

L'attachement des parents à leur nouveau-né suite à une naissance prématurée et à une séparation en période néonatale

Parents' attachment to their newborn following a premature birth and separation in the neonatal period

Francine Lefebvre

Volume 8, numéro 2, novembre 1983

Enfant et famille

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030187ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030187ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lefebvre, F. (1983). L'attachement des parents à leur nouveau-né suite à une naissance prématurée et à une séparation en période néonatale. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 90-99. <https://doi.org/10.7202/030187ar>

Résumé de l'article

La naissance prématurée et la séparation en période néonatale placent les parents dans une situation de stress émotionnel intense. Par ailleurs ils sont confrontés à un nouveau-né peu équipé pour établir des contacts sociaux. Les capacités d'adaptation des parents sont ainsi sollicitées dans l'établissement du lien avec un nouveau-né prématuré. Après un contact hésitant au début, les parents réagissent la plupart du temps en étant plus actifs envers leur nouveau-né prématuré qu'envers un nourrisson à terme, peut-être afin de compenser pour les capacités d'interaction déficientes de leur bébé. Dans certaines conditions familiales et émotionnelles défavorables, les capacités d'adaptation des parents peuvent être dépassées, causant ainsi des problèmes de maternage.

L'ATTACHEMENT DES PARENTS À LEUR NOUVEAU-NÉ SUITE À UNE NAISSANCE PRÉMATURÉE ET À UNE SÉPARATION EN PÉRIODE NÉONATALE

*Francine Lefebvre**

La naissance prématurée et la séparation en période néonatale placent les parents dans une situation de stress émotionnel intense. Par ailleurs ils sont confrontés à un nouveau-né peu équipé pour établir des contacts sociaux. Les capacités d'adaptation des parents sont ainsi sollicitées dans l'établissement du lien avec un nouveau-né prématuré. Après un contact hésitant au début, les parents réagissent la plupart du temps en étant plus actifs envers leur nouveau-né prématuré qu'envers un nourrisson à terme, peut-être afin de compenser pour les capacités d'interaction déficientes de leur bébé. Dans certaines conditions familiales et émotionnelles défavorables, les capacités d'adaptation des parents peuvent être dépassées, causant ainsi des problèmes de maternage.

Les premières études sur l'attachement de la mère envers son nouveau-né ont été réalisées dans les années 70 par Klaus et Kennell (1976). Ceux-ci se sont inspirés d'un modèle éthologique dans lequel la séparation du jeune animal de sa mère, très tôt après la naissance, modifie la conduite du maternage; si cette séparation dépasse une certaine durée critique, les effets sur le maternage sont, dans ce cas, souvent profonds et irréversibles. En transposant cette observation chez l'humain, Klaus et Kennell ont voulu démontrer l'aberration de la pratique hospitalière qui consistait à séparer dès sa naissance le nouveau-né normal de sa mère, et à ne le ramener à sa mère qu'à heures fixes pour les boires. Ils ont opposé à cette pratique traditionnelle les résultats d'une expérience où des mères gardaient leur nouveau-né nu pour un contact de peau à peau d'une heure, peu après la naissance. Celles qui avaient eu un contact précoce avec leur bébé démontraient plus d'attitudes maternelles que les autres lorsque rencontrées un mois, puis un an après la naissance. Les auteurs en ont donc conclu qu'il y avait une période critique chez l'humain, soit dans les

premières minutes et heures de vie, durant laquelle un contact intime avec le père et la mère était nécessaire au nouveau-né pour assurer son développement optimal (Klaus et Kennell, 1976).

D'autre part, dans une revue critique des nombreuses études sur l'attachement mère-enfant chez le nouveau-né normal, Lamb (1982) en vient à la conclusion que bien que le contact précoce puisse avoir des effets modestes mais positifs à court terme, aucun effet à long terme n'a été démontré. Son jugement est basé sur les raisons suivantes : souvent, des études semblables n'ont pas donné des résultats superposables; certaines différences observées entre les groupes n'avaient aucun rapport avec l'attachement; d'autres différences n'ont été enregistrées que par hasard; certaines études ont été biaisées en encourageant l'allaitement dans le groupe expérimental seulement, et le fait d'allaiter n'est pas nécessairement un indice d'attachement; certaines études n'ont pas été faites à double insu; enfin, des différences initiales existaient entre les groupes dans certaines études.

Dans une autre revue critique des études sur l'attachement mère-enfant, Ross (1980) souligne qu'on doit trouver des comportements qui reflètent l'attachement de façon non équivoque pour qu'une interprétation adéquate des résultats de recherche puisse être faite. Selon l'auteure, il existe une difficulté méthodologique liée au fait que les échantillons sont souvent si petits que

* L'auteure est pédiatre et néonatalogiste au service de néonatalogie de l'Hôpital Ste-Justine à Montréal. Elle est responsable des études de développement à long terme à la clinique néonatale de cet hôpital. Elle est également professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

certaines variables peuvent, en n'étant pas distribuées également au départ entre les groupes, affecter les résultats obtenus. Elle conclut finalement que ces études sont difficiles à interpréter.

