

ÉVALUATION DE LA MENTALISATION CHEZ LE PARENT ET SON ENFANT 18 MOIS ET 11 ANS APRÈS UNE NAISSANCE PRÉMATURÉE

ASSESSMENT OF MENTALIZATION IN THE PARENT AND THE CHILD 18 MONTHS AND 11 YEARS AFTER A PREMATURE BIRTH

Ayala Borghini, Noémie Faure, Hélène Turpin, Nevena Dimitrova, Carole Muller-Nix and Mathilde Morisod-Harari

Volume 37, Number 3, 2016

LA MENTALISATION : AU COEUR DE LA PRATIQUE CLINIQUE ET DE LA SANTÉ MENTALE
MENTALIZATION: A CENTRAL CONCEPT IN CLINICAL PRACTICE AND MENTAL HEALTH

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040159ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040159ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Borghini, A., Faure, N., Turpin, H., Dimitrova, N., Muller-Nix, C. & 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.
<https://doi.org/10.7202/1040159ar>

Article abstract

After a premature birth, the parental stress could be very intense and the child could experience a particular start of life without usual skin and body contact. These elements could strongly affect the initial adjustment allowing the future emotional regulation capacities of the child. The mentalization competencies are based at least in part on this emotional regulation which develops through the relationship with others. Thus, we can make the hypothesis that the premature birth could affect the mentalization competencies even with preterm born children without after-effects due to the prematurity. This is the purpose of the present study. On the basis of attachment interviews with parents and children 18 months and 11 years after the birth, this study shows how prematurity impacts the mentalization competencies of the mother-child dyad confronted to this adverse perinatal event.

**ÉVALUATION DE LA MENTALISATION CHEZ LE PARENT ET SON
ENFANT 18 MOIS ET 11 ANS APRÈS UNE NAISSANCE
PRÉMATURÉE¹**

**ASSESSMENT OF MENTALIZATION IN THE PARENT AND THE CHILD 18 MONTHS AND
11 YEARS AFTER A PREMATURE BIRTH**

Ayala Borghini²
SUPEA (Lausanne, Suisse)

Noémie Faure
SUPEA (Lausanne, Suisse)

Hélène Turpin
SUPEA (Lausanne, Suisse)

Nevena Dimitrova
SUPEA (Lausanne, Suisse)

Carole Muller-Nix
SUPEA (Lausanne, Suisse)

Mathilde Morisod-Harari
SUPEA (Lausanne, Suisse)

La naissance d'un enfant représente un moment d'intenses émotions pour les parents. Le nouveau-né qui vient au monde touche par sa vulnérabilité, par sa dépendance, mais aussi par son affirmation dans le monde, son individualité et ses ressources (Brazelton, 1983). L'enfant naissant s'inscrit également dans toute une histoire familiale et il n'est pas rare qu'à cette occasion se ravivent des conflits familiaux ou des conflictualités psychiques parfois bien enfouis (Missonnier, 2015; Molénat, 1992).

Lorsqu'un bébé arrive dans un contexte médicalisé, à la suite d'un événement périnatal adverse comme une grande prématurité, une malformation congénitale ou encore un événement imprévu au moment de l'accouchement, cette conflictualité peut prendre encore une tout autre ampleur. Une incertitude quant au devenir de l'enfant, une fragilité perçue ou imaginée, l'annonce d'une malformation ou des séquelles aux conséquences plus ou moins majeures sont autant d'occasions pour les parents et la famille proche d'expérimenter un stress intense et des angoisses qui peuvent se révéler massives (Borghini & Muller-Nix, 2008). Il n'est pas rare que les parents développent dans les mois qui suivent des symptômes de stress aigu, de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété (Jubinvill, Newburn-Cook, Hegadoren, & Lacaze-Masmonteil, 2012; Misund, Nerdrum, & Diseth, 2014; Shaw, Deblois, Ikuta, Ginzburg, Fleisher, & Koopman, 2006; Shaw *et al.*, 2014).

1. La présente étude a été financée par le FNS (*Fonds National Suisse pour la recherche scientifique*) ainsi que par la *Fondation pour la Psychiatrie de la petite Enfance*, la *Loterie Romande* et le *NCCR Synapsy* (National Center of Competence in Research).

2. Adresse de correspondance : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Av. d'Echallens 9; 1004 Lausanne, Suisse. Télécopieur : +41 21 314 74 81. Courriel : Ayala.Borghini@chuv.ch

Ces difficultés émotionnelles chez les parents sont d'autant plus compréhensibles que les risques développementaux liés à la prématurité sont aujourd'hui mieux connus et que les parents sont souvent bien informés à ce sujet. De très nombreux travaux ont mis en évidence comment des difficultés de développement moteur, cognitif, exécutif (Jarjour, 2015) ainsi que des symptômes psychopathologiques (Johnson, Kochhar, Hennessy, Marlow, Wolke, & Hollis, 2016; Joseph *et al.*, 2016) et des difficultés relationnelles (Wolke, Bauman, Strauss, Johnson, & Marlow, 2015) pouvaient apparaître chez des enfants nés très prématurément et même chez ceux ne présentant pas de séquelles médicales majeures touchant, par exemple, le tissu cérébral, comme des hémorragies sévères ou des leucomalacies massives (Miller, Huppi, & Mallard, 2016). Ces travaux relèvent à quel point ces difficultés développementales augmentent avec la sévérité de la prématurité et les complications (comme les hypoxies cérébrales) ou pathologies associées (comme le retard de croissance *in utero*). Des particularités, même subtiles, de la structure cérébrale sont aujourd'hui toujours mieux mises en évidence et peuvent, au moins en partie, être mises en lien avec les difficultés développementales observées (Fischi-Gomez *et al.*, 2016; Nosarti, Rushe, Woodruff, Stewart, Rifkin, & Murray, 2004; Peterson *et al.*, 2000; Urban *et al.*, 2015).

