

Le traumatisme psychique d'une naissance prématurée chez l'enfant : une revue de littérature réflexive

Mélissa Lord-Gauthier

Volume 29, Number 1, 2020

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1070643ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1070643ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lord-Gauthier, M. (2020). Le traumatisme psychique d'une naissance prématurée chez l'enfant : une revue de littérature réflexive. *Filigrane*, 29(1), 125–149. <https://doi.org/10.7202/1070643ar>

Article abstract

The medical advances made over the last decades considerably increased the survival rate of premature babies, but it is still difficult to predict the long-term sequelae and developmental trajectories of these children. A good number of them will require specialized and adapted long-term follow-up, which makes prematurity a public health issue. This article is a reflexive review of the literature surrounding the psychoaffective impacts of premature birth in children. The aim of this text is to arouse reflection on premature birth as a possible psychic trauma in infants. Some sequelae attributed to prematurity, often considered as a medical condition and irreversible, may instead be due to birth trauma. Providing premature children and their families with interventions aimed to reduce the harmful effects of this trauma could help foster their overall development.



Le traumatisme psychique d'une naissance prématurée chez l'enfant: une revue de littérature réflexive¹

Mélissa Lord-Gauthier

Résumé : Les avancées médicales des dernières décennies ont permis d'augmenter considérablement le taux de survie des bébés prématurés, mais il est toutefois encore difficile de prévoir les séquelles et les trajectoires développementales de ces enfants à long terme. Une bonne proportion de ces petits auront besoin d'un suivi prolongé spécialisé et adapté, ce qui fait de la prématurité un enjeu de santé publique. Le présent article constitue une revue réflexive des écrits entourant les impacts psychoaffectifs d'une naissance prématurée chez l'enfant, l'objectif étant de susciter une réflexion sur la naissance prématurée en tant que possible traumatisme psychique chez le nourrisson. Certaines séquelles neurodéveloppementales attribuées à la prématurité en soi, et souvent considérées comme organiques et irréversibles, pourraient plutôt être l'expression de traces du traumatisme de la naissance et de l'hospitalisation. Offrir à l'enfant prématuré et à sa famille des interventions visant à atténuer les effets nuisibles de ce traumatisme pourrait ainsi contribuer à favoriser son développement global.

Mots clés : prématurité; traumatisme de la naissance; stress précoce; parentalité.

Abstract: The medical advances made over the last decades considerably increased the survival rate of premature babies, but it is still difficult to predict the long-term sequelae and developmental trajectories of these children. A good number of them will require specialized and adapted long-term follow-up, which makes prematurity a public health issue. This article is a reflexive review of the literature surrounding the psychoaffective impacts of premature birth in children. The aim of this text is to arouse reflection on premature birth as a possible psychic trauma in infants. Some sequelae attributed to prematurity, often considered as a medical condition and irreversible, may instead be due to birth trauma. Providing premature children and their families with interventions aimed to reduce the harmful effects of this trauma could help foster their overall development.

Key words: prematurity; birth trauma; early stress; parenthood.

Introduction

La prématurité arrive souvent de manière imprévue, constituant une épreuve et un stress important pour les parents, qui voient leur rêve d'une grossesse normale et d'un bébé en santé éclater en quelques instants et qui doivent en plus être séparés de celui-ci pendant un certain temps. Alors qu'il est concevable qu'une naissance prématurée puisse constituer un traumatisme pour les parents, il est plus difficile d'évaluer l'impact psychique d'un tel événement sur le nourrisson lui-même. Par une recension réflexive des écrits, l'objectif de cet article est d'amener une réflexion sur la naissance prématurée en tant que possible traumatisme psychique chez le nourrisson.

D'abord, les impacts biopsychosociaux de la prématurité et de l'hospitalisation néonatale pour l'enfant et ses parents seront présentés. Les effets de la prématurité sur la relation parents/enfant seront ensuite abordés, particulièrement au niveau des interactions, de l'attachement et des perceptions. Suivra une définition du traumatisme psychique qui nous permettra d'examiner la naissance prématurée à partir d'une perspective qui nous aidera à mieux comprendre les effets délétères de l'environnement hautement médicalisé et technologique dans lequel l'enfant prématuré est plongé dès sa naissance. Nous terminerons par une réflexion sur les moyens de venir en aide aux parents et aux enfants concernés, en mettant l'accent sur des expériences de contenance.

Le vécu de la prématurité chez l'enfant

Développement de la vie psychique de l'enfant

Les origines de l'enfant se situent d'abord à l'extérieur de lui et bien avant sa venue au monde, de par les désirs des parents et des transmissions transgénérationnelles qui lui accordent un sentiment d'identité (Konickis, 2012). Alvarez et Golse (2008) définissent l'intersubjectivité comme l'ensemble des processus se jouant essentiellement dans l'interaction qui permettent au bébé d'intégrer que lui et l'autre font deux. La voix de la mère, son visage, sa façon de porter et de soigner son enfant constituent les facteurs fondamentaux de l'accès à l'intersubjectivité. La vie psychique du bébé va ainsi se coconstruire et se codévelopper avec le regard et les interactions des personnes significatives de son environnement. Le bébé pense d'abord à travers ses parents qui l'investissent, lui prêtent des pensées, l'imaginent pensant et interprètent ses actes, gestes, postures, mimiques et cris (Ciccone, 2012). L'expérience du bébé s'organise et prend sens progressivement au rythme de son quotidien et des liens qu'il tisse avec ses parents,

contribuant à la fondation de son sentiment d'exister et au développement de sa vie psychique.

L'arrivée d'un enfant dit « décevant » rend difficile la rencontre de la mère avec son enfant, constituant un contexte perturbateur des conditions nécessaires au développement de la vie psychique d'un bébé (Ciccone *et al.*, 2012). Le bébé réel arrive toujours en décalage avec le bébé que les parents ont imaginé avant et pendant la grossesse, mais lorsque tout se passe bien, les parents s'ajustent et acceptent cette altérité (Krymko-Bleton, 2013). Lors d'une naissance prématurée, le bébé réel est susceptible d'être trop éloigné de celui que les parents avaient imaginé et investi. Annie Janvier, néonatalogiste et clinicienne-chercheuse à l'Unité des soins intensifs néonataux du CHU Sainte-Justine et ayant elle-même donné naissance à son deuxième enfant à 24 semaines de gestation, témoigne de ce décalage : « Toute ma vie je t'ai imaginée. Ton premier sourire, ton premier rire, tes premiers pas [...] ton odeur, tes repas préférés [...] Autant de rêves que je ne vivrais pas, de choses que je ne verrais pas. » (Janvier, 2015, p. 132) L'arrivée de cet enfant décevant peut ainsi constituer un obstacle au développement de la vie psychique du nourrisson qui arrive brusquement au monde, affirmant malgré lui d'une façon trop précoce son altérité par le choc de son contraste flagrant d'avec l'enfant imaginaire projeté et investi par ses parents. Nous verrons également plus loin comment l'expérience de l'hospitalisation néonatale peut constituer une barrière aux moments d'intimité et d'interactions entre le nouveau-né et ses parents, bouleversant ainsi le développement de sa vie psychique.

Les séquelles

Les séquelles les plus observées chez les enfants prématurés sont la paralysie cérébrale, la dyspraxie, la déficience intellectuelle, les troubles de la vision, la surdité, les troubles d'apprentissage, les troubles neurodéveloppementaux et les troubles du comportement (Louis, 2010).    l'entrée à l'  cole, certains enfants pour qui aucune s  qu  lle n'avait été relevée jusqu'alors présentent des difficultés psychomotrices, praxiques, d'apprentissage, de comportement et de perception. Cet ensemble de difficultés, nommé et décrit par Bergès et ses collaborateurs en 1969 en tant que syndrome tardif de l'ancien prématuré, entraînerait des répercussions négatives sur les relations de l'enfant avec ses pairs (Lebovici *et al.*, 1985).