L'hypothèse d'une période critique pour l'attachement de la mère envers son nouveau-né a ouvert la voie à une humanisation des soins donnés dans les salles d'accouchement et les pouponnières. Les recommandations de Klaus et Kennell (1976 et 1982) quant aux soins à donner à la nouvelle accouchée et à son nouveau-né sont de plus en plus acceptées et mises en pratique, c'est-à-dire : 1) que la femme ne soit pas seule durant le travail et l'accouchement ; 2) que le père et la mère puissent rester seuls avec leur nouveau-né après l'accouchement ; 3) que la cohabitation avec l'enfant soit possible durant tout le séjour à l'hôpital accordant à la mère la complète responsabilité des soins de son nouveau-né ; 4) que l'allaitement sur demande soit encouragé ; 5) que les visites du père et des autres enfants soient facilitées.

Toutefois, les accouchements ne surviennent pas tous comme prévu, et plusieurs femmes donnent naissance à des enfants prématurés ou malades dont elles sont séparées lors de leur admission dans une unité de soins intensifs. Dans ces circonstances, où la séparation peut durer des jours, des semaines ou des mois, qu'advient-il de l'attachement des parents pour leur nouveau-né ?

Au début du siècle, aux États-Unis, plus de 5 000 prématurés ont été exhibés dans des incubateurs vitrés dans des foires et des expositions. Les mères avaient droit d'assister au spectacle, mais elles ne pouvaient aider aux soins de leurs nouveau-nés. Les premiers hôpitaux à donner des soins aux prématurés suivirent des règles strictes d'isolement pour éviter les infections, incluant l'interdiction d'accès aux parents. Ce n'est que depuis une vingtaine d'années, dans les pays industrialisés, que de véritables unités de soins intensifs en néonatalogie ont pris leur essor avec une sophistication croissante de l'équipement. Ceci a entraîné une amélioration notoire de la survie de tous les prématurés et une baisse graduelle de l'âge gestationnel considéré comme généralement non viable. Il y a moins de vingt ans, a été entreprise la première étude portant sur la possibilité de laisser entrer les parents dans l'unité néonatale. Il y a

dix ans environ, seulement le tiers des unités de soins intensifs pour prématurés en permettait l'entrée aux parents. Encore récemment, Berger *et al.* (1981) écrivaient que «c'est loin d'être le cas de tous les services en France».

Nous allons maintenant explorer comment s'établit la relation des parents avec leur nouveau-né prématuré ou malade lorsqu'ils en ont été séparés dès la naissance.

RÉACTIONS À LA NAISSANCE PRÉMATURÉE

Les étapes de la grossesse normale ont été schématisées comme suit (Taylor et Hall, 1979). À partir du moment où la grossesse est pressentie, puis confirmée, il y a chez la femme un investissement narcissique qui va en croissant jusque vers le milieu de la gestation, au moment où elle commence à percevoir les mouvements fœtaux. Dès lors, l'investissement narcissique diminue graduellement jusqu'à terme pour laisser place à un investissement toujours grandissant envers le fœtus, investissement qui devient prépondérant au troisième trimestre de la gestation et qui se traduit par des rêveries concernant l'enfant à venir et par des préparatifs matériels. Dans les dernières semaines de la gestation surgit le désir impérieux d'accoucher, de laisser sortir le bébé. À bas bruit à travers toute la grossesse, se retravaillent des conflits non résolus que la femme pouvait avoir, particulièrement avec sa propre mère. Le processus mental vécu durant la grossesse normale se trouve donc abruptement interrompu lors d'un accouchement prématuré.

Taylor et Hall mettent en relief les réactions émotionnelles habituelles des parents et leurs ajustements lors de la naissance d'un nouveau-né à terme par opposition à celle d'un prématuré. Lors de la naissance du nouveau-né à terme, la préparation émotionnelle est complète ; l'événement est perçu comme un gain et un succès et suscite une réaction de soulagement et de joie ; l'estime de soi en est augmentée ; les attentes d'un bébé à terme et en santé sont comblées ; à l'hôpital, les parents ont la possibilité d'être seuls avec le bébé et responsables de ses soins et ils retournent à la maison avec lui ; le bébé possède un éventail de réponses à l'interaction ; la tâche

psychologique majeure de la mère consiste à réconcilier l'image qu'elle se faisait du bébé avec le bébé réel. Cependant, lors d'une naissance prématurée, la préparation émotionnelle est incomplète; l'événement est perçu comme un échec et une perte et entraîne une réaction de peine et d'inquiétude; l'estime de soi en est diminuée; la crainte de ne pas avoir un bébé à terme et en santé se trouve justifiée; les parents sont séparés de leur nouveau-né, remplacés à ses côtés par des infirmières et des médecins, et ils partent de l'hôpital les bras vides; les possibilités de réponses du bébé à l'interaction sont diminuées ou absentes. Les tâches psychologiques de la mère ayant accouché prématurément sont de faire le deuil du bébé anticipé, normal et à terme, et d'accepter qu'elle n'a pu rendre à terme sa grossesse; elle doit aussi faire un deuil par anticipation en se préparant à perdre son nouveau-né prématuré; elle doit reprendre contact avec le nouveau-né dont elle a été séparée et apprendre en quoi il diffère en tant que prématuré d'un nouveau-né à terme, en plus d'apprendre à connaître ses caractéristiques individuelles propres.