On connaît aussi mieux aujourd'hui les liens entre ces difficultés développementales chez l'enfant et la souffrance parentale qui peut y être associée et qui peut également contribuer à l'apparition ou l'amplification de ces difficultés (Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet, & Muller-Nix, 2011). Il s'agit tout particulièrement de l'importance d'une sensibilité parentale de qualité pour aider à endiguer ces difficultés (Faure *et al.*, accepté 2016; Landry, Smith, & Swank, 2003; 2006), ce jusqu'à un certain niveau d'atteinte biologique pour lequel la qualité de l'environnement affectif ne peut contrer que faiblement l'impact de séquelles plus sévères (Taylor, Minich, Klein, & Hack, 2004).

Les moments de stress parental liés à la prématurité sont connus pour marquer au moins en partie les caractéristiques de la parentalité (Korja, Latva, & Lehtonen, 2012). Les interactions précoces peuvent être touchées (Feeley, Zerkowitz, Cormier, Charbonneau, Lacroix, & Papageorgiou, 2011; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, Muller-Nix, 2006; Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet, & Muller-Nix, 2011; Muller-Nix, Forcada-Guex, Pierrehumbert, Jaunin, Borghini, & Ansermet, 2004; Udry-Jørgensen *et al.*, 2011). Les mères peuvent se montrer plus stimulantes, être 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 & Muller-Nix, 2015a; 2015b). Les représentations parentales peuvent aussi être marquées par

cet événement. L'enfant peut être perçu comme plus vulnérable ou plus fort, induisant des comportements parentaux parfois exagérément ambivalents comme des mises à distance alternant avec des mouvements plus intrusifs. Une disponibilité apparente semble parfois alors glisser vers un empiètement pénible (Borghini & Muller-Nix, 2008). Un stress important a aussi pour risque d'empêcher le parent de se montrer disponible pour comprendre les états émotionnels de son enfant et de pouvoir accompagner celui-ci pour réguler ses états internes. Le risque est alors de marquer parfois à long terme la capacité de l'enfant de se sentir apaisé dans la relation à l'autre et de développer à travers elle ses compétences sociales (Feldman, 2015a; 2015b).

Cette possibilité pour l'enfant de s'apaiser avec autrui est intrinsèquement liée à la qualité de l'attachement que l'enfant pourra développer à l'égard de ses plus proches figures de soins. On peut rappeler ici que l'attachement se définit comme la capacité d'un individu de s'engager socialement de façon volontaire et sélective envers une personne dans le but de réguler ses émotions lors d'un stress (Pierrehumbert, 2003). Cette compétence peut être évaluée chez le bébé grâce à un paradigme expérimental bien connu : la *Situation Etrange* (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall 1978). Chez les enfants nés très prématurément, les études réalisées initialement ont mis en évidence peu d'effet de la prématurité sur la qualité de l'attachement évaluée au moyen de ce paradigme (Easterbrooks, 1989; Frodi & Thompson, 1985; Wille, 1991). Quelques études, dont certaines bien plus récentes, ont pourtant mis en évidence un lien entre la naissance prématurée et un attachement insécure chez l'enfant lors de prématurités plus sévères (< 28 semaines, < 1000 gr) et ayant nécessité des hospitalisations de longue durée (Cassiba, van IJzendoorn, & Coppola, 2012; Pennestri *et al.*, 2015; Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick, & Roloff, 1986), et ce, tout particulièrement quand les dyades mères-bébés ont manqué de contacts corporels proches lors des premiers jours après la naissance (Mehler *et al.*, 2011). La séparation précoce et prolongée liée à une prématurité même sans séquelles médicales majeures peut représenter un risque pour l'établissement d'une relation d'apaisement entre le parent et l'enfant. La qualité de l'attachement peut ainsi en être marquée et les capacités de mentalisation, qui y sont intrinsèquement liées, peuvent être affectées par cet événement. L'enfant peut alors avoir plus de difficulté à s'approcher des autres puisque la qualité de l'attachement comme les capacités de mentalisation favorisent les compétences sociales, le vécu intersubjectif et le sentiment d'interdépendance. Il est probable que des difficultés précoces liées à l'attachement et aux capacités de mentalisation puissent contribuer aux difficultés de relations sociales fréquemment observées chez les anciens prématurés, en particulier dans leur relation avec leurs pairs (Jones, Champion, & Woodward, 2013).

À notre connaissance, parmi les dimensions explorées à la suite d'une naissance à risque et en particulier la venue au monde d'un grand prématuré, la question des capacités de mentalisation parentale pendant les mois qui suivent l'événement et l'évaluation de la qualité de l'attachement et des capacités de mentalisation chez l'ancien prématuré à l'âge scolaire n'a été que très partiellement explorée. L'étude présentée ci-après s'est penchée sur cette question dans le but de connaître l'impact de ce stress sur la parentalité et de tenter d'appréhender les effets de la prématurité sur l'enfant et son développement en prenant en compte la transmission intergénérationnelle de ces compétences. Une étude approfondie des capacités de mentalisation chez l'enfant à la suite de tels événements pourrait permettre de mieux comprendre comment ces compétences se développent et ce qui peut les entraver ou les soutenir.

L'objectif de l'étude présentée ici est ainsi de mettre en évidence le lien entre la naissance d'un grand prématuré ($\leq$ à 32 semaines de gestation) et les éventuelles difficultés de mentalisation de la mère au cours des premiers mois de vie de l'enfant (6 et 18 mois d'âge corrigé), en particulier en fonction de la sévérité de la prématurité. Un deuxième objectif est d'examiner l'association entre les capacités de mentalisation maternelles précoces et la qualité de l'attachement ainsi que les capacités de mentalisation chez l'enfant à l'âge scolaire (11 ans).

