonction de la gravité de la prématurité, chez les mères et chez les pères de bébés nés prématurément.

Population et Méthode : en fonction du score de risque périnatal (PERI) du bébé, les parents des prématurés (âge gestationnel < 34 semaines) ont été divisés en deux groupes : les parents de prématurés à faible risque (n = 16) et à haut risque (n = 26). Les symptômes d'intrusion et d'évitement, de l'état de stress post-traumatique, ont été évalués chez les parents à l'aide d'un questionnaire rempli par les parents, l'Impact of Event Scale (IES). Leurs réponses ont été comparées à un groupe contrôle de parents de nouveau-nés à terme (n = 24). Les différences entre les réponses des mères et des pères, ont été analysées.

Résultats : les parents de bébés prématurés sont plus à risque que les parents de nouveau-nés à terme, de présenter des symptômes de stress post-traumatique. Les mères en lien avec le fait même de la prématurité du bébé, les pères en lien avec la gravité de la prématurité. Les mères et les pères des prématurés des deux groupes (prématurés à faible risque, prématurés à haut risque) décrivent des symptômes d'intrusion, alors que les symptômes d'évitement sont décrits par toutes les mères, mais seulement par les pères de prématurés à haut risque périnatal.

Le vécu particulier des parents, ainsi que les enjeux différents pour les mères et les pères lors d'une naissance prématurée, sont ainsi mis en évidence. La prise en compte de ces différences devrait influencer les interventions des pédopsychiatres et des équipes de néonatalogie qui interviennent auprès des parents et guident la construction des liens avec le bébé né prématurément.

Publiée par la revue « Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence », aux éditions Elsevier Masson sous le titre : « **Etat de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences** » ; numéro 57 (2009) 385-391.

Article original

État de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences

Prematurity and parental post-traumatic stress disorder: Similarities and differences

S. Gamba Szijarto^{a,*}, M. Forcada Guex^b, A. Borghini^c, B. Pierrehumbert^c,
F. Ansermet^a, C. Müller Nix^a

^a Pédopsychiatrie de liaison, SUPEA, Lausanne, Suisse

^b Division de néonatalogie, département médicochirurgical de Pédiatrie, CHUV, Suisse

^c Unité de recherche, SUPEA, Suisse

Résumé

Objectifs. – Évaluer et comparer la présence de symptômes de stress post-traumatique, en fonction de la gravité de la prématurité, chez les mères et chez les pères de bébés nés prématurément.

Méthode. – En fonction du score de risque périnatal (PERI) du bébé, les parents des prématurés (âge gestationnel moins de 34 semaines) ont été divisés en deux groupes : les parents de prématurés à faible risque ($n = 16$) et à haut risque ($n = 26$). Les symptômes d'intrusion et d'évitement, de l'état de stress post-traumatique, ont été évalués chez les parents à l'aide d'un questionnaire, l'Impact of Event Scale (IES). Leurs réponses ont été comparées à un groupe témoin de parents de nouveau-nés à terme ($n = 24$). Les différences entre les réponses des mères et des pères, ont été analysées.

Résultats. – Les parents de bébés prématurés sont plus à risque que les parents de nouveau-nés à terme de présenter des symptômes de stress post-traumatique. Les mères en lien avec le fait même de la prématurité du bébé, les pères en lien avec la gravité de la prématurité. Les mères et les pères des prématurés des deux groupes (prématurés à faible risque, prématurés à haut risque) décrivent des symptômes d'intrusion, alors que les symptômes d'évitement sont décrits par toutes les mères, mais seulement par les pères de prématurés à haut risque périnatal.

Conclusion. – La naissance prématurée est susceptible d'entraîner l'apparition de symptômes de stress post-traumatique chez les parents. Les mères et les pères réagissent différemment.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Prématurité; Facteurs de risque périnatal; Stress post-traumatique maternel et paternel

Abstract

Objectives. – Evaluation of the symptoms of parental post-traumatic stress disorder (PTSD), according to the severity of the prematurity, in mothers and fathers of premature babies.

Materials and methods. – According to the Perinatal Risk Inventory (PERI), the parents of premature infants (gestational age less than 34 weeks) were divided into two groups, parents of a low-risk premature infants ($n = 16$) and of high-risk premature infants ($n = 26$). The symptoms of intrusion and avoidance, as a part of the post-traumatic stress disorder, were evaluated by an autoadministered questionnaire, the Impact of Event Scale (IES). Their responses were compared with a control group of parents of full-term infants ($n = 24$). The differences in the answers of mothers and fathers were analysed.