Suite à de longues entrevues avec treize mères de prématurés, Cramer (1982) observe que la réaction la plus fréquente est celle d'un sentiment d'échec. Les mères expliquent souvent la naissance prématurée de leur enfant par leur propre incapacité physique de rendre le nouveau-né à terme. Le fait de les séparer de leur nouveau-né ne fait qu'augmenter ce sentiment d'échec en leur prouvant leur incapacité d'être mères et de s'occuper elles-mêmes de leur enfant. L'estime de soi est atteinte chez ces mères qui voient leur nouveau-né comme étant incomplet, d'une apparence physique décevante et de qualité inférieure. La majorité des mères éprouve aussi un sentiment d'irréalité quant à la naissance prématurée et à l'existence de l'enfant dans un lieu autre que leur utérus, et presque toutes les mères expriment un sentiment de culpabilité qui nuit à l'établissement de la relation avec leur nouveau-né. Elles se croient dangereuses et incapables de protéger leur enfant. Ce sentiment de culpabilité les empêche de poser des questions sur la santé de leur nouveau-né; le manque d'information qui en résulte alimente leurs idées erronées et culpabilisantes et augmente leur crainte d'être mauvaises pour leur enfant.

RÉACTIONS À LA SÉPARATION

Benfield *et al.* (1976) ont étudié par un questionnaire les réactions de 101 couples dont le nouveau-né avait été transféré dès la naissance à l'unité de soins intensifs d'un autre hôpital et avait survécu. La plupart des parents ont eu une réaction de deuil semblable à celle des parents dont le nouveau-né n'a pas survécu. Plus de la moitié des pères et des mères ont éprouvé des sentiments de tristesse et de dépression, de la préoccupation, de l'irritabilité, des difficultés à dormir et à manger, et ont reconnu avoir craint pour la vie du bébé et avoir prié pour lui. L'intensité du deuil par anticipation n'était pas associée à la sévérité de la maladie du nouveau-né mais, chez la mère, était proportionnelle à son plaisir d'avoir été enceinte. Selon les auteurs, l'étude reflète l'ambivalence des parents, qui oscillent entre un sentiment d'amour pour l'enfant qu'ils attendaient et une réaction de deuil face à sa perte anticipée après sa naissance et son transfert, et qui reviennent de nouveau à un sentiment d'amour à la veille de son retour à la maison. Newman (1980) décrit, chez huit couples de parents dont l'enfant prématuré a un très petit poids à la naissance, deux styles de réactions à la naissance prématurée, à la maladie du nouveau-né et à son hospitalisation prolongée : alors que certains parents réagissent à la situation en s'impliquant beaucoup, d'autres, par contre, gardent nettement leurs distances.

RÉACTIONS AUX VISITES DANS L'UNITÉ NÉONATALE

L'environnement dans une unité de soins intensifs de néonatalogie diffère beaucoup de celui d'une pouponnière, où les nourrissons à terme, bien enveloppés dans leurs couvertures reposent dans de petits lits et où le calme est, de temps à autre, percé de vigoureux cris de faim. L'unité néonatale est un milieu tout à fait nouveau et souvent insoupçonné pour les parents. Jour et nuit, le lieu est très éclairé; le bruit prédomine et il s'agit beaucoup plus souvent d'alarmes que de voix humaines; les bébés sont couchés dans des incubateurs transparents qui ressemblent parfois à des astronefs; ils sont reliés à un nombre plus ou moins imposant de tubes communiquant avec des appareils munis de multiples commandes

et un personnel nombreux est affairé autour des incubateurs.

Le nouveau-né prématuré placé en incubateur est souvent malade et réagit peu. Son apparence physique peut étonner : sa tête est relativement grosse par rapport à son corps, et son poids peut être jusqu'à cinq fois inférieur à celui d'un nouveau-né à terme. Souvent, il est soumis à un traitement de lumière intense (photothérapie) et il doit avoir les yeux couverts d'un bandeau épais.

Harper *et al.* (1976) ont enquêté sur les conséquences qu'avait sur les parents une politique consistant à leur ouvrir sans restriction l'unité néonatale et à les encourager à y donner certains soins à leur nouveau-né. L'étude a été faite à l'aide d'un questionnaire complété par 53 familles qui avaient visité fréquemment leur nouveau-né. Plus de la moitié des parents ont reconnu avoir eu des difficultés émotionnelles et un haut niveau d'anxiété durant l'hospitalisation de leur enfant. Le degré maximum d'anxiété est survenu lorsque les parents ont reçu les premières nouvelles au sujet de leur nouveau-né, et leur anxiété s'est atténuée légèrement lors du premier contact avec leur bébé. Contrairement à Benfield *et al.* (1976), ces auteurs ont trouvé une corrélation entre le degré d'anxiété des parents et la gravité de l'état du bébé. En outre, ils ont constaté que ceux qui visitaient le plus leur enfant étaient aussi ceux qui étaient les plus anxieux. Paludetto *et al.* (1981) ont exploré la même question par des entrevues semi-structurées auprès de 30 couples dont le nouveau-né était prématuré. Comparativement à l'étude précédente, peu d'anxiété a été retrouvée chez ces parents, si on regarde la réponse donnée à la question «Qu'est-ce qui vous a inquiété le plus dans l'unité néonatale?». Cinquante-sept pour cent (57%) des mères et 70% des pères ont répondu que rien ne les avait inquiétés. Bien au contraire, tout l'aspect médical des soins intensifs (personnel et équipement) avait rassuré 84% des mères et 93% des pères. Par ailleurs, la moitié des pères et des mères ont dit avoir eu une première impression désagréable en voyant leur nouveau-né prématuré.