MÉTHODOLOGIE

Participants

L'échantillon de l'étude est composé d'un groupe de 33 enfants nés grands prématurés ($\leq$ à 32 semaines de gestation) et d'un groupe contrôle de 22 enfants nés à terme. Mères et pères ont tous deux été sollicités pour participer à cette recherche. Cependant, en raison de l'absence d'un grand nombre de pères lors des rencontres proposées, seules les données concernant les mères sont présentées ici. Pendant la période de recrutement de 12 mois, les dossiers de 400 enfants hospitalisés au service de néonatalogie du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) – qui correspond à un centre de soins intensifs pouvant accueillir les prématurés les plus sévèrement atteints – ont été examinés. Parmi eux, 93 prématurés survivants, répondant aux critères d'inclusion (prématurés nés avec un âge de gestation inférieur ou égal à 32 semaines) et d'exclusion (parents ne parlant pas français; maladie psychique ou mentale grave chez l'un des parents; malformation, syndrome dysmorphogénétique ou fœtopathie chez l'enfant), ont été sélectionnés et contactés au cours de l'hospitalisation. Parmi ces familles, 20 ont refusé de participer à la recherche principalement en raison de leur éloignement géographique, soit 22 % de l'échantillon. Vingt-deux sujets se sont désistés ou ont dû être exclus au cours de l'étude en raison de

difficultés développementales objectivées (retard cognitif ou moteur principalement). Cinquante familles ont pu ainsi être rencontrées à 18 mois. Ces 50 familles ont été recontactées lorsque l'enfant a atteint 11 ans pour proposer une nouvelle rencontre. Parmi elles, neuf n'ont pas pu être retrouvées, six ont refusé de participer pour éloignement géographique et deux sujets ont dû être exclus pour difficultés développementales (retard moteur). Les analyses finales ont donc pu être conduites sur 33 familles.

Les familles des enfants composant le groupe contrôle ont été contactées quelques jours après la naissance lors du séjour de la mère à la maternité du CHUV. Le critère d'inclusion était la naissance d'un enfant après une grossesse et un accouchement sans particularités. Les critères d'exclusion étaient identiques au groupe des enfants prématurés. Trente-six familles ont accepté de participer (taux d'acceptation de 38 %). À 18 mois, les analyses ont pu être conduites sur 30 enfants nés à terme et leurs mères (11 % de désistement en cours d'étude). À 11 ans, ces 30 familles ont été recontactées, 5 n'ont pas pu être retrouvées et 3 ont refusé de participer. Les analyses finales ont pu être conduites sur 22 familles contrôles. Les caractéristiques de la population sont présentées dans le Tableau 1.

Les deux groupes à l'étude se différencient en fonction des données néonatales ($p < .001$ pour toutes les variables néonatales), mais aussi en fonction du statut socio-économique (Anova, $F = 6.5$, $p < .05$). Il faut noter qu'il s'agit aussi du reflet de ce que la population des prématurés représente puisque, en général, le niveau socio-économique est plus bas que la moyenne dans cette population (Longo, Kruse, LeFevre, Schramm, Stockbauer, & Howell, 1999; Lopez & Bréart, 2013). Les analyses statistiques effectuées sur cet échantillon ont tenu compte de cette différence et la variable socio-économique a été introduite comme variable contrôle systématiquement.

Instruments

Les instruments principaux utilisés dans le cadre de cette étude sont la mesure de la sévérité de la prématurité (*PERI*, *Perinatal Risk Inventory*, Scheiner & Sexton, 1991), l'évaluation de la fonction réflexive ou mentalisation maternelle lorsque l'enfant atteint 6 et 18 mois (*Reflective Function Scale*, Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991) et l'évaluation de la fonction réflexive et des représentations d'attachement chez l'enfant à l'âge scolaire avec le *Q-sort CAME* (Cartes pour le codage de la mentalisation et de l'attachement chez l'enfant, Borghini *et al.*, en préparation) qui se base sur les entretiens d'attachement *CAI* (*Child Attachment Interview*, Shmueli-Goetz, Target, Fonagy, & Datta, 2008) ou *FFI* (*Friends & Family Interview*, Steele & Steele, 2005). On peut rappeler

Mentalisation 18 mois et 11 ans après une prématurité

Tableau 1

Caractéristiques démographiques et néonatales de la population

	Groupe Contrôle (N = 22)				Groupe Prématurés (N = 33)			
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge de la mère (années)	32,0	(4,2)	25	42	31,2	(4,6)	23	42
Âge du père (années)	35,2	(5,6)	25	46	32,6	(6,1)	21	48
SES (niveau socio-économique, Hollingshead)	2,93	(0,58)	1,5	4	2,54	(0,53)	1,5	3,5
Âge de gestation (semaines)	39,7	(1,3)	37	41	30,1	(2,2)	25	32
Poids de naissance (gr)	3317	(519)	2500	4240	1440	(414)	510	2060
Durée d'hospitalisation (jours)	0,0	(0,0)	0	0	49	(21)	23	124
PERI (index de sévérité de la prématurité)	0,18	(0,5)	0	2	5,67	(4,53)	2	25
Sexe	Garçons		Filles		Garçons		Filles	
	10		12		16		17	
	(45 %)		(55 %)		(48 %)		(52 %)	
Rang dans la fratrie	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e et +		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e et +	
	8 (36 %)	11	3		24	4	5	
		(50 %)	(14 %)		(72 %)	(13 %)	(15 %)	
Nationalité	CH	EU	Autre		CH	Eu	Autre	
	16	4	2		20	12	1	
	(73 %)	(18 %)	(9 %)		(61 %)	(36 %)	(3 %)	

Les valeurs présentées correspondent aux fréquences avec les pourcentages entre parenthèses et aux moyennes avec les déviations standards entre parenthèses, les minimum et maximum. (CH : Confédération Helvétique; EU : Europe)

ici que les termes de fonction réflexive et de mentalisation sont souvent considérés comme synonymes dans la littérature et c'est aussi le cas dans le présent document. Il nous paraît toutefois utile de préciser que Fonagy (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) propose de distinguer ces deux termes en définissant la fonction réflexive comme l'*opérationnalisation* de la mentalisation, à savoir ce à quoi il est possible d'accéder par le biais du discours d'un individu.