Les caractéristiques des nourrissons prématurés

Malgré l'imaturité de leur organisme, les prématurés naissent avec plusieurs compétences en lien avec l'âge gestationnel de leur naissance (Lejeune et Gentaz, 2015). Les nouveau-nés prématurés seraient souvent moins gratifiants pour les parents que ceux nés à terme. Ils initieraient moins de contacts, commenceraient à sourire plus tard et pleureraient davantage. En raison de leur immaturité neurologique, ces nouveau-nés seraient rapidement surstimulés et manifesteraient alors des réactions de défense, comme l'évitement du regard, une grimace ou le retrait d'un membre du corps lorsque touché par les parents, ce qui fragiliserait les interactions parents/enfant (Louis, 2010). Holmes *et al.* (1982) avaient également déjà identifié chez les nouveau-nés prématurés des difficultés aux niveaux interactif et moteur et suggéraient que celles-ci pourraient être attribuées davantage aux complications médicales qui découlent de la prématurité et à l'expérience de l'hospitalisation plutôt qu'à la prématurité en soi.

Le vécu de la prématurité chez les parents

La grossesse constitue une occasion pour la mère de se représenter son bébé et de l'investir, favorisant ainsi le développement progressif de son lien d'attachement avec lui. La naissance prématurée vient bouleverser et entraver le processus de préparation à la séparation et de différenciation entre la mère et son bébé. Lors d'une telle naissance, la préparation psychique et émotionnelle des parents à l'arrivée de l'enfant est incomplète (St-Amand, 2005).

Les mères d'un nourrisson prématuré, qui peuvent percevoir ce petit comme incomplet et décevant, sont susceptibles de vivre un sentiment d'irréalité, des réactions de deuil ainsi qu'une forte anxiété durant l'hospitalisation (Lefebvre, 1983). Certaines mères démontrent une hyperactivation émotionnelle, certaines affichent plutôt une désactivation émotionnelle, alors que d'autres mères oscillent entre ces deux pôles (Borghini et Müller-Nix, 2015; Lefebvre, 1983). Il semble d'ailleurs que l'état psychique particulier de la mère dû à sa grossesse la rende plus vulnérable au traumatisme lors d'un accouchement prématuré (Herzog *et al.*, 2003), possiblement en raison de la résurgence possible de conflits non résolus lors de cette période sensible (St-Amand, 2005).

La prématurité augmenterait les risques chez les mères de développer une dépression post-partum (Goutaudier *et al.*, 2011) et des symptômes d'un état de stress post-traumatique (ESPT) (Abergel et Blicharski, 2013).

Plus spécifiquement, 30 % d'entre elles peuvent développer un probable ESPT selon l'étude de Goutaudier et ses collaborateurs (2014). A. Janvier expose les symptômes de stress vécus quelques heures après la naissance prématurée de sa fille: «J'ai fondu en larmes. J'étais estomaquée [...] le blackout, la bouffée de chaleur, le goût acide; sonnée, brisée, étourdie, le souffle coupé.» (Janvier, 2015, p. 85) Ses propos ultérieurs témoignent des symptômes dépressifs vécus au cours de l'hospitalisation néonatale: «J'étais désintégrée, vidée [...] Le désespoir m'arrachait des pleurs, des cris, des nausées. J'étouffais.» (Janvier, 2015, p. 232)

Ce qui ressort particulièrement chez les mères est la blessure narcissique que cause la prématurité, le sentiment de défaillance ainsi que la culpabilité (Herzog *et al.*, 2003), alors que les pères parlent quant à eux de l'événement comme d'une fatalité (Garel *et al.*, 2004). Les propos d'A. Janvier au moment où elle est retournée à la maison en laissant sa fille à l'hôpital reflètent bien ce sentiment de culpabilité: «Je me sentais à la fois soulagée et coupable. Vide, aussi. Amputée d'une partie de moi-même qui restait aux soins intensifs. Je me sentais comme un déserteur, comme une mère qui abandonnait son enfant. Une mère écartelée.» (Janvier, 2015, p. 89) Le passage suivant illustre de plus le sentiment de défaillance vécu: «Je suis coincée, à me demander ce que j'aurais dû faire, comment j'ai pu te laisser tomber.» (Janvier, 2015, p. 133) Les mères nomment également vivre des symptômes d'évitement (Gamba Szijarto *et al.*, 2009) et leur principale préoccupation concerne la santé et le développement de leur nourrisson (Garel *et al.*, 2004). Elles seraient en outre plus actives, plus stimulantes, voire intrusives, envers leur enfant (Muller-Nix *et al.*, 2009) et les mères plus anxieuses seraient tentées par un besoin de vérification des compétences de l'enfant plutôt qu'intéressées à vivre avec lui des moments simples de plaisir partagé (Borghini et Muller-Nix, 2015), ces comportements étant probablement motivés par la crainte des séquelles possibles de la prématurité.

La façon dont les mères s'ajustent au stress entourant la naissance prématurée semblerait influencer le bien-être de leur enfant (Blanchard *et al.*, 1999). En effet, la naissance prématurée et l'hospitalisation qui s'ensuit engendrent un stress parental important pouvant nuire à la sensibilité parentale et aux interactions parents/enfant (Muller-Nix *et al.*, 2009). Un niveau élevé de stress parental à 24 mois serait associé à un niveau élevé d'insensibilité maternelle à 36 mois, qui serait ensuite associé à davantage de problèmes de comportements à 6 ans chez les enfants ex-prématurés (Gerstein et Poehlmann Tynan, 2015). Lors d'une naissance prématurée, les traumatismes parentaux

issus de l'enfance peuvent resurgir (Milette *et al.*, 2019), pouvant ainsi exacerber le traumatisme de l'événement lui-même. Les parents doivent donc être soutenus dans l'élaboration du choc de la prématurité de leur enfant, par la liaison de cet événement aux vécus douloureux du passé, par une mise en sens de ce qui apparaît incontrôlable (Hays et Millet, 2009) et en adressant leur sentiment de culpabilité qui y est associé. Soutenir les parents dans l'élaboration d'un tel traumatisme favoriserait potentiellement leur disponibilité psychique auprès de leur enfant. Une véritable présence psychique et des échanges authentiques avec ses parents sont essentiels au bon développement de la vie psychique d'un enfant et, dans le cas d'une naissance prématurée, favoriser ces éléments fondamentaux contribuerait indubitablement à atténuer les effets délétères de cet événement pour l'enfant également.

Tout comme chez les mères, la prématurité engendre chez les pères une forte anxiété et peut augmenter le risque de développer un ESPT (Koliouli *et al.*, 2016). Alors que chez les mères l'ESPT est en lien avec la prématurité en soi, pour les pères, l'ESPT serait en lien avec la gravité de la prématurité et ces derniers manifesteraient des symptômes d'évitement, principalement lorsque leur bébé est à haut risque de présenter des complications médicales. Heureusement, on observe une diminution des symptômes d'ESPT lorsque l'enfant atteint 18 mois d'âge corrigé² (Gamba Szijarto *et al.*, 2009). Les deux parents décrivent la naissance prématurée comme un moment hors du temps (Herzog *et al.*, 2003) et nomment un sentiment d'étrangeté par rapport à leur nourrisson, d'impuissance, de vulnérabilité (Censini, 2015) et des symptômes d'intrusion, comme des souvenirs ou des rêves pénibles récurrents (Gamba Szijarto *et al.*, 2009). Muller-Nix *et al.* (2009) citent les propos d'un père témoignant de ses difficultés à se représenter son bébé en tant qu'être humain : « C'est bizarre un bébé comme ça. Puis, il y a l'encadrement technique, il y a tous ces tubes, c'est l'horreur. » (Muller-Nix *et al.*, 2009, p. 437) L'adaptation des parents semble facilitée par l'écoute de l'équipe médicale face à leurs opinions concernant les soins du bébé et par la présence des deux parents dans l'unité néonatale. Les parents qui ont vécu dans le passé une ou des naissances compliquées semblent toutefois avoir plus de difficultés d'adaptation (Hagen *et al.*, 2016).

Chez les pères, en plus de vivre un sentiment de panique, d'inquiétude, de doute (Clémence, 2015) et de peur (Goutaudier *et al.*, 2013), le sentiment de manque de contrôle serait l'élément le plus difficile à gérer (Arockiasamy *et al.*, 2008 ; Clémence, 2015). Après avoir questionné 50 pères de nourrissons prématurés quant à leurs représentations et leur devenir, Delamazière

et Kremp (2001) ont constaté que le tiers de ces hommes étaient encore souffrants du traumatisme de l'hospitalisation de leur enfant, même quatre ans après sa naissance. Cette souffrance se traduisait notamment par de l'anxiété et de l'inquiétude face au devenir de leur enfant, par une représentation de l'enfant encore ébranlée, par des souvenirs douloureux de la naissance et de l'hospitalisation ou encore par le deuil non résolu de l'enfant gratifiant.