INTERACTIONS DURANT LES VISITES

Klaus et Kennell (1976), observant treize mères durant leur premier contact avec leur nouveau-né

à terme, décrivent ce qu'ils nomment un comportement propre à l'espèce humaine : au début, les mères touchent surtout les extrémités du nouveau-né, le plus souvent avec leurs doigts, puis, en quelques minutes, elles passent plutôt à un contact avec la paume de leurs mains, surtout au niveau du tronc du bébé. Pour ce qui concerne les mères qui visitent leur nouveau-né prématuré en incubateur à l'unité néonatale, les mêmes auteurs ont démontré que la séquence du contact est semblable, mais qu'elle se fait à un rythme beaucoup plus lent : en effet, la durée du contact avec la paume augmente graduellement d'une visite à l'autre, de même que celle du contact avec le tronc du bébé. Toutefois, même lors de leur troisième rencontre, les mères ont avec leur enfant prématuré beaucoup moins de contacts physiques que les mères accouchées à terme lors de leur tout premier contact avec leur nourrisson. Alors que les mères de nouveau-nés à terme regardent leur bébé en face pendant 23% du temps, après à peine quelques minutes lors de leur premier contact avec lui, les mères qui visitent leur enfant prématuré en incubateur à l'unité néonatale ne passent que 4% du temps à le regarder en face et ce, même lors de leur troisième visite. Ces différences d'attitude s'expliquent probablement par l'absence d'intimité dans l'unité néonatale. En effet, en apportant les nouveau-nés prématurés sans problème de santé, à la chambre de leur mère, et en les laissant en couche dans leur lit, celles-ci ont alors avec eux beaucoup plus de contacts physiques, leur comportement se rapprochant de celui des mères de nouveau-nés à terme. En outre, les mères qui reçoivent la visite de leur enfant prématuré dans leur chambre passent plus de 80% de leur temps à le regarder.

Minde *et al.* (1978) ont observé les visites faites à l'unité néonatale par les mères de 18 prématurés de très petit poids de naissance. La durée des visites augmente d'une fois à l'autre : 15 minutes à la première visite, 30 minutes à la cinquième. Au début, les mères sont hésitantes à interagir et passent surtout leur temps à regarder leur nouveau-né (environ 70% du temps). Après quelques visites, elles sourient de plus en plus à leur nouveau-né et le touchent plus souvent. Sur la base de certains critères d'interaction (sourire, regard, regard en face, vocalises et contact physi-

que), les mères ont été classées comme très actives, moyennement actives et peu actives. Les mères très actives visitaient plus souvent leur nouveau-né, leurs visites duraient plus longtemps et elles téléphonaient plus à l'unité néonatale que les autres mères.

RÔLE DU PÈRE

Au début de l'hospitalisation du nouveau-né, le père a un rôle bien défini : celui de faire le lien entre le bébé et la mère qui sont parfois dans deux hôpitaux différents. Newman (1980) a observé que, dans les unités de soins intensifs, les parents sont égaux : ils sont tous deux visiteurs. L'accès des soins intensifs aux parents stimule l'intérêt du père envers son nouveau-né et augmente de beaucoup sa participation aux soins du nourrisson par rapport à la conduite habituelle des pères de nouveau-nés à terme normaux (Newman, 1980; Paludetto *et al.*, 1981; Minde, 1980; Goldberg *et al.*, 1980). Herzog (1979) a réalisé des entrevues avec 100 couples dont le nouveau-né prématuré ou malade était admis dans une unité spéciale. Il en ressort que certaines attitudes du père peuvent compliquer davantage le problème de la séparation de la mère et du nouveau-né et interférer dans l'établissement du lien mère-enfant. Parmi ces attitudes, il y a la compétition du père vis-à-vis de la mère pour les soins et le maternage du bébé, le désinvestissement dans la relation du couple et le manque d'intérêt par rapport au nouvel enfant. Herzog en conclut que le rôle primordial du père est de mater la mère pour que celle-ci puisse, à son tour, prendre soin du nouveau-né.

MODÈLE TRANSACTIONNEL ET RELATION MÈRE-ENFANT

Le modèle transactionnel est de plus en plus utilisé dans l'analyse de la relation mère-enfant. Brazelton (1973) a démontré que le nouveau-né possède un grand répertoire de comportements en réaction à son environnement. La démonstration aux parents de ces capacités étonnantes du nourrisson peut les aider à entrer en contact avec lui. Le nouveau-né, par son comportement, amène ses parents à réagir, ce qui, à son tour, influe sur son

état, et ce mécanisme de rétroaction se poursuit inlassablement. Des recherches ont été faites en vue de déterminer si le prématuré différait du nouveau-né à terme dans sa relation avec sa mère, et si sa mère avait des réactions différentes de celles de la mère d'un nouveau-né à terme.

Minde (1980a) a comparé le comportement de 10 prématurés malades, de très petit poids de naissance, à celui de 10 prématurés en santé, de même gestation. Lors des visites de leurs parents, les prématurés malades étaient moins actifs et ouvraient moins les yeux que les autres, et leurs parents ne leur parlaient et ne leur touchaient que sporadiquement. Une fois guéris, les prématurés qui avaient été malades ont adopté un comportement semblable à celui des autres prématurés en santé. Toutefois, leurs parents se sont mis à interagir avec eux beaucoup plus que ne le faisaient les parents des autres enfants. Les parents percevaient donc, peut-être, certains messages subtils de leur nouveau-né, qui détermineraient leurs attitudes envers eux.