Évaluation de la sévérité de la prématurité : le PERI

Le *Perinatal Risk Inventory* (PERI) développé par Scheiner et Sexton (1991) permet de définir le risque périnatal encouru par l'enfant sur la base de 16 facteurs périnataux répertoriés pendant la période néonatale (poids de naissance, âge gestationnel, asphyxie, retard de croissance *in utero*, infections, hémorragies intracrâniennes, leucomalacies périventriculaires,

etc.). Le groupe des prématurés a été divisé en deux sous-groupes (16 prématurés à *Risque modéré*, 17 prématurés à *Risque élevé*) sur la base du score de gravité du *PERI*. Ces deux groupes sont comparables en ce qui concerne le genre, la fréquence des césariennes, l'âge de la mère, le rang dans la fratrie et la nationalité. Ils se différencient significativement en fonction du poids de naissance [1613 gr en moyenne pour le groupe à *Risque modéré* et 1276 gr pour le groupe à *Risque élevé*; Anova : $F(1,32) = 6.36$, $p = .017$], mais pas pour l'âge de gestation [30,9 contre 29,2 semaines de gestation; $F(1,32) = 1.68$, *ns*]. La durée d'hospitalisation est aussi différente, mais pas significativement en raison de la grande variabilité individuelle des durées [42 jours pour le groupe à *Risque modéré* contre 109 pour le groupe à *Risque élevé*; $F(1,32) = 2.66$, *ns*].

Évaluation de la fonction réflexive maternelle (FR) : *Reflective Function Scale*

La fonction réflexive maternelle à 6 et 18 mois a été évaluée grâce à la première échelle existante dans le domaine développée par Fonagy au début des années 1990 (Fonagy *et al.*, 1991). Cette échelle permet l'évaluation de la fonction réflexive sur la base d'un entretien d'attachement. Elle a été créée initialement pour l'*Adult Attachment Interview* (AAI, Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Avec l'autorisation de l'auteur, nous avons utilisé cette échelle non pas sur l'AAI, mais sur le *WMCi* (*Working Model of the Child Interview*, Zeanah & Smyke, 2003), un entretien spécifiquement conçu pour évaluer les représentations d'attachement parentales à l'égard d'un enfant en particulier. L'entretien semi-structuré du *WMCi* a été proposé aux mères lorsque les enfants atteignaient 6 et 18 mois d'âge corrigé. Les questions du *WMCi* (construites selon les mêmes bases théoriques que l'AAI) explorent la qualité de la parentalité en évoquant des épisodes relationnels à forte teneur émotionnelle. Par exemple, on demande à la mère d'évoquer un moment où elle s'est sentie en colère contre son enfant. On évoque aussi les émotions et les éventuelles difficultés liées aux moments de séparation ou de retrouvailles. Sur la base de ce récit autobiographique, l'échelle de Fonagy a été appliquée et a permis d'évaluer la qualité de la fonction réflexive maternelle. Tous les entretiens ont été codés par la même personne, certifiée pour l'utilisation de cette échelle. Vingt entretiens ont été codés par un autre juge, également formé. Un score interjuge satisfaisant a été calculé. Les éventuels écarts ont été réglés par consensus ou en demandant un troisième codage pour départager les deux premiers.

L'échelle initiale proposée par Fonagy comporte 9 points, allant de +1 à +9. À l'une des extrémités se trouvent les individus avec une basse capacité réflexive. Le discours est pauvre, fade, les banalisations et les généralisations prédominent. À l'autre extrémité, on trouve les individus qui

montrent une grande capacité à envisager et à comprendre leurs états mentaux et ceux d'autrui, incluant leurs propres motivations et émotions comme celles des autres. Il s'agit d'évaluer la qualité de l'accès à la vie psychique et aux liens que l'individu peut faire entre ses états internes (émotions, sentiments, croyances) et son comportement. L'individu peut ainsi au moins en partie tenter de comprendre ses comportements et chercher à ajuster ceux-ci par rapport aux enjeux sociaux auxquels il peut être confronté. Cinq points sur les neuf sont décrits de manière détaillée dans l'échelle de Fonagy présentée succinctement dans le Tableau 2. Plus le score est haut, meilleure est la qualité de la fonction réflexive du sujet. Le choix d'un score intermédiaire est possible.

Afin d'adapter cette échelle à la particularité d'un entretien d'attachement parental, nous avons mis l'accent sur ce que décrit Fonagy de la fonction réflexive parentale (Fonagy, Steele, Steele, Target, & Schachter, 1996; Fonagy *et al.*, 1991), à savoir qu'elle fait tout particulièrement référence au processus de pensée « ouvert » et « non défendu » de la part du parent à propos des états mentaux de son enfant, de ses émotions et des motivations sous-tendant son comportement. Cette attitude parentale constitue une base de contenance émotionnelle qui peut être considérée comme l'un des fondements de la construction du sentiment de sécurité chez l'enfant. L'opposé est également vrai puisqu'un parent manquant de capacité réflexive se montre moins ouvert à percevoir et à comprendre son enfant, moins sensible à ses motivations et à ce qui sous-tend son comportement et difficilement disponible pour aider son enfant à réguler ses propres émotions, ce qui est caractéristique d'un enfant insécure dans l'attachement.