Les pères mentionnent se sentir exclus lors de l'hospitalisation néonatale en raison du milieu qui est majoritairement féminin. L'unité néonatale serait perçue comme un obstacle, par le manque d'intimité qu'elle occasionne, ce qui crée chez les pères un sentiment de distance envers leur nourrisson (Paulic, 2019). D'ailleurs, il semble que les mères reçoivent davantage de soutien des autres parents de l'unité néonatale que les pères (Hagen *et al.*, 2016). Les pères sentent qu'ils doivent cacher leurs émotions et rester forts (Clémence, 2015; Hagen *et al.*, 2016; Paulic, 2019), en soutien à leur conjointe et à leur famille (Paulic, 2019). Clémence (2015) cite à cet effet les propos d'un père face à sa fille née à 32 semaines d'aménorrhées : « Mes inquiétudes je les ai gardées pour moi parce que, la maman étant déjà assez inquiète, je ne voulais pas en rajouter. » (Clémence, 2015, p. 25) Ils nomment ressentir de l'empathie envers la mère (Hagen *et al.*, 2016; Koliouli *et al.*, 2016) et désirent être le plus présent possible auprès d'elle, ce qui favorise la relation entre les deux partenaires (Goutaudier *et al.*, 2013; Koliouli *et al.*, 2016). Les propos d'un autre père illustrent bien ce vécu : « Je me sentais un peu coupable de laisser la petite et en même temps, je me sentais aussi coupable de laisser ma copine en bas. » (Clémence, 2015, p. 28) De plus, les pères vont s'adapter à la situation de la prématurité en tentant de maintenir la cohésion familiale, en communiquant avec l'équipe médicale et avec les autres parents dans l'unité néonatale.

La prématurité bouleverse la fonction paternelle séparatrice, qui se voit dans ce cas inversée (Mathelin-Vanier, 2016). Lors d'un tel événement, c'est généralement le père qui fait la première rencontre avec le nourrisson à l'unité néonatale et qui va durant les premières heures porter le rôle de messenger entre le petit, l'équipe soignante et la mère qui doit se remettre de son accouchement physiquement et psychologiquement traumatique. Le père apparaît non plus comme le traditionnel séparateur, mais plutôt comme un agent de liaison entre la mère et le nourrisson (Herzog *et al.*, 2003). Au lieu de s'interposer dans la dyade mère-enfant, il établira un pont (Koliouli *et al.*, 2018). Cette position active que présente le père suite à l'accouchement

semble lui permettre de surmonter plus rapidement que la mère son état de sidération initial (Herzog *et al.*, 2003). Le père peut ainsi à la fois mieux soutenir la mère face à son traumatisme, offrir un soutien psychique à son nourrisson et ainsi contribuer à son sentiment de continuité d'être en participant à ses soins de base (Censini, 2015). Il semble donc que les pères peuvent jouer un rôle significatif dans l'élaboration du traumatisme de la naissance prématurée chez la mère et chez le nourrisson. Il apparaît alors essentiel de sensibiliser l'équipe soignante à la place des pères (Clémence, 2015) et de favoriser leur implication durant l'hospitalisation en leur assurant un espace dans l'unité néonatale afin qu'ils se sentent acceptés, valorisés dans leur rôle et écoutés et en facilitant les échanges et les contacts entre eux et leur nourrisson (Goutaudier *et al.*, 2013). Les pères doivent être soutenus, autant pour eux-mêmes que dans leur rôle paternel, par l'équipe médicale au cours de l'hospitalisation, et ce pour être en mesure de soutenir à leur tour les mères et leurs nourrissons.

Les impacts de la prématurité sur la relation parents/enfant

Les interactions et l'attachement parents/bébé prématuré

Les interactions

Les interactions parents/bébé constituent la base permettant au bébé de se forger un sentiment de contenance, de continuité, de sécurité et d'existence (Alvarez et Golse, 2008). Le développement précoce de l'enfant se fait donc en lien étroit avec la qualité des interactions, qui vient moduler l'impact organique de la prématurité sur le développement de l'enfant (Beaumont, 2014). Or, non seulement les caractéristiques des nourrissons prématurés pourraient nuire à la sensibilité parentale dans la mesure où leurs signaux et besoins sont plus difficiles à comprendre par les parents (Singer *et al.*, 2003), mais les caractéristiques des parents de nourrissons prématurés pourraient à leur tour nuire aux interactions (Laganière *et al.*, 2003). En plus du caractère traumatique de la naissance prématurée d'un enfant, celui-ci est temporairement incapable de répondre aux sollicitations de ses parents, ce qui fragilise les interactions (Muller-Nix *et al.*, 2009). Malgré ce double risque, on constate une amélioration des difficultés émotionnelles avec le temps, car la relation mère/enfant est dynamique et permet des renégociations continues des interactions (Frodi et Thompson, 1985).

L'interruption précoce et subite de la grossesse dans un contexte de prématurité ne permet pas à la préoccupation maternelle primaire, décrite par Winnicott (1969) comme un état de sensibilité accrue de la mère face

aux besoins de son enfant, de s'actualiser pleinement. L'hospitalisation néonatale, par la séparation maternelle qu'elle inflige et par l'environnement qu'elle impose, rend difficile l'opportunité pour la mère de reconnaître les états et besoins de son bébé et de s'y adapter et réduit les occasions de partage de moments et d'échanges mère/enfant qui sont pourtant essentiels à la construction du psychisme du petit. Il serait alors souhaitable dans ce cas d'impliquer davantage les pères au cours de l'hospitalisation afin de pallier les impacts négatifs engendrés par ces difficultés d'adaptation de la mère à ce stade, lesquelles pourraient être ressenties par le nourrisson comme une menace d'annihilation (Censini, 2015). Cette implication pourrait se traduire par exemple dans les soins prodigués à l'enfant, en encourageant le peau-à-peau et en tentant d'aménager les lieux afin de favoriser des moments d'intimité.

L'attachement

Selon Bowlby (1978), l'attachement s'enclenche dans les premières semaines qui suivent la naissance, mais ne devient apparent qu'autour du sixième mois de vie du bébé. Les déterminants du comportement d'attachement sont la façon et la fréquence des interactions initiées par l'enfant, la quantité et la nature de l'interaction entre l'enfant et ses principaux donneurs de soin, combinées à la sensibilité de ces donneurs de soin. Bien que la prématurité expose les enfants à des difficultés socioémotionnelles et que la gravité des complications néonatales augmente les risques de développer un attachement insécure (Laganière *et al.*, 2003), la majorité des études sur le style d'attachement des enfants prématurés concluent que malgré certaines particularités (Abergel et Blicharski, 2013), les enfants prématurés ne présentent généralement pas plus d'attachement insécure que les enfants nés à terme (Ibanez *et al.*, 2006). Ce sont surtout les prématurés à haut risque de complications médicales qui semblent manifester un attachement moins sécure et plus désorganisé (Borghini *et al.*, 2016). Muller-Nix *et al.* (2009) ont également démontré qu'à 6 et 18 mois, la qualité des interactions mère/enfant est moins bonne lorsque l'enfant prématuré présente un risque périnatal élevé de complications médicales ou lorsque la mère présente un stress élevé. De plus, un faible quotient de développement à 18 mois, notamment au niveau de la motricité, serait prédicteur d'un attachement insécure à 70 mois chez les prématurés (Wintgens *et al.*, 1998). Selon Bowlby, la phase sensible pour le développement du comportement d'attachement débute-rait à partir de six semaines de vie et la période la plus critique se situerait

entre quatre et six mois de vie. La séparation parentale provoquée par l'hospitalisation qui se déroule durant les premières semaines de vie, quoique traumatique, pourrait possiblement avoir des conséquences moins délétères qu'à tout autre moment au cours de la petite enfance. Ne démarrant qu'à partir de la sixième semaine suivant la naissance, le mécanisme d'attachement pourrait ainsi constituer d'une certaine façon un facteur de protection pour les enfants prématurés, ce qui expliquerait peut-être la raison pour laquelle ces enfants ne présentent généralement pas plus de problématiques au niveau de l'attachement que les enfants nés à terme.