Field (1979) a étudié l'interaction mère-enfant en position de face à face chez environ 150 dyades, quatre mois après la naissance de l'enfant. Un groupe témoin d'enfants nés à terme était comparé à deux groupes expérimentaux d'enfants dits «à risque» à cause d'un déficit d'interaction dépisté durant la période néonatale (score non optimal au test de comportement de Brazelton¹). Les groupes expérimentaux étaient composés d'un groupe de prématurés malades ayant été séparés de leur mère et d'un groupe de nouveau-nés post-matures n'ayant pas vécu de séparation. Durant l'interaction en face à face, les mères du groupe «à risque» étaient plus actives et moins synchrones avec le rythme de leur enfant que les autres mères et jouaient moins avec eux; d'autre part, ces derniers étaient plus irritables et évitaient plus souvent le contact visuel que les enfants témoins. Comme les enfants des deux groupes «à risque» se comportaient de la même façon à l'âge de quatre mois, la séparation en période néonatale n'était pas un facteur d'importance; par contre, le déficit d'interaction à la naissance expliquait les différences entre les groupes «à risque» et le groupe témoin. Le niveau linguistique du groupe de prématurés a été comparé, à l'âge de deux ans, à celui du groupe témoin d'enfants nés à terme.

Les mères des prématurés s'adressaient à eux en utilisant plus d'impératifs et moins d'affirmatifs, mais autant de questions, que les mères des enfants nés à terme. Plusieurs des impératifs utilisés exprimaient la crainte de la mère pour la sécurité de l'enfant et visaient à le protéger d'un accident. Les «ex-prématurés» faisaient des phrases plus courtes, possédaient moins de vocabulaire et babillaient moins que les enfants témoins.

L'importance de l'interaction mère-enfant pour le développement des capacités linguistiques de l'enfant a été démontrée par une étude portant sur 50 «ex-prématurés» (Cohen *et al.*, 1978). À l'âge de 2 ans, les enfants ont été divisés en deux groupes selon leur niveau de compétence à un test de langage réceptif. Les enfants considérés les plus compétents avaient rétrospectivement, à l'âge de 21 mois, des mères plus stimulantes que les autres en termes de verbalisations et d'attentions positives et eux-mêmes émettaient plus de vocalisations et étaient moins irritables et négatifs que les autres; en outre, les dyades mère-enfant concernées avaient de plus nombreuses interactions que celles du groupe évalué comme le moins compétent au test de langage.

Goldberg *et al.* (1980) ont comparé, durant leur première année de vie, l'interaction parents-enfant chez quatre groupes de dix enfants composés de nouveau-nés à terme normaux, de prématurés en santé, de prématurés malades et de nouveau-nés de mères diabétiques. Les parents ont été filmés pendant qu'ils donnaient à boire à leur bébé durant la période néonatale, puis à quatre mois. Les parents de nouveau-nés à terme tenaient plus souvent leur bébé blotti dans leurs bras, le touchaient plus et lui parlaient plus que les parents de prématurés. Les parents des «ex-prématurés» malades avaient tendance à tenir leur bébé sur leurs genoux, à distance, en soutenant sa tête d'une main. Les auteurs ne mentionnent pas que cette manière de tenir les prématurés malades pour les faire boire est précisément celle qu'utilisent généralement les infirmières des unités néonatales. Avec le temps, les parents des prématurés avaient tendance à tenir leur bébé plus près d'eux durant les boires, mais jamais ne les tenaient-ils aussi souvent blottis dans leurs bras que les parents de nouveau-nés à terme. En situation de jeu, à l'âge de huit mois, les «ex-prématurés» malades jouaient et souriaient moins, étaient plus

irritables et recevaient plus d'attention que les enfants nés à terme. À 12 mois, ils étaient moins attentifs et coopéraient moins aux tests que les enfants témoins nés à terme.

La séparation en période néonatale n'est pas seule en cause pour expliquer des difficultés dans l'interaction parents-enfant; en effet, celle-ci peut être perturbée par la plus grande difficulté à prendre soin d'un prématuré que d'un poupon normal. À son congé de l'hôpital, le prématuré est moins éveillé, réagit moins face à ses parents et donne des signaux de détresse moins évidents que le nouveau-né à terme. En outre, ses parents doivent attendre beaucoup plus longtemps, que dans le cas d'un nouveau-né à terme, avant de voir des progrès dans son développement psychomoteur. En effet, le développement d'un prématuré doit être anticipé d'après l'âge qu'il aurait s'il était né à la date prévue initialement pour l'accouchement. Goldberg *et al.* (1980) concluent que, pour pallier aux limites de comportement de l'enfant prématuré, ses parents doivent fournir des efforts supplémentaires pour faciliter l'interaction.

ATTACHEMENT PARENTS-ENFANT CHEZ LE PRÉMATURÉ

Klauss et Kennell (1982) ont étudié 53 mères pour documenter les effets d'un contact précoce avec leur nouveau-né prématuré par opposition à ceux d'un contact tardif. Les mères qui ont eu un contact précoce avec leur enfant sont entrées dans l'unité néonatale de un à cinq jours après sa naissance, tandis que celles qui ont eu un contact tardif avec leur enfant, n'y sont entrées que trois semaines après sa naissance. Au départ du bébé de la pouponnière, les mères étaient filmées durant un boire. Celles qui ont eu un contact précoce avec leur bébé le regardaient plus que les autres. À 9, 15 et 21 mois, les deux groupes d'enfants obtenaient des scores semblables à un test de développement psychomoteur. Toutefois, à 42 mois, les enfants qui avaient eu un contact précoce avec leur mère obtenaient, à un test d'intelligence, une moyenne supérieure à celle des autres enfants. Les résultats finals peuvent cependant avoir été influencés par la perte du tiers de l'échantillon initial en cours d'étude. Il est improbable, selon nous, que la séparation néonatale prolongée soit responsable

des différences de développement notées entre les deux groupes à l'âge de 42 mois, alors qu'il n'existait pas de différences entre les groupes antérieurement.