Évaluation de l'attachement et de la mentalisation chez l'enfant : la CAME

Les Cartes pour l'évaluation de l'Attachement et de la Mentalisation chez l'Enfant d'âge scolaire (CAME, Borghini, 2014b, validation disponible sur demande) est un *Q-sort* permettant de mesurer les représentations d'attachement et la fonction réflexive sur la base des entretiens d'attachement effectués avec des enfants de 7 à 14 ans. Les entretiens en question – comme le *CAI* (*Child Attachment Interview*, Shmueli-Goetz *et al.*, 2008) ou le *FFI* (*Friends & Family Interview*, Steele & Steele, 2005) – ont pour particularité, à l'instar des entretiens d'attachement chez l'adulte, de susciter un récit autobiographique avec des épisodes relatant des moments relationnels le plus souvent à forte connotation émotionnelle. On propose à l'enfant des questions lui permettant d'évoquer ce type d'épisodes, par exemple : *Peux-tu me raconter une fois où ta mère s'est fâchée très fort contre toi?* ou *Est-ce que cela t'est déjà arrivé de ne pas te sentir très bien, de te sentir mal dans ta peau?* Lorsque l'enfant peut évoquer ces moments difficiles, on lui demande également de prêter

Tableau 2

Échelle d'évaluation de la fonction réflexive

1	Pas de fonction réflexive	Le sujet ne semble pas réfléchir sur les motivations de son propre comportement et de celui des autres. <i>Exemple : « Comment se comportaient vos parents? » « Je ne sais pas. »</i>
3	Fonction réflexive pauvre	Les motivations sont attribuées à des circonstances extérieures. Les motivations personnelles, subjectives sont rares. <i>Exemple : « Il y avait la guerre, c'est pour ça que ma mère ne s'occupait pas de nous. »</i>
5	Fonction réflexive généralisante ou inappropriée	Les motivations sont reconnues, mais les conclusions en sont superficielles. <i>Exemple : « Enfant, j'étais la prune des yeux de mon père. Il m'idéalisait. D'ailleurs ma mère aussi était fantastique, elle n'a jamais été jalouse de moi. »</i>
7	Fonction réflexive appropriée, mais incomplète	Les motivations et les états mentaux d'autrui sont bien reconnus. Il peut seulement y avoir certaines omissions ou une certaine restriction par rapport, par exemple, aux aspects inconscients des motivations. <i>Exemple : « Ce n'était pas toujours facile avec mon père, je n'osais pas lui parler et lui non plus je crois, je l'ai toujours senti à distance. »</i>
9	Fonction réflexive complète	L'entretien fait référence aux désirs inconscients, aux émotions dans une tentative de donner un sens au comportement de soi-même et d'autrui. <i>Exemple : « Je pense que j'ai dû me sentir frustré d'être si dépendant de ma mère, sinon je n'aurais pas eu tant de colère. »</i>

attention à ce qu'il imagine que les autres peuvent ressentir autour de lui avec des questions comme : *As-tu une idée de ce que tes amis pensent de toi?* ou *Que penses-tu que ton père a ressenti à ce moment-là?* Ce type d'entretien permet aussi d'évoquer des épisodes de vulnérabilité comme des moments où l'enfant a été malade, blessé ou quand il y a eu une dispute parentale, une séparation ou encore un décès dans l'entourage de l'enfant. Toutes ces questions sont autant d'occasions pour l'enfant de pouvoir aborder des états mentaux, chez lui-même comme chez autrui. C'est sur la base de la qualité de cette évocation que la CAME évalue les représentations d'attachement et la mentalisation. Les entretiens avec l'enfant sont enregistrés en vidéo et transcrits mot à mot avant d'être codés par un codeur ne connaissant ni les objectifs de l'étude ni le groupe auquel l'enfant appartient. Le tiers des entretiens ont été codés par un deuxième juge, des coefficients de Kappa pondérés ont été calculés pour chacun des items. Des scores interjuges satisfaisants (80 % d'entre eux à plus de .650) ont été obtenus.

La CAME est un *Q-sort* composé de 63 items. Ces items sont triés une première fois en fonction de leur correspondance avec les caractéristiques du discours de l'enfant. Certains items qualifient la *cohérence* du discours en faisant référence aux maximes de Grice (1979) : la *qualité* (sincérité, authenticité), la *quantité* (autant d'information qu'il est requis, mais pas plus), la *relation* (la pertinence par rapport à ce que demande

l'interlocuteur) et la *manière* (clair et ordonné sans ambiguïté). D'autres items mesurent spécifiquement les caractéristiques d'un discours reflétant une fonction réflexive de qualité. Ces items mettent alors l'accent sur la capacité de l'enfant à évoquer des états mentaux chez lui-même comme chez autrui, à reconnaître le rôle de ces états mentaux dans la compréhension du comportement des individus, à reconnaître aussi que ces états mentaux peuvent nous échapper et que chacun peut vivre les choses selon différentes perspectives. D'autres items sont plus utilisés pour qualifier la qualité de l'attachement. Il s'agit par exemple de l'évocation par l'enfant des figures parentales en tant que source de réconfort ou de la possibilité pour l'enfant de décrire des souvenirs épisodiques avec ses parents qui soient cohérents avec les descriptions plus générales que l'enfant fait de ce qu'il estime être sa relation avec eux. Enfin, quelques items permettent de qualifier la façon dont l'enfant entre en contact avec l'interviewer et profite de cette occasion pour explorer sa vie psychique.