Les perceptions

L'arrivée d'un enfant décevant ou qui s'éloigne trop de l'enfant imaginaire projeté et investi par les parents peut entraîner une séparation psychique traumatique pour ceux-ci (Ciccone, 2012). Les adultes auraient plus de perceptions et de comportements négatifs envers les enfants qu'ils croient être nés prématurément (Stern *et al.*, 2000). Les conclusions de l'étude de Porter et ses collaborateurs (2009) suggèrent également que les mères qui percevaient leur enfant prématuré comme plus vulnérable à 5 mois démontraient moins d'interactions positives avec celui-ci à 9 mois. Il apparaît donc important de favoriser le développement global de l'enfant prématuré et de prévenir certaines difficultés pouvant être liées au syndrome de l'enfant vulnérable. Ce syndrome est caractérisé par une tendance parentale à remarquer les difficultés ou comportements qui confirment leur perception de vulnérabilité et à ignorer ceux qui les contredisent, les conduisant ainsi à surprotéger et/ou sous-estimer leur enfant (Green et Solnit, 1964, cité dans Porter *et al.*, 2009). En ce sens, il serait pertinent d'offrir un soutien aux parents, visant d'abord à les informer de ce biais de perception et à diminuer leurs perceptions négatives et leurs préjugés face à la prématurité.

Le traumatisme psychique

La théorie psychanalytique définit le traumatisme psychique comme une effraction du pare-excitation résultant en une angoisse par débordement. L'accroissement rapide de stimulations trop fortes pour permettre à l'individu de les élaborer mentalement cause des perturbations énergétiques durables dans l'appareil psychique, qui tentera de maîtriser ce surplus d'excitation en mettant en place des moyens de défense (Freud, 1939; Dreyfus, 2005). Romano (2010) précise qu'un tel traumatisme constitue une blessure psychique provoquée par un événement externe, soudain, violent et

terrifiant qui confronte l'individu à la mort et le projette dans la confusion en raison du débordement pulsionnel provoqué par cet événement qu'il est incapable d'élaborer. Selon Freud (1939), la période de la naissance jusqu'à la cinquième année de vie d'un individu est la plus sensible au traumatisme, car elle se situe à un moment de la vie où l'appareil psychique de l'enfant n'est pas prêt à l'accueillir et le moi est faible, inachevé et incapable de résistance. Carel (2012) mentionne que la prématurité peut générer une réminiscence des vécus d'agonie primitive de la première enfance des parents qui peut se transmettre dans le lien précoce parents/enfant. Golse (2007), expliquant le concept de l'après-coup, nomme que ce qui constitue réellement le traumatisme est la réactualisation d'une scène antérieure par une scène ultérieure et que ce qui constitue un premier temps pour l'enfant pourrait ainsi constituer un après-coup pour les parents. Golse (2012) présente par la suite la théorie de Maiello (1991), ce qui pousse encore plus loin l'idée en proposant que le bébé serait dès la naissance dans l'après-coup, les premières inscriptions sensorielles prénatales constituant le premier temps.

La naissance prématurée en tant que traumatisme psychique

Lebovici et ses collaborateurs (1985) abordent le traumatisme psychique de la naissance prématurée chez la mère comme un événement qui affecte nécessairement sa relation avec son enfant. Delamazière et Kremp (2001) considèrent la naissance prématurée comme traumatique dans le sens accordé par This (1980) selon trois éléments: l'irrémédiabilité due à cet enfant sorti du corps de la mère sans retour possible, la soudaineté de la rupture du temps de la grossesse et la séparation parents/enfant. Il est toutefois moins évident d'aborder le traumatisme psychique d'une naissance prématurée chez l'enfant, en raison de la difficulté à l'évaluer, mais l'ESPT existe bel et bien chez le bébé et son apparition ainsi que son évolution sont étroitement liées à l'événement traumatique, aux caractéristiques de l'enfant et à la réaction de sa famille. La démarche diagnostique doit se faire par le biais d'observations directes de l'enfant et des interactions parents/enfant et d'entretiens avec les parents (Baubet *et al.*, 2004).

La naissance

Rank (1928) considère que la naissance constitue le traumatisme initial de tout individu et que toute angoisse vécue par celui-ci correspondrait à l'angoisse de la naissance et tout plaisir tendrait au rétablissement du plaisir primitif intra-utérin. Winnicott (1969) a une vision plus nuancée et estime

qu'une naissance normale n'est pas traumatique en soi, car le fœtus y est préparé. Selon cet auteur, on ne peut faire un lien direct entre l'angoisse ressentie par un individu et une naissance normale, mais il précise que certains symptômes, comme des céphalées ou des troubles respiratoires, pourraient parfois provenir de sensations d'une naissance difficile ou traumatique remémorées sous une forme somatique. Il ajoute qu'un traumatisme de la naissance grave pourrait déterminer indirectement la façon dont l'angoisse se manifeste ultérieurement dans certains cas. Selon Houzel (2012), l'enfant pourrait éprouver dès sa naissance des états de détresse psychique qui seraient essentiellement engendrés par son incapacité à donner du sens à ses expériences vécues. Alvarez et Golse (2008) considèrent la naissance comme un éprouvé de démantèlement et de détresse pour le nourrisson, qui fait sa première expérience de la pesanteur, une discontinuité avec le sentiment de contenance et de rassemblement que lui procurait l'environnement intra-utérin.

La naissance prématurée

La période de l'hospitalisation néonatale chez le nourrisson prématuré représente un stress important pour ce petit, car en plus de la séparation précoce et abrupte d'avec ses parents, il est projeté dans un environnement surstimulant, bruyant, lumineux et est soumis à d'innombrables soins et traitements intrusifs provenant de différents professionnels de la santé. Bien qu'une approche globale et intégrée de la périnatalité soit préconisée dans le réseau québécois de la santé, proposant un juste équilibre entre la science, la biologie et l'expérience humaine (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008), il reste que l'état du nouveau-né prématuré, se situant souvent entre la vie et la mort, exige énormément de soins médicaux spécialisés et un environnement de soins hautement technologique afin d'assurer sa survie, parfois au détriment du développement (Sizun *et al.*, 1999). Ce milieu de vie nécessaire mais hostile entraîne des surstimulations sensorimotrices à répétition, causant un stress ayant des effets physiologiques, psychologiques, émotionnels et neurodéveloppementaux pour l'enfant (Milette, 2019). À l'intérieur d'un tel environnement, il y a à la fois trop d'adéquation au niveau des besoins vitaux qui sont exactement comblés par des machines et des carences graves au niveau des besoins affectifs (absence de bercement, de sensations cénesthésiques, de rythmes) (Censini, 2015; Lebovici *et al.*, 1985). L'enfant passe d'un environnement intra-utérin sécurisant à un milieu inconnu et agressant où tous ses sens sont surstimulés, et

ce alors que son système n'est pas préparé pour cette transition brutale et sans qu'il puisse élaborer, faire du sens avec ce qui lui arrive, sa capacité de penser étant encore très peu développée. Les traumatismes précoces qui se produisent avant que l'enfant ne développe le langage s'inscrivent dans une mémoire corporelle à l'intérieur de laquelle cohabitent des angoisses d'agonie, d'anéantissement et de mort qui ne peuvent être représentées ni symbolisées (Belot *et al.*, 2016). Cette trace invisible risque de resurgir lorsque des perceptions sensorielles viennent la réactiver ultérieurement (Marcelli, 2012). En plus des multiples interventions invasives et douloureuses qui provoquent nécessairement un stress, ces nourrissons présentent une hypersensibilité qui les amène à ressentir de la douleur même lors d'un stimulus normalement indolore (Fitzgerald, 2001, cité dans Sizun *et al.*, 2004). Selon Josse (2011), ce qui fonde la souffrance des jeunes enfants, ce sont principalement les douleurs physiques, l'incapacité psychique d'une figure d'attachement à répondre à leurs besoins et les séparations brutales. Elle précise que, bien que les enfants en bas âge n'aient pas la conscience de la particularité de la mort, pour eux, la séparation est probablement l'équivalent de la confrontation avec le réel de la mort pour les adultes. Millette *et al.* (2019) spécifient qu'en contexte d'hospitalisation néonatale, l'accumulation des expériences stressantes, la séparation maternelle et la douleur sont les principales causes de traumatisme chez les nourrissons prématurés. Certaines caractéristiques ou séquelles attribuées à la prématurité pourraient donc plutôt être le reflet ou la conséquence de ce stress subi durant cette longue période.