Results. – The occurrence of symptoms of post-traumatic stress disorder is increased in parents of preterm infants compared with the control group. Whereas mothers of premature infants are at risk of presenting symptoms of PTSD, linked to the prematurity, with fathers the infant perinatal risk factors play a greater role. The symptoms of intrusion are present in mothers and fathers of preterm infants of both groups. Mothers of both groups present avoidance symptoms, although only fathers of high-risk preterm infants present them.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Sylvaine.Gamba-Szijarto@chuv.ch (S. Gamba Szijarto).

Conclusions. – Premature birth has an impact on both parents in terms of post-traumatic stress reactions. However, mothers and fathers react in different ways according to the severity of the prematurity.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Prematurity; Perinatal risk; Parental PTSD

1. Introduction

Malgré les progrès obstétricaux et pédiatriques de ces 20 dernières années, la naissance prématurée reste un événement soudain, souvent imprévisible, menaçant la survie du nouveau-né et son pronostic développemental à long terme [1]. La mortalité a certes considérablement diminué dans les pays industrialisés, mais la morbidité consécutive à ce type de naissance reste encore importante. La gravité de la prématurité entraîne souvent un prolongement de la durée d'hospitalisation du bébé et complexifie la rencontre des parents avec leur bébé. De nombreux travaux ont exploré le vécu et la détresse psychologique des parents qui se manifestent sous forme de symptômes anxieux ou dépressifs, ou de somatisations [2–4]. Plusieurs auteurs ont dernièrement mis l'accent sur la présence de symptômes de stress post-traumatique chez les parents dans les semaines ou les mois qui suivent une naissance prématurée [2,5–9]. Les études concernant les liens entre l'apparition de ces différents symptômes et la gravité de la prématurité ont donné lieu à des résultats contrastés. DeMier et son équipe [5] ont observé des corrélations significatives entre la gravité de la prématurité et l'importance des symptômes de stress post-traumatique maternels, alors que Holditch-Davis [6] décrit un lien entre les signes de dépression maternelle, pendant l'hospitalisation de l'enfant, et l'apparition d'un état de stress post-traumatique chez les mères, le degré de gravité de la prématurité ne jouant pas de rôle dans cette étude.

Le vécu parental est reconnu comme essentiel dans l'instauration de la relation précoce parents-bébé cruciale pour le devenir de l'enfant [10,11].

La qualité de la relation parent-bébé dépend aussi des compétences du bébé à répondre aux stimulations des parents dans une certaine circularité des échanges, comme dans toute instauration de la relation parent-bébé [12–16]. Or le prématuré, immature sur le plan neurologique, fragile, vite fatigable, interagit faiblement avec son entourage, ce qui accentue le stress des parents. Bien entendu, si son état de santé s'aggrave, ses compétences sont encore diminuées et la bonne qualité des interactions, rassurante et gratifiante sur le plan narcissique pour les parents est menacée. Les pères sont reconnus pour avoir d'autres stratégies d'adaptation que les mères face aux difficultés rencontrées par l'enfant [17,18]. Ils jouent un rôle complémentaire à celui des mères indispensable dans le développement et dans la construction de l'identité du bébé [3,19–21]. Mais leur aptitude à participer à la construction d'un lien mère-bébé harmonieux dépend aussi de leur disponibilité psychique [19,22,23].

Peu d'études décrivent de manière différentielle les réactions des mères et des pères. Le vécu de détresse psychique est bien sûr avant tout subjectif, il dépend de l'histoire de chacun. Mais l'analyse des différences entre pères et mères pourrait permettre de mieux comprendre la dynamique du couple dans la situation

de crise psychique que représente une naissance prématurée. Pour s'identifier aux besoins du bébé et lui apporter un soutien bénéfique, les parents doivent puiser aussi bien dans leurs ressources individuelles que dans celles du couple [24].

L'un des buts de cette étude est d'évaluer à l'aide d'un questionnaire spécifique, la présence de symptômes d'intrusion et d'évitement caractéristique de l'état de stress post-traumatique, chez les parents de bébés prématurés nés à moins de 34 semaines de gestation. Cette évaluation tient compte d'un score de risque périnatal qui mesure la gravité de la prématurité de l'enfant. Le second objectif est de comparer les réponses des mères avec celles des pères dans les trois groupes de parents (les parents de nouveau-nés à terme, de prématurés à faible risque et à haut risque).

2. Population et méthode

La population de la région lausannoise comprend environ 200 000 habitants. On dénombre, en moyenne, 2200 naissances annuelles au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), qui possède un des plus grands centres suisses de néonatalogie. Environ 500 bébés par an y sont hospitalisés à leur naissance, 55 % sont des prématurés (moins de 37 semaines d'âge gestationnel [AG]) et 20 % sont de grands prématurés (moins de 32 semaines d'AG).

La population de cette étude a été sélectionnée pendant 12 mois, de janvier à décembre 1998. Les bébés souffrant d'une malformation, d'une anomalie chromosomique ou d'une fœtopathie, ainsi que les parents présentant une maladie psychiatrique et/ou qui consommaient de la drogue, ont été exclus. De même que les parents ne comprenant pas bien le français.