Selon la méthode *Q-sort*, 63 items sont présentés sur des cartes ou directement sous format numérique (Web-CAME, Borghini *et al.*, 2014b). Après avoir lu la transcription de l'entretien, le codeur répartit les cartes en sept piles, en les triant du plus vrai au plus faux, c'est-à-dire en fonction de leur degré d'accord avec chacune des propositions décrites. Chaque item reçoit ainsi un score (entre 1 et 7 points). Les scores des items sont ensuite comparés (selon la procédure de corrélations Q) à des scores prototypiques caractérisant cinq profils d'enfants déterminés à l'avance par des experts de l'attachement et de la mentalisation. Ces cinq profils présentent des scores prototypiques pour un enfant *Sécure*, un enfant *Désactivé*, un enfant *Hyperactivé*, un enfant *Désorganisé* et un enfant *Mentalisé*. Ci-dessous, chacun des prototypes est décrit théoriquement succinctement :

- *Prototype Sécure* : L'enfant répond volontiers aux questions, se montre à l'aise dans la relation avec l'interviewer. Lorsqu'on demande à l'enfant de décrire des épisodes relationnels avec ses parents, il trouve des exemples et peut raconter l'épisode avec des détails vivants et authentiques. Les émotions positives comme négatives sont abordées. Quand l'enfant évoque des moments de vulnérabilité, les parents sont décrits comme des sources de réconfort avec qui le contact et la proximité ne sont pas évités.
- *Prototype Désactivé* : L'enfant peut peiner à répondre aux questions et à trouver des exemples d'épisodes relationnels et émotionnels. Son discours est factuel, parfois même stéréotypé et plaqué. Les souvenirs surtout positifs sont relatés, les conflits très peu abordés ou de façon superficielle.
- *Prototype Hyperactivé* : Le discours est plein de détails superflus. L'enfant peut décrire des souvenirs, mais ceux-ci débordent le cadre

de l'entretien. Des émotions négatives peuvent prendre le dessus, les conflits semblent se réactualiser lors de l'entretien. Les parents ne semblent pas représenter des sources de réconfort, mais plutôt des sources d'émotions négatives (déception, colère, renversement des rôles...).

- *Prototype Désorganisé* : L'enfant a de la peine à partager ce qu'il vit, il peut sembler submergé par la situation d'entretien. Le discours est difficile à suivre, contradictoire, entrecoupé. L'enfant peut paraître parfois absent ou occupé ailleurs, des éléments d'agressivité ou de débordement émotionnel peuvent apparaître.
- *Prototype Mentalisé* : L'enfant évoque sa vie psychique, ses sentiments et ses émotions, ce qui le motive, ce à quoi il croit, avec authenticité. Il cherche à comprendre son comportement et celui des autres, s'intéresse aux éprouvés de son entourage, aux raisons de leur comportement. Il s'appuie sur ce qu'il observe tout en reconnaissant qu'il ne peut pas être sûr. Lorsqu'il décrit un comportement ou un état mental, il le contextualise, peut le faire évoluer en fonction de la perspective. On a le sentiment d'une découverte au cours même de l'entretien. La relation avec l'interviewer peut aussi représenter un appui à la réflexion.

Les prototypes *Sécure* et *Mentalisé* sont souvent fortement corrélés vu qu'ils partagent certaines descriptions, notamment autour de la capacité à évoquer des émotions et des souvenirs dans le lien à l'entourage affectif. On peut résumer brièvement ce qui fait leur différence ainsi : le prototype *Sécure* est plus axé sur le sentiment que l'enfant évoque des relations proches comme source de réconfort tandis que le prototype *Mentalisé* se centre sur la capacité de l'individu à reconnaître ses états mentaux et ceux des autres.

Les participants sont comparés individuellement aux scores de chacun de ces prototypes selon un calcul des coefficients de corrélation de Pearson. Chaque enfant obtient des coefficients de corrélation, ce qui permet de connaître le profil de l'enfant en termes de qualité de l'attachement et de la mentalisation en comparaison avec chaque prototype défini par les experts.

RÉSULTATS

Le premier objectif de la présente étude est de montrer quelles peuvent être les différences quant à la qualité de la mentalisation chez le parent (en l'occurrence la mère) pendant la période périnatale, c'est-à-dire à 6 et 18 mois d'âge corrigé à la suite d'une naissance prématurée. La Figure 1 nous informe que la qualité de la mentalisation est

Mentalisation 18 mois et 11 ans après une prématurité

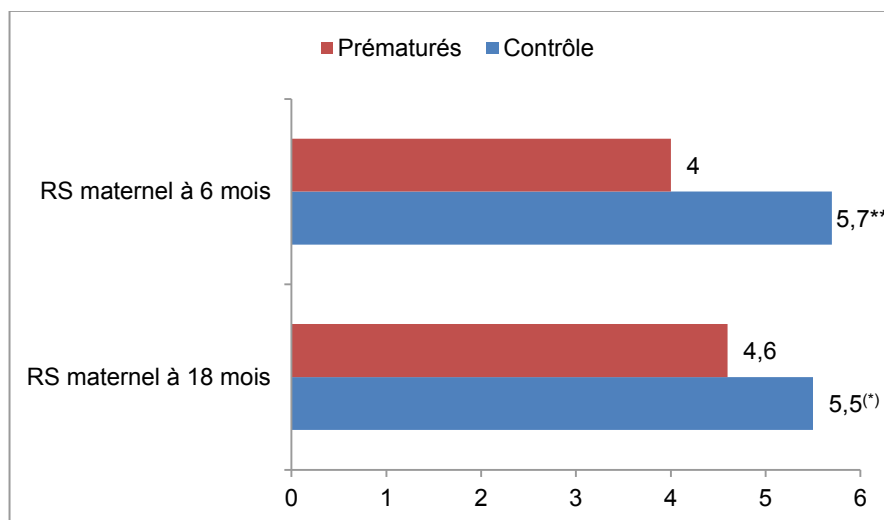


Figure 1. Mentalisation maternelle 6 et 18 mois après la naissance.

significativement marquée par la prématurité chez les mères, en particulier six mois après la naissance. Cette différence devient marginale 18 mois après la naissance pour l'ensemble du groupe des prématurés en comparaison avec le groupe à terme (ANOVA explorant FR maternelle à 6 mois [$F(1,52) = 10,06$, $p = .002$] et FR à 18 mois [$F(1,52) = 3.72$, $p = .059$]). Lorsqu'on compare les dyades mère-enfant en fonction de la sévérité de la prématurité (*Risque modéré* et *Risque élevé*), on observe qu'à 18 mois, les mères du groupe à *Risque élevé* continuent d'avoir des scores de mentalisation significativement plus bas que le groupe contrôle [$F(1,52) = 3.99$, $p = .025$], ce qui n'est pas le cas entre le groupe à risque modéré et le groupe contrôle.