Lors d'une naissance prématurée, le nourrisson subit la coupure brutale et hyper précoce d'avec sa mère sans que celle-ci puisse le protéger, elle-même étant possiblement en danger pour sa vie. Elle peut donc être dans l'indisponibilité temporaire de remplir la fonction de pare-excitation pour son nourrisson, ayant son propre traumatisme physique et psychique à gérer. Selon Willock (2015), la prématurité est traumatique et constitue une désintégration des frontières de la maison primaire qu'est l'espace intra-utérin, une interruption du contenant psychobiologique et de la contiguïté sensorielle qu'offre l'utérus, créant une brèche engendrant une angoisse d'annihilation chez l'enfant. Josse (2011) mentionne qu'avant l'âge de 3 ans, les enfants ne sont pas en mesure de percevoir la menace vitale ou la gravité d'un événement, raison pour laquelle ils sont très sensibles au vécu subjectif de leur entourage et sont fortement influencés par sa réaction. De plus, en l'absence de l'outil de la parole, l'enfant réagit au traumatisme par des régressions ou des retards de développement, des troubles biophysiques,

moteurs, alimentaires, de sommeil, etc. L'auteure ajoute que les réactions peuvent être transitoires ou permanentes et mentionne que c'est la conjonction, la répétition, l'accumulation et la permanence des symptômes, combinés à une altération du fonctionnement, qui permettront aux professionnels traitants d'émettre l'hypothèse d'un traumatisme psychique chez l'enfant. Il serait intéressant de réfléchir à la possibilité que certains symptômes du syndrome tardif de l'ancien prématuré puissent être considérés en partie comme des manifestations, des traces d'un après-coup pour l'enfant.

Les traces du traumatisme psychique

Un traumatisme psychique expose le monde sécurisant et protecteur de l'enfant et peut imprimer des marques durables sur sa personnalité, sur son attitude et son comportement s'il est extrême ou prolongé. Certains enfants peuvent également manifester des réactions du traumatisme après une phase de latence qui peut s'échelonner sur plusieurs années (Josse, 2011). Suite à un traumatisme psychique, certains états de retrait et de repli psychique peuvent être des tentatives d'autoguérison dans lesquelles le sujet essaie de reconstruire ou de réparer son enveloppe psychique (Janin, 2005). Le retrait émotionnel et social, le repli sur soi, l'évitement, l'isolement peuvent représenter des moyens pour un individu de se réorganiser, se reconstituer suite à une expérience traumatique. Nous avons vu que les bébés prématurés, comparativement aux bébés nés à terme, initient moins de contacts, pleurent davantage, évitent le regard et répondent moins favorablement aux tentatives de communication des parents. Certaines difficultés relationnelles de ces petits pourraient ainsi être considérées en partie comme des tentatives d'autoréparation. En effet, au cours de l'hospitalisation, le nourrisson prématuré est replongé jour après jour pendant des semaines, voire des mois dans l'environnement créateur du traumatisme. N'est-il pas compréhensible qu'il tente d'éviter les stimuli associés avec sa naissance prématurée ? En outre, certaines séquelles attribuées à la prématurité, comme les troubles du comportement par exemple, pourraient possiblement représenter des traces du traumatisme psychique de leur naissance prématurée.

Selon Maiello (2000), la violence externalisée proviendrait souvent d'une expérience traumatique infantile et/ou d'une coupure précoce de liens attribuable à un traumatisme pré ou périnatal. Selon l'auteure, un comportement violent observé chez un enfant prématuré pourrait être l'expression du désespoir vécu par ce dernier lors de la coupure précoce subie au moment de sa naissance. La clinicienne analyse le cas d'un patient alors

âgé de 8 ans, né prématurément et référé en thérapie en raison de difficultés comportementales et familiales ; lors des séances, il lance des cris violents et perçants qui traversent les murs et qui enterrent tout son. Elle voit dans ces cris l'expression d'une rage et d'un désespoir insupportables pour l'enfant. Elle pose l'hypothèse que ce cri agressif de l'enfant prématuré pourrait être lié à sa frustration relative au fait que sa bouche n'ait pas « rencontré le sein », ce cri exprimant alors le désespoir de la faim du bébé qui a attendu en vain le lait maternel. Ce cri pourrait également être en partie lié à sa perception d'avoir été pénétré par des objets hostiles à un moment où il n'avait pas suffisamment de protection. La violence pourrait en quelque sorte exploser contre l'objet primaire qui a été incapable de répondre aux besoins fondamentaux de contenance du bébé. Willock (2015) abonde dans le même sens, avançant que certaines difficultés comportementales observées chez les enfants prématurés pourraient être le résultat du fait que, devant toute anticipation d'interruption réelle ou imaginée, l'enfant pourrait causer lui-même cette interruption plutôt que d'attendre passivement cette discontinuité faisant référence à l'interruption initiale de sa naissance prématurée.

La réparation : surmonter le traumatisme ***Durant l'hospitalisation***

Les soins du développement constituent une approche de soins individualisés, s'inscrivant dans un courant humaniste, destinée aux nouveau-nés prématurés ou malades. Le *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) est un programme inspiré de cette philosophie de soins parfois utilisé lors de l'hospitalisation afin de réduire la détresse des nourrissons prématurés (NIDCAP, 2015). Les interventions issues de ce programme ont pour objectif de faciliter la connexion émotionnelle et la corégulation parents/bébé, de diminuer le stress des nourrissons durant l'hospitalisation, et ont comme visée ultime de favoriser un développement optimal au niveau neurocomportemental. Les soins sont centrés sur la famille et le nourrisson hospitalisé est considéré comme un collaborateur actif des soins qui lui sont apportés. En effet, cette approche suppose que les comportements du nourrisson constituent le meilleur indicateur de son état global et doivent être utilisés pour guider les soins. La collecte d'informations se traduit par des observations systématiques ainsi que des évaluations rigoureuses des comportements du nourrisson. L'objectif de cette approche de soins est d'offrir au nourrisson, lors de l'hospitalisation, des conditions qui favorisent un développement neurodéveloppemental

optimal en établissant entre autres une relation thérapeutique soutenante, empathique et réconfortante avec l'équipe soignante, le petit et sa famille. Les mesures fondamentales en soins du développement sont la protection du sommeil, la prévention et la gestion du stress et de la douleur, les activités et stimulations appropriées pour l'âge, les soins centrés sur la famille et l'offre d'un environnement protecteur (Milette *et al.*, 2019). Même si le milieu de la néonatalogie est de plus en plus sensibilisé à cette approche de soins et que ses principes font consensus auprès des professionnels des unités néonatales, à ce jour, peu d'organisations ont des directives institutionnelles officielles quant à son implantation, donc son opérationnalisation est difficile et inconstante (Milette *et al.*, 2019). D'ailleurs, les premières et seules lignes directrices sur l'approche des soins de développement ont été publiées en 2011 par la *National Association of Neonatal Nurses* (NANN) (NANN, 2011). La formation NIDCAP est actuellement disponible auprès des 24 centres de formation répartis aux États-Unis, en Amérique du Sud, en Europe, au Moyen-Orient et en Australie, et le seul centre de formation NIDCAP au Canada se trouve en Alberta (NIDCAP, 2020). Les interventions familiales ont des effets positifs à court et à long terme dans la relation parents/enfant (Beebe *et al.*, 2018) et favorisent le pronostic développemental de l'enfant (Milette *et al.*, 2019). Mathelin-Vanier (2015) souligne l'importance du rôle des parents et des soignants dans l'apaisement et la mise en sens de la détresse et des douleurs de l'enfant lors de l'hospitalisation. Si la détresse est trop importante, le bébé risque de porter en lui la trace de cette catastrophe vécue, l'empreinte de cette menace d'annihilation originelle. Selon Mellier (2012), afin de diminuer les anxiétés qui peuvent être vécues par tous les bébés, prématurés ou non, les parents doivent leur offrir des expériences qui leur procurent le sentiment d'une continuité d'être. Pour cela, la disponibilité psychique du donneur de soin est essentielle. Le dialogue et la relation entre l'équipe soignante et les parents seront pour ces derniers un contenant psychique qui les aidera dans l'élaboration de leur propre traumatisme (Censini, 2015; Sibertin-Blanc *et al.*, 2001). Goutaudier *et al.* (2011) recommandent une prise en charge des mères de bébés prématurés par le biais notamment de groupes de soutien afin de diminuer le risque qu'elles développent des symptômes psychopathologiques qui diminuent leur disponibilité psychique. Des groupes de soutien destinés aux parents et à leur nourrisson sont d'ailleurs évoqués par plusieurs auteurs pour diminuer les impacts négatifs de la naissance et de l'hospitalisation néonatale (Clémence, 2015; Jacoby *et al.*, 2003; Koliouli

et al., 2018). Ibanez *et al.* (2006) recommandent de promouvoir de façon préventive un sentiment de sécurité soutenant le système d'attachement parents/enfant chez les grands prématurés sans séquelles et leurs parents à 24 mois.