La population de l'étude est constituée de couples de parents de bébés nés à moins de 34 semaines AG et hospitalisés dans le service de néonatalogie du CHUV.

Elle comprenait au départ 105 bébés ; 12 sont décédés (11 %), 20 couples de parents ont refusé de participer à l'étude (taux de participation de 78 %) et 31 couples (42 %) n'ont pas renvoyé le questionnaire d'évaluation de leurs symptômes de stress post-traumatique. Au total, 42 prématurés et leurs deux parents ont été inclus. Nous avons réparti la population des prématurés en deux groupes : 16 prématurés ont été considérés comme prématurés à faible risque périnatal (Perinatal Risk Inventory [PERI] ≤ 4 correspondant à un score de risque périnatal peu élevé), 26 prématurés ont été considérés comme des prématurés à haut risque périnatal (PERI ≥ 4 correspondant à un score de risque périnatal élevé). Le groupe témoin a été constitué de parents de bébés nouveau-nés à terme, avec un âge de gestation supérieur ou égal à 37 semaines, nés à la maternité du CHUV après une grossesse et un accouchement normal. Pendant les quatre jours d'hospitalisation suivant l'accouchement, 58 mères

ont été contactées. Vingt-deux couples de parents (38 %) ont refusé de participer à l'étude, 12 couples de parents (33 %) n'ont pas renvoyé le questionnaire. Au total, 24 bébés nés à terme et leurs parents constituent le groupe témoin.

3. Instruments

Le PERI [25] établit un score de risques, évalué à partir de données somatiques extraites du dossier médical. Il est basé sur des données récoltées pendant le séjour du bébé à l'hôpital et lors du premier contrôle pédiatrique à 42 semaines de gestation. Dix-huit items mettent en évidence la sévérité des problèmes périnataux. Ce score est entre autres influencé par la durée d'hospitalisation et le recours à des procédures de soins intensifs. Le PERI est suffisamment sensible pour être calculé même lors d'une naissance à terme.

Chacun des critères reçoit une note entre 0 et 3 points. Les prématurés sans complications (prématurés à faible risque), de même que les nouveau-nés à terme, obtiennent des scores de PERI entre 1 et 4 points ($PERI < 4$). Un score ≥ 4 ($PERI \geq 4$) détermine un seuil de risques élevés (prématurés à haut risque). L'Impact of Event Scale (IES) [26,27] est un instrument d'autoévaluation de l'état de stress post-traumatique (PTSD), basé sur les critères du DSM-IV. Il a été envoyé aux parents à 18 mois d'âge corrigé du bébé. Un sujet exposé à un événement lors duquel son intégrité physique ou celle d'un proche a été menacée peut présenter un état de stress post-traumatique, défini par la présence de trois types de symptômes sur une durée de plus d'un mois, des symptômes dits d'intrusion (souvenirs, rêves, impressions ou agissements en lien avec l'événement suscitant des sentiments de détresse et/ou une réactivité physiologique); des symptômes dits d'évitement (émoussement de la réactivité générale accompagné d'efforts pour éviter les pensées, lieux ou activités qui pourraient éveiller des souvenirs du traumatisme); enfin, des symptômes neurovégétatifs (troubles du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration ou hypervigilance). L'état de stress post-traumatique peut être aigu si la durée des symptômes est de moins de trois mois ou chronique si leur durée est de trois mois ou plus. L'IES comprend 15 items que les parents complètent deux fois. Une première fois, ils considèrent leur vécu durant les six premiers mois après la naissance et l'autre, les sept jours précédant les réponses au questionnaire. Ils sont cotés en fonction de la fréquence de symptômes spécifiques rap-

portés par le sujet (pas du tout, rarement, souvent). Il différencie la présence de symptômes d'intrusion et d'évitement présents lors d'un événement traumatique.

Analyse des résultats

Les résultats ont été analysés à l'aide du Statistical Package for Social Sciences (SPSS 10.0) pour Windows. Les différences entre les réponses des mères et des pères des trois groupes ont été comparées au moyen de l'analyse de variance pour les comparaisons des moyennes (Anova), avec des *post-hoc test* (Tukey). Les différences entre les réponses des mères et des pères dans chaque groupe ont été comparées à l'aide de *T-paired test* (*T-test*). Des corrélations entre les résultats obtenus ont également été effectuées. Des analyses de variances multivariées (Manova) ont été effectuées afin de contrôler le niveau socioéconomique (SES) des parents, en introduisant celui-ci comme covariable. Un seuil de probabilité plus petit que ($p < 0,05$) est considéré comme significatif. Les seuils entre 0,05 et 0,1 exprimant une tendance ont également été relevés dans les tableaux.