Pour déterminer l'effet possible de la séparation à la naissance sur l'attachement de l'enfant à sa mère, Rode *et al.* (1981) ont analysé, à un âge moyen de 14 mois, le comportement de 24 enfants qui avaient été séparés de leur mère à la naissance, le plus souvent à cause de prématuré. En utilisant la technique de mise en situation non familière d'Ainsworth², ils ont trouvé que dix-sept enfants étaient attachés à leur mère et sûres, que trois enfants étaient anxieux et avaient un comportement d'évitement, et que quatre enfants étaient anxieux et résistants. Selon les auteurs, ces proportions sont semblables à celles retrouvées chez les enfants non séparés de leur mère à la naissance. Ils croient que l'interaction mère-enfant pendant une longue période est plus importante dans la formation au lien d'attachement que la séparation initiale, et que le processus d'établissement de ce lien n'est pas rigide.

Jeffcoate *et al.* (1979) ont comparé, à l'âge moyen d'un an, 17 nouveau-nés à terme avec 17 prématurés qui avaient été séparés de leur mère à la naissance. Par rapport à ce qui existait dans les familles d'enfants nés à terme, la relation parents-enfant dans les familles de prématurés se caractérisait par : un délai plus long dans l'apparition du sentiment d'amour de la mère pour le bébé ; une incidence plus élevée de perceptions maternelles négatives de son propre bébé lorsque la mère comparait son bébé à un bébé moyen fictif ; un état d'anxiété devant la possibilité de confier l'enfant à une gardienne, état qui persistait pendant la première année de vie de l'enfant ; enfin, l'existence de négligence et de mauvais traitements dans certains cas (un cas de blessure non accidentelle et un cas de retard de croissance). L'étude démontre surtout, selon les auteurs, que l'anxiété des parents persiste à long terme et qu'ils perçoivent leur enfant comme vulnérable ou, à tout le moins, différent de la moyenne.

Selon Herzog (1979), les problèmes d'attachement entre les parents et leur nouveau-né, après une séparation néonatale, sont loin d'être universels. Il identifie deux facteurs critiques qui modulent les effets possibles de cette séparation : l'état

dépressif de la mère et le rôle de support du père. Plus de 80% des 200 familles suivies ont pu s'adapter de façon positive à la séparation. Des problèmes d'attachement seraient survenus chez les autres familles, où on a observé des retards de croissance, de la rumination, des problèmes dermatologiques, ainsi que des cas d'abandon, de négligence et de mauvais traitements. Il est à noter que cette étude ne comporte pas de groupe témoin, qu'on ne connaît pas les données socio-démographiques de ces familles et que les problèmes de santé cités ne sont pas tous nécessairement liés à des troubles d'attachement.

Après avoir étudié, sur une période de trois ans, 346 enfants ayant nécessité une admission dans une unité néonatale à la naissance, ten Bonsel et Paxson (1972) trouvent une incidence élevée de l'ordre de 3% de mauvais traitements sévères. Comparativement aux dix nouveau-nés témoins, les dix enfants maltraités avaient vécu une séparation néonatale légèrement plus longue. En effet, 12 heures après la naissance, toutes les mères des enfants du groupe témoin les avaient visités, alors que seulement le tiers des mères d'enfants maltraités en avait fait autant. Les auteurs en concluent que les parents devraient être davantage encouragés à avoir des contacts avec leur nouveau-né durant ses douze premières heures de vie. Une telle recommandation, même faite avec des intentions louables, risque d'avoir des conséquences néfastes, car elle donne l'impression qu'il y a un délai déterminé pour que les parents s'attachent à leur nouveau-né, ce qui pourrait augmenter chez certains l'anxiété liée à la séparation.

Hunter *et al.* (1978) ont trouvé une incidence de 3,9% de mauvais traitements chez 255 «ex-prématurés» suivis durant leur première année de vie. Cette incidence élevée de mauvais traitements doit toutefois être mise en relation avec le pourcentage très élevé (16%) de familles considérées à haut risque de négligence et de mauvais traitements, dès l'admission du nouveau-né dans l'unité néonatale. Les familles ayant maltraité leur enfant faisaient toutes partie du groupe considéré à haut risque et présentaient plusieurs des caractéristiques habituellement retrouvées dans ces cas. Les enfants maltraités étaient moins matures à la naissance, avaient plus d'anomalies congénitales, sont restés à l'hôpital plus longtemps et ont été visités moins souvent que les enfants témoins.

Klauss et Kennell (1982) ont étudié la fréquence des visites de 149 mères dans une unité néonatale. Des problèmes ultérieurs de maternage ont été identifiés chez 23% des mères qui avaient visité leur enfant moins que trois fois par deux semaines et chez seulement 1,8% de celles qui avaient visité leur enfant plus de trois fois par deux semaines. Parmi ces problèmes de maternage, les auteurs ont inclus l'abandon de l'enfant, sa mise en foyer nourricier, les mauvais traitements à son égard et le retard dans sa croissance. Aucune donnée supplémentaire n'a été fournie sur les variables familiales, et l'inclusion du retard de croissance comme indice de mauvais maternage est discutable.