Au cours de l'hospitalisation, Jacoby *et al.* (2003) recommandent l'intégration d'un psychologue au sein de l'équipe soignante. Milette *et al.* (2019) proposent des moyens simples, accessibles et neuroprotecteurs, tels que le peau à peau, qui peut être utilisée durant les soins et qui constitue une stratégie efficace de contrôle de la douleur, l'utilisation d'une chaise zéro-gravité³ afin de favoriser les contacts parents/nourrisson et des méthodes de retour au calme lorsqu'une détresse est constatée chez le petit, comme le toucher et le positionnement thérapeutique, le massage, le regroupement en position fœtale, l'emballotement et la succion non nutritive.

De retour à la maison

Suite au congé de l'hôpital et durant les années qui vont suivre, la qualité des stimulations environnementales et des soins fournis au début de la vie ainsi que le support familial exercent une influence majeure sur la trajectoire développementale pour un grand nombre d'enfants prématurés (Cloutier *et al.*, 2005; Harris, 1986; Lebovici *et al.*, 1985). Les facteurs socio-économiques jouent aussi un rôle important dans le devenir développemental de l'enfant prématuré (Macey *et al.*, 1987).

Nicolaou et ses collaborateurs (2009) et Pierrehumbert (2003) soulignent l'importance d'offrir un support adéquat aux parents dans le but de favoriser les interactions parents/enfant au moment de la sortie de l'hôpital. À cet effet, Nicolaou *et al.* (2009) ont étudié le vécu des mères quant aux interactions avec leurs nourrissons prématurés et ont exploré le soutien perçu par celles-ci. Une importante proportion des mères ayant participé à l'étude se sentaient insécures, anxieuses et doutaient d'elles-mêmes lors des premières interactions avec leur enfant lors du retour à la maison et elles auraient notamment souhaité recevoir plus d'informations et de soutien concernant les interactions parents/enfant au moment du congé de l'hôpital et lors du suivi médical à domicile. Elles déplorent que les informations reçues pendant et après l'hospitalisation concernaient essentiellement les soins physiques et médicaux. Malgré ses connaissances très poussées et sa solide expérience en néonatalogie, A. Janvier témoigne de son désespacement face à son rôle mère d'un enfant prématuré : « Mais je ne sais pas comment être ta mère. Je n'ai jamais appris comment être la maman d'un tout

petit bébé dépendant d'un respirateur. Il n'y a pas de recette pour ça, pas de mode d'emploi.» (Janvier, 2015, p. 134)

Soutenir les interactions parents/enfant pendant et après l'hospitalisation favoriserait manifestement la sensibilité parentale, qui est d'ailleurs associée à un meilleur développement cognitif, social et langagier, ainsi qu'à de meilleures habiletés de régulation, et ce encore plus chez les prématurés (Alvarez *et al.*, 2010 ; Borghini *et al.*, 2016). Il est aussi important d'être attentif aux perceptions maternelles afin de favoriser la relation d'attachement mère/enfant chez les enfants prématurés (Laganière *et al.*, 2003) en étudiant les sources et formes d'informations pertinentes à fournir à ces mères afin de limiter les impacts de leurs perceptions et croyances négatives (Stern *et al.*, 2000) et en informant les parents sur les impacts que peuvent avoir les perceptions négatives sur les enfants afin de diminuer les stéréotypes sur la prématurité (Porter *et al.*, 2009). Malgré le fait que ces trois études sur les perceptions visaient spécifiquement les mères d'enfants prématurés, les recommandations qui en découlent sont fort probablement valables pour les pères également. Au cours de l'hospitalisation, l'équipe soignante doit accompagner les parents dans la création du lien avec leur nourrisson malgré le contexte angoissant (Censini, 2015). Hays et Millet (2009) ont conçu un dispositif de groupe chantant, permettant aux parents de l'unité néonatale de se dégager de la réalité traumatique et de vivre des moments agréables avec d'autres parents et leur nourrisson, lorsque sa condition lui permet d'y participer. Les liens symboliques créés entre les parents et les nourrissons par le biais de la musique, le partage émotionnel et les interactions visuelles, corporelles et auditives ont été bénéfiques pour l'ensemble des participants.

Pour conclure, il serait donc très bénéfique d'offrir un soutien psychosocial aux parents pendant et après l'hospitalisation afin de prévenir ou de surmonter leur propre traumatisme lié à la naissance prématurée de leur enfant. Offrir un tel soutien permettrait de préserver et de favoriser leur disponibilité psychique à l'égard de leur enfant et ainsi atténuer les effets nocifs du possible traumatisme psychique de ce dernier.

Dans le suivi

L'hospitalisation conjointe mère/bébé, des interventions à domicile et des psychothérapies parents/bébé dans lesquelles il est possible d'observer les symptômes et les comportements du bébé au sein de la relation avec ses parents constituent des moyens qui favorisent le développement de tout enfant (Alvarez et Golse, 2008). Janin (2005) mentionne qu'en

psychothérapie, c'est dans les aléas de la relation thérapeutique que les aspects négatifs du traumatisme peuvent être appréhendés. Marcelli (2012) expose les recommandations issues d'une conférence de Marie-Michèle Bourrat, pédopsychiatre française, selon lesquelles, lors d'un traumatisme précoce, le psychothérapeute doit prudemment accompagner l'enfant en soutenant en premier lieu sa continuité d'être et en étayant sa capacité de penser.

La psychothérapie familiale se fonde sur une solide alliance thérapeutique, sur la mise en place d'un climat de sécurité et sur le support émotionnel du psychothérapeute (Moralès-Huet *et al.*, 2004), qui doit soutenir le rôle protecteur des parents face à la détresse de leur enfant (Baubet *et al.*, 2004). Les interactions observables parents/bébé reflètent la dynamique familiale ainsi que les représentations internes des différents acteurs et sont donc ainsi la cible d'intervention (Moralès-Huet *et al.*, 2004).

Maiello (2000) souligne l'importance que les anxiétés de l'enfant soient prises en compte par les adultes qui l'entourent et que l'intervenant comprenne l'enjeu des symptômes et comportements observés chez l'enfant afin de lui permettre une expérience de contenance. Selon Romano et ses collaborateurs (2008), à travers le jeu de l'enfant, on peut identifier certaines traces du traumatisme et l'intensité de la blessure psychique. Romano (2010) précise plus tard que le jeu peut être un symptôme de reviviscence et ajoute que, en psychothérapie auprès d'enfants susceptibles d'avoir vécu un traumatisme psychique, il est important d'interpréter le jeu afin de décrypter le sens latent qui apparaît derrière son contenu manifeste et de considérer ce jeu comme une tentative de communication, tout en proposant une écoute et une attention qui permettront à l'enfant d'accéder au travail de restauration psychique qui l'amènera à élaborer son traumatisme. J.-P. Klein (2003) croit plutôt que le travail de psychothérapie n'est pas nécessairement le décryptage du symbolique, mais un accompagnement de l'enfant dans la symbolisation de son traumatisme à travers des activités et projets ludiques. Il ajoute que la discrétion, l'ouverture et l'accueil sont les qualités essentielles de toute psychothérapie destinée aux très jeunes enfants.

Il serait finalement pertinent d'offrir une formation sur les traumatismes aux différents intervenants gravitant autour de l'enfant prématuré afin qu'ils puissent avoir une connaissance de base des traumatismes psychiques et de leurs séquelles et puissent en reconnaître les signes afin de pouvoir offrir un soutien adapté à l'enfant.