4. Résultats

4.1. Les caractéristiques néonatales et sociodémographiques des trois groupes composant notre population sont décrites dans le Tableau 1

Bien que les données néonatales diffèrent bien entendu entre les nouveau-nés à terme et les prématurés, les données sociodémographiques sont très comparables au sein des trois groupes.

Seul SES est significativement différent entre les parents de nouveau-nés à terme et les parents de prématurés à haut risque. Le SES pouvant représenter une variable confondante, il a été contrôlé dans les analyses multivariées.

4.2. L'intensité des symptômes de stress des mères et des pères dans les six premiers mois de vie du bébé, telle que rapportée à 18 mois d'âge corrigé du bébé, a été comparée entre les trois groupes

Les mères et les pères de prématurés, aussi bien à faible qu'à haut risque, présentent plus de symptômes de stress que les parents de nouveau-nés à terme. Pour les pères

Tableau 1
Caractéristiques néonatales et sociodémographiques des trois groupes.

	Nouveau-nés à terme (n = 24)	Prématurés à faible risque (n = 16)	Prématurés à haut risque (n = 26)
Sexe (filles)	14 (58 %)	11 (69 %)	11 (42 %)
Âge de gestation (semaines)	40 (1)	31 (1)	30 (2)
Poids de naissance (grammes)	3230 (472)	1543 (287)	1180 (382)
PERI	0,17 (0,48)	2,56 (0,96)	8,96 (4,97)
Hospitalisation (jours)	0 (0)	56 (22)	64 (61)
Âge maternel (ans)	31 (4)	31 (5)	31 (5)
Âge paternel (ans)	34 (9)	33 (5)	31 (11)
Index socioéconomique	2,8 (0,6)	2,7 (0,4)	2,2 (0,6)

Les nombres représentent les moyennes, sauf pour le sexe. Les écarts-types à la moyenne sont entre parenthèses pour toutes les autres valeurs. PERI : Perinatal Risk Inventory.

Tableau 2

Comparaisons entre les trois groupes, de l'intensité des symptômes de stress (IES) des mères et des pères, les six premiers mois suivant la naissance, telles que rapportées à 18 mois d'âge corrigé du bébé.

	Nouveau-nés à terme (n=24)	Prématurés à faible risque (n=16)	Prématurés à haut risque (n=26)	F	p
Mères	11,2 (1,5) ^{a,b}	26,8 (2,5) ^a	29,0 (3,1) ^b	15,37	0,001
Pères	7,0 (1,3) ^{c,d}	15,2 (2,3) ^{c,e}	24,0 (2,6) ^{d,e}	17,50	0,001

Les nombres représentent les moyennes, les erreurs standard à la moyenne sont entre parenthèses. Comparaisons entre les trois groupes : Anova, *post-hoc test*.

^{a, b, d} $p < 0,001$.

^{c, e} $p < 0,05$.

Tableau 3

Comparaisons entre les trois groupes, de l'intensité des symptômes de stress (IES) des mères et des pères, durant les sept jours précédant les réponses au questionnaire, à 18 mois d'âge corrigé du bébé.

	Nouveau-nés à terme (n=24)	Prématurés à faible risque (n=16)	Prématurés à haut risque (n=26)	F	p
Mères	2,8 (0,8) ^{a,b}	10,8 (1,8) ^a	16,1 (3,1) ^b	9,34	0,001
Pères	1,9 (0,7) ^c	2,4 (1,1) ^d	12,6 (2,4) ^{d,e}	12,83	0,001

Les nombres représentent les moyennes, les erreurs standard à la moyenne sont entre parenthèses. Comparaisons entre les trois groupes : Anova, *post-hoc test*

^a $p < 0,1$.

^{b, c, d, e} $p < 0,001$.

uniquement, l'intensité des symptômes de stress est significativement plus élevée si le prématuré est à haut risque, et cela même si l'on contrôle le SES ($F = 15,47$, $p < 0,001$) (Tableau 2).

Si l'on compare la mère et le père d'un même bébé, les mères présentent une intensité de symptômes de stress plus élevée que les pères et cela dans les trois groupes (*T-paired test* pour les nouveau-nés à terme = 1,78, $p = 0,09$; *T-paired test* pour les prématurés à faible risque = 3,6, $p < 0,005$; *T-paired test* pour les prématurés à haut risque = 2,45, $p < 0,05$).

4.3. L'intensité des symptômes de stress des mères et des pères du même couple, les sept jours précédant les réponses au questionnaire – rempli à 18 mois d'âge corrigé du bébé – a été comparée entre les trois groupes

Les mères et les pères de prématurés à haut risque présentent plus de symptômes de stress que les mères et les pères de nouveau-nés à terme. Les mères de prématurés à faible risque présentent une tendance à manifester plus de symptômes de stress que les mères de nouveau-nés à terme, la différence étant très proche du seuil de signification ($p = 0,065$). L'intensité des symptômes de stress des pères de prématurés à faible risque est significativement plus basse que celle des pères de prématurés à haut risque (Tableau 3).