INTERVENTIONS À L'UNITÉ NÉONATALE

Plusieurs interventions en période néonatale ont été tentées dans le but de stimuler l'attachement des parents envers leur nouveau-né. Des groupes d'entraide ont ainsi été formés, composés d'une infirmière-coordonnatrice, de parents de prématurés hospitalisés et d'une mère dont l'enfant a été prématuré (Minde *et al.*, 1980b). Durant ces réunions hebdomadaires de groupe, les parents verbalisaient, au début, leurs sentiments de dépression, de peur et de culpabilité d'avoir donné naissance à un si petit bébé. De l'information sur les prématurés et leur développement était alors donnée à l'aide de personnes ressources et de matériel audio-visuel. Ces groupes ont eu des effets bénéfiques sur les parents.

Pour leur part, Widmayer et Field (1981) ont étudié l'effet de la démonstration du test de Brazelton à de jeunes adolescentes noires de niveau socio-économique faible qui avaient accouché d'un prématuré en santé. Dans ce but, trois groupes de dix couples mère-enfant ont été comparés. Le test de Brazelton a été démontré aux mères du premier groupe et elles ont dû compléter, à chaque semaine, pendant un mois, un questionnaire inspiré de ce test et portant sur le comportement de l'enfant. Les mères du second groupe n'étaient pas présentes lorsque le test de Brazelton a été administré à leur bébé, mais elles complétaient le même questionnaire, chaque semaine, pendant un mois. Les mères du troisième groupe servaient de témoins et complétaient un autre questionnaire sur le développement du nouveau-né et les attitudes

quant à l'éducation des enfants. À l'âge de un mois, les enfants des deux premiers groupes ont eu de meilleurs scores qu'à la naissance, à l'item «interaction» du test de Brazelton. À quatre mois, les mêmes enfants ont encore reçu les meilleurs scores pour le degré d'interaction entre la mère et son enfant en position de face à face, et aussi aux items liés à la motricité fine dans un test de développement psychomoteur. À l'âge de 12 mois, ces mêmes enfants avaient des scores supérieurs à ceux des témoins à un autre test de développement psychomoteur. Le fait d'enseigner à la mère les capacités étonnantes de son nouveau-né en termes de comportement faciliterait donc l'interaction précoce, ce qui pourrait, en retour, contribuer de façon positive au développement cognitif de l'enfant.

Un autre type d'intervention a aussi été proposé pour favoriser l'interaction parents-enfant. Il s'agit de rendre à ses parents le nouveau-né prématuré en santé qui ne requiert aucun soin particulier, sans attendre qu'il atteigne le poids de 2 200 à 2 500 g traditionnellement exigé pour son départ de la pouponnière. À l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, une étude a démontré que des nouveaux-nés de petit poids à la naissance pouvaient être retournés à la maison à un poids d'environ 2 000g, en toute sécurité, si leur milieu familial était adéquat, et que cela réduisait d'une dizaine de jours leur durée d'hospitalisation (Lefebvre *et al.*, 1982).

CONCLUSION

Comme on l'a vu, il est difficile de mesurer ou de quantifier un phénomène comme l'attachement. Les auteurs cités dans cet article se sont intéressés à des aspects très divers de la relation parents-enfant et les résultats de leurs études ne sont pas tous concordants.

Il n'y a pas de preuve à l'appui de l'existence d'une période critique où devrait s'établir l'attachement parents-enfant et durant laquelle une séparation entraînerait de manière générale des problèmes de maternage.

Dans le cas de l'enfant prématuré, plusieurs facteurs autres que la séparation jouent un rôle important dans l'établissement du lien mère-enfant, notamment la réaction des parents à la naissance, l'état émotionnel de la mère, le support

du père, les caractéristiques sociales de la famille et le degré de réaction du nouveau-né aux stimuli sociaux.

Les capacités d'adaptation des parents sont mises à l'épreuve lors d'une naissance prématurée. Pour les aider à mieux établir leur premier lien avec l'enfant, il est souhaitable de réduire le temps où ils en sont séparés, en les invitant à l'unité néonatale et en les encourageant à regarder leur nouveau-né, à le toucher et à en prendre soin autant que possible. Il faut toutefois savoir respecter le rythme et le style propres à chaque parent. Il semble y avoir une grande flexibilité dans l'établissement du lien d'attachement entre les parents et leur nouveau-né.

NOTES

1. Le test de Brazelton est une échelle d'évaluation du comportement en période néonatale visant à définir les réponses de l'enfant aux stimuli internes et externes. Il comprend 20 items d'examen neurologique et 27 items de comportement dont l'adaptation, l'orientation, l'activité, le tonus et l'interaction. Une attention particulière est portée aux états de conscience du nouveau-né et à la rapidité du changement d'un état à l'autre en réponse aux divers stimuli. Ce test démontre les capacités d'organisation de l'enfant.
2. La technique de mise en situation non familière d'Ainsworth permet d'évaluer le comportement de l'enfant durant une série d'épisodes d'une durée de 3 minutes. L'enfant est d'abord observé dans une salle de jeu avec sa mère, puis l'observateur étranger à l'enfant entre et se joint à eux, par la suite la mère se retire, puis elle revient, ensuite la mère et l'étranger s'en vont laissant l'enfant seul, puis l'étranger revient et finalement la mère revient.