Conclusion

Cet article avait pour but d'aborder la vie psychique du nourrisson prématuré en examinant le caractère psychiquement traumatique d'une telle naissance pour le nourrisson lui-même et en présentant une perspective permettant de mieux comprendre les effets néfastes du vécu de l'expérience de l'hospitalisation néonatale et les impacts psychoaffectifs qu'elle peut engendrer dans la relation parents/enfant. Certaines conséquences neuro-développementales et relationnelles attribuées à la prématurité pourraient ainsi être considérées en partie comme le reflet de traces du traumatisme de la naissance et pourraient donc être moins cristallisées qu'on ne le croit, d'où l'importance pour la famille et l'équipe multidisciplinaire qui suit le nourrisson pendant et après l'hospitalisation de reconnaître sa vie psychique et de considérer la potentialité traumatique de sa naissance prématurée, pour ensuite pouvoir lui offrir des interventions permettant de prévenir ou de surmonter son possible traumatisme psychique, notamment par des expériences de contenance physique et psychique. Une naissance prématurée constituant un événement qui échappe souvent à tout contrôle, il est néanmoins possible d'agir sur l'environnement postnatal offert au nouveau-né et à sa famille. Les soins du développement, qui insistent sur la prévention et la diminution du stress induit par l'hospitalisation néonatale et sur le soutien des interactions parents/enfant, semblent représenter une approche prometteuse dans l'apaisement de la détresse du nourrisson et devraient être implantés de façon généralisée dans les unités néonatales. En offrant au nouveau-né et à sa famille des interventions précoces afin de surmonter ou de prévenir en amont le possible traumatisme de sa naissance prématurée, on peut ainsi favoriser le développement global du petit et l'aider à devenir un individu épanoui et en pleine participation sociale.

Mélissa Lord-Gauthier
melissalordgauthier@gmail.com

Notes

1. Cet article est né du cours Travail dirigé du diplôme d'études supérieures spécialisées en santé mentale offert par l'Université TÉLUQ. L'auteure souhaite remercier personnellement D^r Hubert Wallot et D^{re} Monique Brillon pour leur contribution.
2. L'âge corrigé correspond à l'âge que le bébé prématuré aurait s'il était né à terme (Louis, 2020).
3. Il s'agit d'une chaise inclinée permettant une position presque neutre et un équilibre des forces musculaires, donc très confortable pour le parent qui fait du peau-à-peau avec son nourrisson (Milette *et al.*, 2019).

Références

- Abergel, M. et Blicharski, T. (2013). Naissance prématurée et lien mère-enfant : attachement de l'enfant, état de stress post-traumatique maternel. *Devenir*, 25 (1), 49-64.
- Alvarez, L., Cayol, V., Magny, J. et Morisseau, L. (2010). L'ombre des traumatismes périnataux sur les premiers liens. *La psychiatrie de l'enfant*, 53 (2), 609-638.
- Alvarez, L. et Golse, B. (2008). *La psychiatrie du bébé*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Arockiasamy, V., Holsti, L. et Albersheim, S. (2008). Father's experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*, 121(2), 215-222.
- Baubet, T., Taïeb, O., Pradère, J. et Moro, M.-R. (2004). Traumatismes psychiques dans la première enfance. Sémiologie, diagnostic et traitement. *EMC-Psychiatrie*, 1, 15-22.
- Beaumont, M. (2014). Prématurité et pédopsychiatrie : des troubles des interactions précoces aux troubles des apprentissages. *Médecine et enfance*, 9, 324-328.
- Beebe, B., Myers, M. M., Lee, S. H., Lange, A., Ewing, J., Rubinchik, N., Andrews, H., Austin, J., Hane, A., Margolis, A. E., Hofer, M., Ludwig, R. J. et Welch, M. G. (2018). Family nurture intervention for preterm infants facilitates positive mother-infant face-to-face engagement at 4 months. *Developmental Psychology. American Psychological Association*, 54(11), 2016-2031.
- Belot, R.-A., Maïdi, H., Givron, S. et Arcangeli, E. (2016). Dépression maternelle et processus de co-identification mère-bébé. L'archaïque en soi dans la rencontre primordiale. *Annales Médico-Psychologiques*, 174, 748-756.
- Blanchard, L. W., Blalock, S. J., DeVellis, R. F., DeVellis, B. M. et Johnson, M. R. (1999). Social comparisons among mothers of premature and full-term infants. *Children's health care*, 28(4), 329-348.
- Borghini, A. et Müller-Nix, C. (2015). Destins de la parentalité suite à la naissance d'un grand prématuré. *Enfance*, 3 (3), 307-331.
- Borghini, A., Faure, N., Turpin, H., Dimitrova, N., Muller-Nix, C. et Morisod-Harari, M. (2016). Évaluation de la mentalisation chez le parent et son enfant 18 mois et 11 ans après une naissance prématurée. *Revue québécoise de psychologie*, 37 (3), 29-48.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. I: L'attachement*. Paris : Presses universitaires de France.
- Carel, A. (2012). Travail de nativité et métamorphoses de la temporalité. Dans D. Mellier, A. Ciccone et A. Konichek (dir.), *La vie psychique du bébé. Émergence et construction intersubjective* (p. 175-196). Paris : Dunod.
- Censini, C. (2015). *Le lien parental à l'épreuve de la prématurité : le père. Un versant unificateur face à l'angoisse?* [Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain]. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:2604>
- Ciccone, A. (2012). L'éclosion de la vie psychique. Dans A. Ciccone, Y. Gauthier, B. Golse et D. Stern (dir.), *Naissance et développement de la vie psychique*. (p. 11-35). Toulouse : Érès.
- Ciccone, A., Gauthier, Y., Golse, B. et Stern, D. (2012). *Naissance et développement de la vie psychique*. Toulouse : Érès.
- Clémence, M. (2015). *Le père et l'épreuve de la prématurité. Étude du vécu lors de naissances après 30 semaines d'aménorrhées* [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Université Pierre et Marie Curie]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233047/document>
- Cloutier, R., Gosselin, P. et Tap, P. (2005). *Psychologie de l'enfant* (2^e édition). Montréal : Gaëtan Morin.
- Delamazière, G. et Kremp, O. (2001). Naissance « bousculée » et devenir de la représentation paternelle. *Santé mentale au Québec*, 26 (1), 79-100.

- Dreyfus, S. (2005). Freud, le trauma : culpabilité et détresse. Dans F. Brette, M. Emmanuelli et G. Pragier (dir.), *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation* (p. 11-26). Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1939). *Moïse et le monothéisme*. Paris : Gallimard, 1948.
- Frodi, A. et Thompson, R. (1985). Infants' affective responses in the strange situation: Effects of prematurity and of quality of attachment. *Child development*, 56, 1280-1290.
- Gamba Szijarto, S., Forcada Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. et Müller-Nix, C. (2009). État de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 385-391.
- Garel, M., Bahuaud, M. et Blondel, B. (2004). Conséquences pour la famille d'une naissance très prématurée deux mois après le retour à la maison. Résultats de l'enquête qualitative d'EPIPAGE. *Archives de pédiatrie*, 11, 1299-1307.
- Gerstein, E. D. et Poehlmann-Tynan, J. (2015). Transactional processes in children born preterm: influence of mother-child interactions and parenting stress. *Journal of Family Psychology*, 29(5), 777-787.
- Golse, B. (2007). Y a-t-il une psychanalyse possible des bébés? Réflexions sur les traumatismes hyperprécoces à la lumière de la théorie de l'après-coup. *La psychiatrie de l'enfant*, 50 (2), 327-364.
- Golse, B. (2012). Vers une théorie du traumatisme en trois temps. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 337-340.
- Goutaudier, N., Lopez, A., Séjourné, N., Denis, A. et Chabrol, H. (2011). Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *Journal of reproductive and infant psychology*, 29(4), 364-373.
- Goutaudier, N., Mansour, M. et Chabrol, H. (2013). Prématurément père : étude exploratoire du vécu dans les premières semaines suivant la naissance. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 26, 151-156.
- Goutaudier, N., Séjourné, N., Bui, É. Cazenave, N. et Chabrol, H. (2014). L'accouchement prématuré : une naissance traumatique? Symptômes de stress posttraumatique et variables associées. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 42, 749-754.
- Hagen, I. H., Iversen, V. C. et Svindseth, M. F. (2016). Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics*, 16(92), 1-9.
- Harris, M. (1986). Stimulation of premature infants: the boundary between believing and knowing. *Infant mental health journal*, 7 (3), 171-188.
- Hays, M.-A. et Millet, C. (2009). Soutien des parents et des nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie : intérêt d'un dispositif de groupe. *Archives de pédiatrie*, 16, 1090-1096.
- Herzog, A., Müller-Nix, C., Mejia, C. et Ansermet, F. (2003). Étude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée. *Psychothérapies*, 2 (23), 97-106.
- Holmes, D. L., Nagy, J. N., Slaymer, F., Sosnowski, R. J., Prinz, S. M. et Pasternak, J. F. (1982). Early influences of prematurity, illness and prolonged hospitalization on infant behavior. *Developmental Psychology*, 18(5), 744-750.
- Houzel, D. (2012). Les angoisses primitives du nourrisson : leur devenir et leur résolution. Dans D. Mellier, A. Ciccone et A. Konicheckis (dir.), *La vie psychique du bébé. Émergence et construction intersubjective* (p. 165-174). Paris : Dunod.
- Ibanez, M., Iriondo, M. et Poo, P. (2006). Attachement et compétences relationnelles chez le grand prématuré. Facteurs de protection pour son développement. *Spirale*, 37 (1), 115-128.