Tableau 4

Comparaisons entre les trois groupes, des symptômes d'intrusion et d'évitement des mères et des pères, les six premiers mois suivant la naissance telles que rapportées à 18 mois d'âge corrigé du bébé.

	Nouveau-nés à terme (n=24)	Prématurés à faible risque (n=16)	Prématurés à haut risque (n=26)	F	p
Mères : intrusion	10,08 (1,26) ^{a,b}	18,62 (1,42) ^a	18,42 (1,45) ^b	12,52	0,001
Mères : évitement	1,13 (0,43) ^{a,b}	8,19 (1,70) ^a	10,58 (2,13) ^b	9,84	0,001
Pères : intrusion	5,83 (1,05) ^{a,b}	12,44 (1,05) ^a	16,77 (1,53) ^b	16,61	0,001
Pères : évitement	1,12 (0,44) ^a	2,75 (0,44) ^b	7,20 (1,33) ^{a,b}	10,73	0,001

Les nombres représentent les moyennes, les erreurs standard à la moyenne sont entre parenthèses. Comparaisons entre les trois groupes : Anova, *post-hoc test*.

^{a, b} $p < 0,05$.

Lorsque le SES est contrôlé, les différences entre les scores des différents groupes de parents persistent ($F = 7,44$, $p < 0,001$ pour les mères ; $F = 8,68$, $p < 0,001$ pour les pères).

Les mères de prématurés à faible risque ont un score significativement plus élevé que les pères (*T-paired test* = 4,23; $p < 0,001$). En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les mères et les pères de prématurés à haut risque.

4.4. Les symptômes d'intrusion et d'évitement sont différemment rapportés par les mères et par les pères

Durant les six premiers mois après la naissance, des symptômes d'intrusion et d'évitement sont décrits par les mères des deux groupes de prématurés, sans différences significatives. Les différences sont significatives avec les mères de nouveau-nés à terme. Les pères des prématurés des deux groupes décrivent des symptômes d'intrusion, sans différences significatives. Ils se différencient des pères de nouveau-nés à terme. Les pères des prématurés à haut risque manifestent des symptômes d'évitement avec une intensité significativement plus élevée que les pères des prématurés à faible risque ($p < 0,05$) et que les pères des nouveau-nés à terme ($p < 0,001$). Il n'y a pas de différence entre les pères de prématurés à faible risque et les pères de nouveau-nés à terme (Tableau 4).

Les mères comparées aux pères des nouveau-nés à terme ont plus de symptômes d'intrusion (T -paired test = 3,05 ; $p < 0,05$). Les mères de prématurés à faible risque ont plus de symptômes d'intrusion et plus de symptômes d'évitement que les pères (T -paired test = 3,03 ; $p < 0,05$ et T -paired test = 3,55 ; $p < 0,05$, respectivement). Les mères et les pères de prématurés à haut risque ne se différencient pas, hormis une tendance à plus de symptômes d'évitement pour les mères (T -paired test = 1,80 ; $p < 0,1$).

4.5. On note une corrélation entre l'intensité des symptômes de stress des mères et des pères, que ce soit durant les six premiers mois de vie du bébé ($r = 0,57$; $p < 0,01$) ou durant les sept jours précédant les réponses au questionnaire ($r = 0,50$; $p < 0,01$)

Les symptômes de stress à 18 mois diminuent significativement tant pour les mères (T -paired test = 11,25, $p < 0,001$) que pour les pères (T -paired test = 9,02 ; $p < 0,001$). La corrélation (mère et père) est positive et significative entre les mesures de stress aux deux âges (respectivement, $r = 0,80$ et $0,75$; $p < 0,001$).

5. Discussion

Les parents des bébés prématurés présentent des symptômes de stress post-traumatique plus fréquemment que les parents des nouveau-nés à terme. La gravité de la prématurité du bébé joue un rôle dans l'apparition de ces symptômes comme cela apparaît dans la littérature [28–30]. On note une différence entre les mères et les pères. Les mères rapportent des symptômes de stress post-traumatique qui semblent en lien avec le fait même d'avoir un bébé prématuré, qu'il soit gravement malade ou pas, alors que les pères réagissent particulièrement à la gravité du risque périnatal de leur enfant. Cette tendance est aussi notée dans quelques études [3,31–33].

Un risque périnatal élevé, reflet de la gravité de la prématurité, nécessite un recours à des soins intensifs lourds. La durée d'hospitalisation et par conséquent la séparation avec le nouveau-né se prolonge, les angoisses de mort et d'abandon peuvent envahir les parents. L'intimité relationnelle indispensable à la construction des liens est compromise. Durant cette période éprouvante pour les parents et pour le bébé, les représentations parentales peuvent être compliquées par des sentiments très ambivalents, le désir de se rapprocher de l'enfant alterne avec des impulsions à s'en éloigner pour se protéger de ces angoisses intolérables.