RÉFÉRENCES

- BENFIELD, D.G., LEIB, S.A., REUTER, J., 1976, Grief response of parents after referral of the critically ill newborn to a regional center, *New England Journal of Medicine*, 294, 975-978.
- BERGER, M., LAURAS, B., CHATELAIN, P., 1981, Données récentes sur la prise en charge des parents de prématurés, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 29, 343-352.
- BRAZELTON, T.B., 1973, Neonatal behavioral assessment scale, *Clinics in Developmental Medicine*, n° 50, Spastics International Medical Publications, London.
- COCHEN, S.E., BECKWITH, L., PARMELEE, A.H., 1978, Receptive language development in preterm children as related to caregiver-child interaction, *Pediatrics*, 61, 16-20.
- CRAMER, B., 1982, Interview with parents of premature infants, in Klaus, M.H., Kennell, J.H., eds, *Parent-infant bonding*, 2nd ed., C.V. Mosby Co., St. Louis, 181-185.
- FIELD, T.M., 1979, Interaction patterns of preterm and term infants, in Field T.M., ed, *Infants born at risk*, Jamaica, N.Y., Spectrum Publications, 333-356.
- GOLDBERG, S., BRACHFELD, S., DIVITTO, B., 1980, Feeding, fussing and play : Parent-infant interaction in the first year as a function of prematurity and perinatal medical problems, in *High-risk infants and children : adult and peer interactions*, N.Y. Academic Press, 133-153.
- HARPER, R.G., SIA, C., SOKAL, S., SOKAL, M., 1976, Observations on unrestricted parental contact with infants in the neonatal intensive care unit, *Journal of Pediatrics*, 89, 441-445.
- HERGOZ, J.M., 1979, Disturbances in parenting high-risk infants : clinical impressions and hypothesis, in Field T.M., ed., *Infants born at risk*, Jamaica, N.Y. Spectrum Publications, 357-363.
- HUNTER, R.S., KILSTROM, N., KRAYBILL, E.N., LODA, F., 1978, Antecedents of child abuse and neglect in premature infants : a prospective study in a newborn intensive care unit, *Pediatrics*, 61, 629-635.
- JEFFCOATE, J.A., HUMPHREY, M.E., LLOYD, J.K., 1979, Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 21, 344-352.
- KLAUS, M.H., KENNEL, J.H., 1976, *Maternal-infant bonding*, C.V. Mosby Co., St. Louis.
- KLAUS, M.H., KENNEL, J.H., 1982, *Parent-infant bonding*, 2nd ed., C.V. Mosby Co., St. Louis.
- LAMB, M.E., 1982, Early contact and maternal-infant bonding : one decade later, *Pediatrics*, 70, 763-768.
- LEFEBVRE, F., VEILLEUX, A., BARD, H., 1982, Early discharge of low birthweight infants, *Archives of Disease in Childhood*, 57, 511-513.
- MINDE, K., TREHUB, S., CORTER, C., BOUKYDIS, C., CELHOFFER, L., MARTON, P., 1978, Mother-child relationships in the premature nursery : an observational study, *Pediatrics*, 61, 373-379.
- MINDE, K.K., 1980a, Bonding of parents to premature infants : theory and practice, in *Parent-infant Relationships*, Monographs in Neonatology, Grune and Stratton, N.Y., 291-313.
- MINDE, K., SHOSENBERG, N., MARTON, P., THOMPSON, J., RIPLEY, J., BURNS, S., 1980b, Self-help groups in a premature nursery : a controlled evaluation, *Journal of Pediatrics*, 96, 933-940.
- NEWMAN, L.F., 1980, Parent's perceptions of their low birth weight infants, *Paediatrician*, 9, 182-190.
- PALUDETTO, R., FAGGIANO-PERFETTO, M., ASPREA, A.M., DE CURTIS, M., MARGARA-PALUDETTO, P., 1981, Reactions of sixty parents allowed unrestricted contact with infants in a neonatal intensive care unit, *Early Human Development*, 5, 401-409.
- RODE, S.S., CHANG, P.N., FISCH, R.O., SROUFE, L.A., 1981, Attachment patterns of infants separated at birth, *Developmental Psychology*, 17, 188-191.
- ROSS, G.S., 1980, Parental response to infants in intensive care : the separation issue reevaluated, *Clinics in Perinatology*, 7, 47-60.
- TAYLOR, P.M., HALL, B.L., 1979, Parent-infant bonding : problems and opportunities in a perinatal center, *Seminars in Perinatology*, 111, 73-84.
- TEN BENSEL, R.W., PAXSON, C.L., 1977, Child abuse following early postpartum separation, *Journal of Pediatrics*, 90, 490-491.
- WIDMAYER, S.M., FIELD, T.M., 1981, Effects of Brazelton demonstrations for mothers on the development of preterm infants. *Pediatrics*, 67, 711-714.

SUMMARY

Premature birth and neonatal separation put parents through an intense emotional stress. Moreover, they are confronted to a newborn poorly equipped for social contacts. Adaptation potential is required from parents in the process of bonding to their premature infant.

Maybe to compensate for their infant's interaction weaknesses, through initially hesitant, parents usually react by becoming more active with their preterm infant than with a full-term infant. However, in relation to poor family and emotional conditions, some parents'adaptation potential is stretched beyond limits giving rise to mothering disorders.