- Jacoby, R., Schmitz, R., Schon, M. J., Vervier, J. F. et Viriot, E. (2003). Représentations croisées de l'enfant prématuré. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 28-36.
- Janin, C. (2005). Au cœur de la théorie psychanalytique: le traumatisme. Dans F. Brette, M. Emmanuelli et G. Pragier (dir.), *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation* (p. 43-55). Paris: Presses universitaires de France.
- Janvier, A. (2015). *Respire, bébé, respire! Prématurités et naissances difficiles*. Montréal: Québec Amérique.
- Josse, E. (2011). *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. Paris: De Boeck.
- Klein, J.-P. (2003). La psychothérapie de l'enfant: la symbolisation accompagnée. *Annales médico-psychologiques*, 161, 101-107.
- Koliouli, F., Raynaud, J.-P. et Zaouche Gaudron, C. (2016). Être père d'un nouveau-né prématuré. Synthèse des résultats d'une étude en service hospitalier de néonatalogie. *Revue des politiques sociales et familiales*, 122, 133-139.
- Koliouli, F., Zaouche Gaudron, C., Azemar-Hopker, F. et Raynaud, J.-P. (2018). Le devenir père de nouveau-né prématuré: analyse de trois études de cas. *Groupe d'études de psychologie*, 6 (558), 903-913.
- Koniceckis, A. (2012). Subjectivation et sensorialité: les embryons de sens. Dans D. Mellier, A. Ciccone et A. Koniceckis (dir.), *La vie psychique du bébé. Émergence et construction intersubjective* (p. 7-21). Paris: Dunod.
- Krymko-Bleton, I. (2013). *Développement affectif de l'enfant de la naissance à douze ans*. Québec: Télé-université Université du Québec.
- Laganière, J., Tessier, R. et Nadeau, L. (2003). Attachement dans le cas de prématurité: un lien médiatisé par les perceptions maternelles. *Enfance*, 55 (2), 101-117.
- Lebovici, S., Diatkine, R. et Soulé, M. (1985). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses universitaires de France.
- 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.
- Lejeune, F. et Gentaz, E. (2015). *L'enfant prématuré. Développement neurocognitif et affectif*. Paris: Odile Jacob.
- Louis, S. (2010). *Le grand livre du bébé prématuré* (2^e édition). Montréal: CHU Sainte-Justine et Enfants Québec.
- Macey, T. J., Harmon, R. J. et Easterbrooks, M. A. (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(6), 846-852.
- Maiello, S. (2000). Broken links: attacks or breakdown? Notes on the origins of violence. *Journal of child psychotherapy*, 26(1), 5-24.
- Marcelli, D. (2012). Le traumatisme psychique, un concept frontière entre le neuro-cérébral et le psycho-affectif. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 341-344.
- Mathelin-Vanier, C. (2015). Le psychisme du bébé en réanimation néonatale. *Journal des psychologues*, 330 (8), 45-47.
- Mathelin-Vanier, C. (2016). La relation entre les parents et le bébé prématuré. *L'esprit du temps*, 2 (135), 69-73.
- Mellier, D. (2012). Souffrance, attention et processus de contenance chez le bébé. Dans D. Mellier, A. Ciccone et A. Koniceckis (dir.), *La vie psychique du bébé. Émergence et construction intersubjective* (p. 197-243). Paris: Dunod.
- Millette, I., Martel, M.-J. et Ribeiro da Silva, M. (2019). *Les soins du développement. Assurer la neuroprotection des nouveau-nés* (2^e édition). Montréal: CHU Sainte-Justine.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Moralès-Huet, M., Rabouam, C. et Guedeney, N. (2004). Psychothérapies précoces parents-bébé. *EMC-Psychiatrie*, 1, 43-51.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B. et Ansermet, F. (2009). Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche, *La psychiatrie de l'enfant*, 52 (2), 423-450.
- NANN (2011). *Age-appropriate care of the premature and critically ill hospitalized infant. Guideline for practice*. http://nann.org/uploads/Education/Age-Appropriate_Care-FINAL.pdf
- Nicolaou, M., Rosewell, R., Marlow, N. et Glazebrook, C. (2009). Mothers' experiences of interacting with their premature infants. *Journal of reproductive and infant psychology*, 27(2), 182-194.
- NIDCAP Federation International (2015). *Program Guide. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. An education and training program for health care professionals, 2019*. <https://nidcap.org/wp-content/uploads/2019/10/Program-Guide-Rev-22Oct2019.pdf>
- NIDCAP Federation International (2020). *NIDCAP Training. Overview*. <https://nidcap.org/en/programs-and-certifications/nidcap-training/overview-2/>
- Paulic, É. (2019). *État des lieux du rôle actif des pères sur leur vécu de la prise en charge de leurs nouveau-nés prématurés en néonatalogie et la mise en place de la parentalité : une revue de la littérature* [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Université de Bretagne occidentale]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02185260/document>
- Pierrehumbert, B. (2003). Attachement et psychopathologie. *Enfance*, 55 (1), 74-80.
- Porter, J. S., Stern, M. et Zak-Place, J. (2009). Prematurity stereotyping and perceived vulnerability at 5-months: Relations with mothers and their premature and full-term infants at 9-months. *Journal of reproductive and infant psychology*, 27(2), 168-181.
- Rank, O. (1928). *Le traumatisme de la naissance*. Paris : Payot et Rivages, 2002.
- Romano, H., Baubet, T., Moro, M.-R. et Sturm, G. (2008). Le jeu chez l'enfant victime d'événements traumatiques. *Annales Médico Psychologiques*, 166, 702-710.
- Romano, H. (2010). Traces du trauma dans les « jeux » d'enfants victimes d'événements traumatiques. *Journal des psychologues*, 279 (6), 57-61.
- Sibertin-Blanc, D., Hascoët, J. M. et Tchenio, D. (2001). Regards croisés et divergents des professionnels sur les bébés nés « très grands prématurés ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49, 449-460.
- Singer, L.-T., Fulton, S., Davillier, M., Koshy, D., Salvator, A. et Baley, J.-E. (2003). Effects of infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of life. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(4), 233-241.
- Sizun, J., Ratynski, N. et Mambrini, C. (1999). Implanter un programme individualisé de soutien du développement en réanimation néonatale : pourquoi, comment ? *Archives de pédiatrie*, 6, 434-439.
- Sizun, J., Westrup, B. et ESF Network Coordination Committee (2004). Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 89, 384-389.
- St-Amand, P. (2005). Les dimensions psychologiques de la prématurité. Dans M. T. Giroux, R. Tessier et L. Nadeau (dir.), *L'extrême prématurité. Les enjeux parentaux, éthiques et légaux* (p. 17-27). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Stern, M., Karraker, K. H., Sopko, A. M. et Norman, S. (2000). The prematurity stereotype revisited: impact on mothers' interactions with premature and full-term infants. *Infant mental health journal*, 21 (6), 495-509.
- Willock, B. (2015). Psychoanalysis of Prematurity. *Psychoanalytic dialogue*, 25, 35-50.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 2018.
- Wintgens, A., Lépine, S., Lefebvre, F., Glorieux, J., Gauthier, Y. et Robaey, P. (1998). Attachment, self-esteem, and psychomotor development in extremely premature children at pre-school age. *Infant mental health journal*, 19 (4), 394-408.