Dans ce contexte, des images traumatiques envahissantes peuvent faire écho aux manques de représentations de l'enfant encore inconnu et augmenter leur désarroi [34,35].

La genèse de l'apparition de symptômes de stress post-traumatique est certainement complexe et les différences observées entre les mères et les pères nous rappellent qu'il s'agit d'un vécu où la dimension subjective joue un rôle important. Lorsqu'un événement traumatique fait effraction dans la vie d'un individu, les symptômes d'intrusion semblent difficiles à éviter. Dans les situations de prématurité, les symptômes d'intrusion

sont d'ailleurs retrouvés aussi bien chez les mères que chez les pères. Les symptômes d'évitement en revanche sont plus fréquemment évoqués par les mères des deux groupes de prématurés, en comparaison des pères qui ne les évoquent que quand leur enfant prématuré est gravement malade. Ces résultats pourraient éclairer de manière intéressante, un des fonctionnements possibles de la complémentarité du rôle des pères et des mères nécessaire à l'établissement des liens parents-enfants dans le cas particulier d'une naissance prématurée [28]. Puisque les pères semblent être moins vulnérables psychologiquement à l'événement prématurité que les mères, en particulier si l'enfant n'est pas gravement malade, ils pourraient alors être susceptible de faciliter la rencontre de la mère avec son bébé, au moment de la naissance et dans la période périnatale.

Suivant la particularité de chaque couple, cette position plus active peut soulager la mère de ses inquiétudes. Cependant, cela peut être aussi vécu par les mères dans une dimension de rivalité où elles ont l'impression que le père cherche à prendre la première place auprès de l'enfant.

De plus, cette différence de sensibilité peut amener les mères à se sentir isolées dans un vécu difficile qu'elles ont de la peine à partager avec leur conjoint [18,36,37]. Le bébé, en général, joue un rôle central dans la circularité des échanges nécessaires à la construction de la parentalité. La pauvreté relative des interactions avec un bébé prématuré, plus importante si le bébé est plus immature ou plus gravement malade, déstabilise les parents dans leur parentalité en construction. Dans certains cas, cela peut aller jusqu'à un sentiment de persécution face à un enfant qui ne peut pas répondre à leurs tentatives d'entrer en relation. C'est dans ces cas-là qu'une intervention de type « guidance » peut aider les mères à comprendre les limitations des capacités de l'enfant à répondre à leurs sollicitations [38,39]. En effet, la capacité du bébé à réagir à la présence, à la voix, aux odeurs, aux caresses de ses parents, ses compétences à manifester ses besoins en pleurant, à stimuler les échanges par l'intermédiaire du regard, modulent la qualité des premières interactions [2,40,41]. Pour que ces échanges s'instaurent harmonieusement et que les liens se tissent, il faut une bonne disponibilité psychique des parents. Les résultats de notre étude se basent sur les réponses à un autoquestionnaire rempli par les parents et doivent donc être interprétés avec prudence. Comme pour tout questionnaire, la part de réponses défensives est difficile à évaluer et pourrait être différente entre les pères et les mères et d'un sujet à l'autre. Les données qualitatives, récoltées auprès de cette même population à partir d'entretiens semi-structurés permettent dans une certaine mesure, d'éclairer nos résultats.

Les conditions d'un accouchement prématuré relèguent souvent les mères à une position passive, elles sont séparées du bébé transitoirement et par la suite, elles ne peuvent pas vivre pleinement leur parentalité qu'elles doivent partager pour un temps avec l'équipe soignante. Les mères souffrent particulièrement du manque d'intimité avec l'enfant, du contact peau à peau, ce qui a été bien compris par les équipes qui facilitent ces moments privilégiés de rencontre avec le bébé [42]. Les mères se sentent personnellement coupables de la naissance prématurée parce que c'est elles qui ont porté le bébé et qu'elles ont le sentiment qu'elles n'ont pas pu le protéger en menant à terme leur

grossesse [16,36]. Cliniquement, les mères parlent bien de sentiments très ambivalents qu'elles vivent par rapport au bébé, avec des moments où elles ont le sentiment de devoir se protéger en s'éloignant de lui. Cela peut être expliquer les mouvements d'évitement, plus importants chez les mères que chez les pères, qui sont souvent rassurés de voir leur enfant vivant, s'appuient sur des observations objectives du bébé et peuvent prendre une position plus active en s'identifiant à l'équipe médicale [43].