Chez l'enfant, à 11 ans (Figure 2), la qualité de l'attachement est marquée par la prématurité avec des scores significativement plus bas de sécurité et plus élevés de désorganisation selon le codage de l'entretien d'attachement à 11 ans. Ce sont en particulier les prématurés à risque élevé qui se différencient du groupe contrôle quant à ces dimensions [Posthoc Tukey : $F(2,52) = 3.14$, $p < .05$ entre le groupe contrôle et les prématurés à *Risque élevé* pour l'indice de sécurité; $F(2,52) = 4.05$, $p < .05$ pour l'indice de désorganisation]. La qualité de la mentalisation chez l'enfant d'âge scolaire est marginalement inférieure dans le groupe des enfants nés prématurément en comparaison avec ceux nés à terme sans que cela puisse être considéré comme significatif.

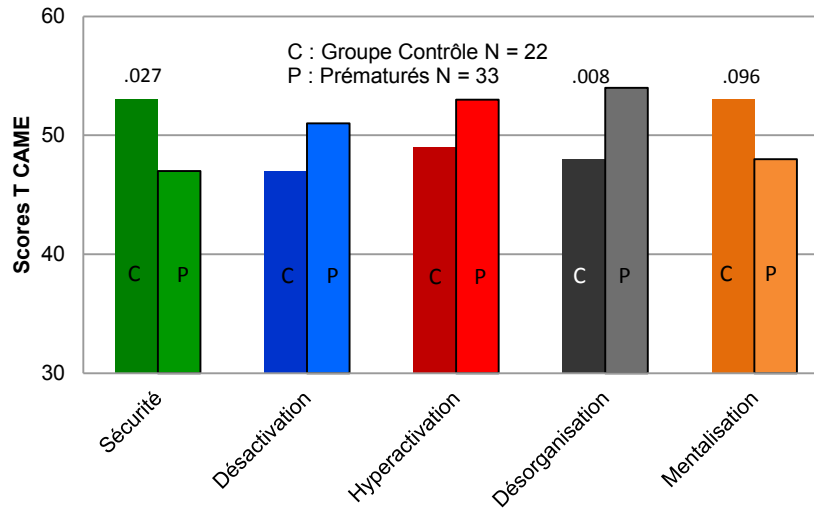


Figure 2. Attachement et mentalisation chez l'enfant en fonction de la prématurité.

Le deuxième objectif de l'étude est de mettre en évidence la transmission de la fonction réflexive entre la mère et l'enfant et de comprendre comment la prématurité peut affecter ou non cette transmission. Une première corrélation nous indique que les évaluations de la fonction réflexive de la mère et de l'enfant corrélaient significativement (corrélation de Pearson pour FR maternelle à 6 mois avec score de mentalisation de l'enfant à 11 ans : $r(53) = .35, p < .01$; avec FR maternelle à 18 mois : $r(53) = .50, p < .001$). Pour préciser ces résultats, nous avons séparé en deux groupes les mères sur la base de leurs scores à l'échelle de mentalisation à 18 mois, la médiane étant utilisée comme point de coupure. La Figure 3 montre que dans le groupe des enfants nés à terme de même que chez les prématurés à *Risque modéré*, lorsque la mère présente un score élevé de mentalisation à 18 mois, les enfants présentent un score significativement plus élevé que ceux qui ont une mère avec un score de mentalisation bas. On peut suggérer ici qu'il y a dans ces deux groupes une forme de transmission de cette compétence. Ce n'est pas le cas pour les prématurés à *Risque élevé*. Dans ce groupe-là, les prématurés qui ont eu une mère avec de bonnes capacités de mentalisation ne montrent pas de compétences particulières dans ce domaine. Ils se différencient significativement des prématurés à *Risque modéré* et des enfants nés à terme avec un score de mentalisation diminué (ANOVA pour le groupe des enfants de mères avec un score de mentalisation élevé : $F(1;52) = 3.76, p < .05$).

Mentalisation 18 mois et 11 ans après une prématurité

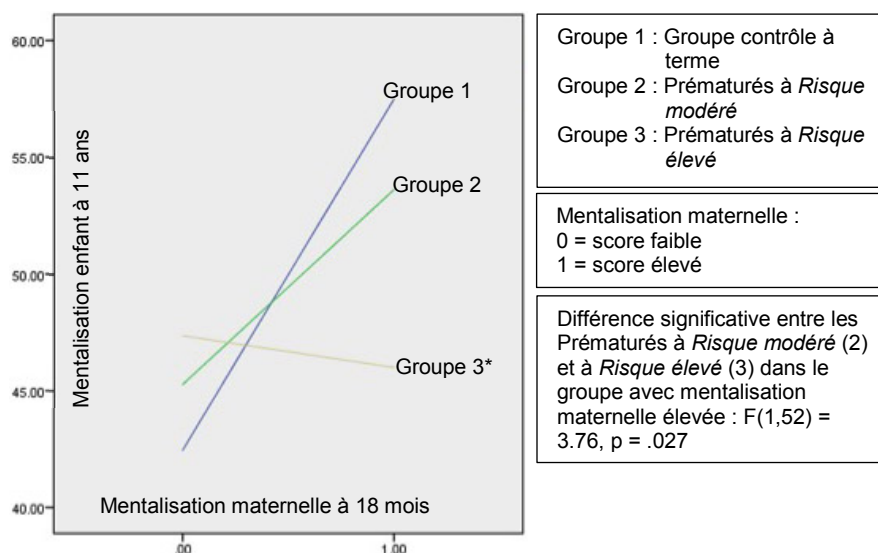


Figure 3. Mentalisation chez l'enfant à 11 ans en fonction de la mentalisation maternelle à 18 mois.