Il est intéressant de remarquer cliniquement qu'un état de stress post-traumatique peut ne pas être seulement lié à la naissance prématurée, mais aussi à tous les « effets d'après-coup » qui réveillent les angoisses parentales, comme par exemple : les complications somatiques, les changements d'unité hospitalière ou encore le retour à domicile [36].

La diminution des symptômes de stress post-traumatique des parents, observée dans notre étude à 18 mois d'âge corrigé du bébé, semble montrer qu'il s'agit de symptômes qui s'amendent avec le temps. Le début d'une existence indépendante de l'enfant, qui s'inscrit dans une relation, rassure les parents et atténue certainement leur détresse. Ces symptômes, même s'ils ne sont présents que pendant la première année de vie peuvent provoquer une certaine distorsion de la relation et peuvent avoir des conséquences sur la qualité des interactions parent-enfant et sur le développement de l'enfant [9,10,22,44].

6. Conclusion

Une naissance prématurée, surtout si l'enfant présente un risque périnatal élevé, est un événement très stressant pour les parents. Il n'est pas surprenant de constater qu'une proportion importante de parents présente des symptômes de stress post-traumatique dans la période périnatale, mais de manière différenciée entre les pères et les mères. Chercher à soulager les parents, tout en tenant compte du fait que les réactions d'un sujet sont aussi liées à son histoire paraît indispensable. La vulnérabilité d'un parent dépend de plusieurs autres facteurs qu'il est nécessaire d'investiguer : ses ressources individuelles, la qualité du fonctionnement de ses mécanismes de défenses psychiques, les compétences de son couple, son environnement psychosocial, aussi bien que les caractéristiques du bébé [16,45].

Le rôle des soignants en néonatalogie devrait soutenir les parents, au travers des soins donnés au bébé, en leur permettant de s'adapter à ses particularités et favoriser la relation parent-bébé [32,46,47]. D'une façon plus large, il s'agit d'éviter que l'enfant ne soit représenté à long terme que par son statut d'« ancien prématuré », mais de s'assurer qu'il existe rapidement pour ses parents comme un enfant à part entière séparé des conditions de sa naissance [48]. L'intervention d'un pédo-psychiatre est indiquée si les parents présentent des symptômes de stress post-traumatique importants et persistants qui altèrent leurs capacités à entrer en relation avec leur bébé [7,46].

Remerciements

Cette étude fait partie d'un projet portant sur les représentations parentales et le devenir de la prématurité, financée par le Fonds national de la recherche scientifique entre 1998 et 2002

(FNRS '32-49712.96), soutenue par la Fondation de la psychiatrie pour la Petite-Enfance. Elle a été réalisée conjointement par les services de pédopsychiatrie et de néonatalogie du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.

Références

- [1] Bucher HU, Ochsner Y, Fauchere JC. Two years outcome of very pre-term and very low birth-weight infants in Switzerland. *Swiss Medical Weekly* 2003;8:93–9.
- [2] Caplan G, Mason A, Kaplan MD, lackritz EM. Four studies of crisis in parents of prematures. *Community Mental Health Journal* 2000;36:25–45.
- [3] Jackson K, Ternstedt BM, Schollin J. From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43:120–9.
- [4] Meyer EC, Garcia Coll CT, Seifer R, Ramos A, Killis E, Oh W. Psychological distress in mothers of preterm infants. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1995;16:412–7.
- [5] DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *Journal of Perinatology* 1996;16:276–80.
- [6] Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2003;32:161–71.
- [7] Jotzo M, Poets C. Helping parents cope with trauma of premature birth: an evaluation of trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 2005;115:915–9.
- [8] Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Ludorff K, Witthaut J, Ohrmann P, et al. Maternal posttraumatic stress response after birth of a very low birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research* 2004;57:473–6.
- [9] Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88:F400–4.
- [10] Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics Official Journal of the American Academy* 2006;118:e107–14.
- [11] Wijnroks L. Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal* 1999;20:393–409.
- [12] Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. In: Sweeny JK, editor. *The high-risk neonate: developmental therapy perspectives*. New York: Haworth Press; 1986. p. 3–55.
- [13] Brazelton T, Nugent J. *Neonatal behavioral assessment scale*. London: Mac Keith Press; 1995.
- [14] Lamour M, Lebovici S. Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'enfant* 1991;175–275.
- [15] Mellier D. *Les bébés en détresse intersubjectivité et travail de lien*. Paris: Une théorie de la fonction contenante; 2005.
- [16] Muller Nix C, Nicole A, Forcada Guex M, Ansermet F. Prématurité, représentations et traumatisme parental [Prematurity, parental representations and trauma]. *Revue médicale de la Suisse romande* 2001;121:241–6.
- [17] Charlier D, Courtois A, Tornqvist J, Verellen G, Serrano JA, Hayez JY. Développement, recherche de contacts et liens spécifiques entre les bébés nés grands prématurés et leurs parents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1998;46:618–32.
- [18] Herzog A, Muller-Nix C, Mejia C, Ansermet F. Étude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée. *Psychothérapies* 2003;23:97–106.
- [19] Frascarolo F. Qu'advient-il des pères ? *Devenir* 1995;7:79–89.
- [20] Lebovici S. *La psychiatrie du nourrisson et la pathologie des interactions précoces*. Psychopathologie du bébé. Paris: PUF; 1989. p. 317–21.
- [21] Lebovici S. Les interactions fantasmatiques. *Revue de médecine psychosomatique* 1994;37–38:39–50.

- [22] Magill-Evans J, Harrison MJ. Parent-child interactions, parenting stress, and developmental outcomes at 4 years. *Children's Health Care* 2001;30:135–50.
- [23] Lawlor DA, Batty GD, Morton S, Deary IJ, Macintyre S, Ronalds G, et al. Early life predictors of childhood intelligence: evidence from the Aberdeen children of the 1950s study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59:656–63.
- [24] Blumberg NL. Effects of neonatal risk, maternal attitude and cognitive style on early postpartum adjustment. *Journal of Abnormal Psychology* 1980;89:139–50.
- [25] Scheiner AP, Sexton ME. Prediction of developmental outcome using a perinatal risk inventory. *Pediatrics* 1991;88:1135–43.
- [26] Hansenne M, Charles G, Pholien P, Panzer M, Pitchot W, Gonzalez-Moreno A, et al. Mesure subjective de l'impact d'un événement : traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz. *Psychologie médicale* 1993;25:86–8.
- [27] Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine* 1979;41:209–18.
- [28] Carter JD, Mulder RT, Bartram AF, Darlow BA. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 2005;90:F109–13.
- [29] DeMier RL, Hynan M, Hatfield R, Varner M, Harris H, Manniello R. A measurement model of perinatal stressors: identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants. *Journal of Clinical Psychology* 2000;56:89–100.
- [30] Tommiska V, Östberg M, Fellman V. Parental stress in families of 2 year old extremely low birth-weight infants. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 2002;86:F161–4.
- [31] Board R. Father stress during a child's critical care hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care* 2004;18:244–9.
- [32] Pelchat D, Lefebvre H, Levert MJ. L'expérience des pères et mères ayant un enfant atteint d'un problème de santé : état actuel des connaissances. *Enfance, familles, générations* 2005;3:1–19.
- [33] Boechler V, Harrison MJ, Magill-Evans J. Father-child teaching interactions: the relationship to father involvement in caregiving. *Journal of Pediatric Nursing* 2003;18:46–51.
- [34] Ansermet F, Muller-Nix C. Lecture psychanalytique de la situation pédiatrique en néonatalogie. In: *Les parents, le pédiatre et le psychanalyste*. Éditions PAU; 1995. p. 231–4.
- [35] Janin C. *Figures et destins du traumatisme*. Presses universitaires de France; 1999.
- [36] Borghini A, Muller Nix C. Un étrange petit inconnu ; la rencontre avec l'enfant né prématuré. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2008, 1001 BB.
- [37] Druon C. *À l'écoute du bébé prématuré ; une vie aux portes de la vie*. Aubier; 1996.
- [38] Borghini A, Forcada-Guex M. L'observation du bébé prématuré ; un travail conjoint parents-spécialistes. *Psychoscope* 2004;5:20–2.
- [39] Muller-Nix C, Forcada-Guex M. Perinatal assessment of infant, parents, and parent-infant relationship, prematurity as an example. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (sous presse).
- [40] Bullinger A, Goubet N. Le bébé prématuré, acteur de son développement. *Enfance* 1999;51:27–32.
- [41] Beckwith L, Rodning C. Dyadic processes between mothers and preterm infants: development at ages 2 to 5 years. *Infant Mental Health Journal* 1996;17:322–33.
- [42] Vaivre-Douret L, Papiernik E, Relier JP. Kangaroo method and care [French]. *Archives de pédiatrie* 1996;3:1262–9.
- [43] Herzog A, Muller Nix C, Mejia C, Ansermet F. Étude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée. *Psychothérapies* 2003;23:97–106.
- [44] Borghini A, Pierrehumbert B, Miljkovič R, Müller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal* 2006;27:494–508.
- [45] Carel A. Le « nouveau-né à risques » et ses parents ; étude psychodynamique. In: *Le devenir de la prématurité*. Vendôme: Presses universitaires de France; 1977. p. 125–64.
- [46] Kaarsen PI, Ronning JA, Ulyund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 2006;118:e9–19.
- [47] Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low birth-weight infant. *The Journal of the American Medical Association* 1999;28:799–805.
- [48] Ansermet F. Clinique de l'origine. In: *l'enfant entre la médecine et la psychanalyse*. Lausanne: Payot; 1999.