DISCUSSION

L'étude présentée ici nous enseigne premièrement que la prématurité – et en particulier une grande prématurité ayant entraîné des complications durant l'hospitalisation – est associée à des capacités de mentalisation diminuées chez la mère 6 et 18 mois après la naissance. On observe une certaine amélioration au cours du temps, mais uniquement chez les mères avec un bébé prématuré à risque modéré. On peut faire l'hypothèse que cela soit lié au stress parental qui lui-même peut marquer les capacités de mentalisation. Lorsque le stress parental diminue (Borghini *et al.*, 2014a; Singer, Salvator, Guo, Collin, Lillien, & Baley, 1999), cela permet probablement aux capacités de mentalisation de récupérer. Cela reste à confirmer dans de futures analyses ou de nouvelles études.

Chez l'enfant de 11 ans, on apprend dans la présente étude que la qualité de l'attachement est affectée par la prématurité et que ce sont surtout les prématurés à haut risque qui montrent moins de sécurité, plus de désorganisation par rapport aux prématurés plus modérément touchés qui eux ne se différencient pas significativement du groupe contrôle. C'est aussi dans ce groupe que la transmission d'une génération à l'autre de ces compétences semble atténuée comme on a pu le montrer avec l'effet d'interaction entre la sévérité de la prématurité et la qualité de la fonction réflexive maternelle précoce. C'est ainsi le seul groupe chez qui la qualité

de la fonction réflexive chez l'enfant à 11 ans n'est pas liée à celle de la mère à 18 mois.

On peut rappeler ici que ce groupe de prématurés à *Risque élevé* ne présente aucune séquelle majeure liée à la prématurité. Tous les enfants présentant des difficultés développementales ont été exclus. On peut donc se poser la question de l'expérience particulière que ces enfants ont vécue pendant leurs premiers mois de vie et des éventuels liens entre celle-ci et les dimensions d'attachement et de mentalisation qui reflètent au moins en partie les capacités de régulation émotionnelle.

Lors d'une prématurité, dès les premiers moments après la naissance, les interactions précoces peuvent être altérées et les modes de régulation émotionnelle peuvent être au moins en partie entravés. Le bébé, privé d'un contact corporel prolongé en raison des soins nécessaires à sa survie, peut traverser une période de dystimulation sensorielle (Bloch, Mellier, & Brion, 1984) liée à la fois à une expérience de déprivation (absence de stimulations tactiles et vestibulaires en particulier) et aux épisodes nociceptifs (procédures de soins invasives et douloureuses, parfois sans possibilité de respecter les rythmes du bébé).

Le bébé prématuré est privé, au moins pendant un temps, de ces occasions de réguler ses états internes par un recours à l'autre de façon ajustée, proche, mutuelle et multimodale. Ce manque d'expérience dans ce domaine peut marquer sa façon de sentir et de vivre ses états internes. C'est là tout l'intérêt de mieux comprendre l'impact de la prématurité sur les capacités de mentalisation de l'enfant né grand prématuré. En effet, on peut comprendre la mentalisation comme un processus ancré dans les éprouvés internes et dans les liaisons somatopsychiques qui permettent de se représenter inconsciemment ou consciemment ces éprouvés. Il est possible que ce manque d'interaction précoce puisse marquer l'enfant dans son développement et, en particulier, dans la possibilité de sentir le corps de l'autre, de se sentir devenir eux-mêmes dans l'interaction corporelle, le contact tactile, le partage sensoriel et émotionnel, de ce que l'on pourrait appeler une sensorimotricité partagée comme le propose Nadel (2016) et aussi de tout ce qu'il en est de la multisensorialité propre aux échanges avec le tout petit et si nécessaire à son développement futur (Murray, 2016).

De plus, les parents exposés à un stress intense, du fait majoritairement de leurs inquiétudes quant au devenir de leur bébé, se montrent parfois différents dans l'interaction avec leur tout petit. On a pu montrer comment le jeu précoce à 6 et 18 mois pouvait être altéré (Muller-Nix *et al.*, 2004; Forcada-Guex *et al.*, 2006) avec un aménagement des interactions vers une vérification des performances de l'enfant plutôt que

vers des moments de plaisir partagé, d'échanges et de découverte mutuelle (Borghini & Muller-Nix, 2015a; 2015b). Les bases des capacités de mentalisation sont ainsi marquées par cette naissance, et ceci, en particulier chez les prématurés à risque élevé pour qui l'expérience sera sensiblement plus intense. Ces bases ont notamment trait aux capacités de symbolisation qui se mettent en place dans la toute petite enfance et on a pu montrer comment la qualité des interactions pouvait être liée aux capacités de générer un narratif symbolisant (des petites histoires à compléter avec du matériel de jeu) chez des enfants de 4 ans nés prématurément (Miljkovitch *et al.*, 2013). La prématurité peut donc être comprise comme un événement qui peut marquer les capacités de régulation émotionnelle dans la relation à l'autre et par là même des compétences de mentalisation.

CONCLUSION

Il reste encore beaucoup de chemin pour comprendre comment ces processus se créent et quel impact des expériences précoces de déprivation, dystimulation ou surstimulation sensorielle peuvent avoir sur le développement émotionnel du tout petit. Dans les années 1990, une célèbre méta-analyse de van IJzendoorn et Marinus (1995) avait mis en évidence que la qualité de l'attachement ne dépendait pas uniquement de la sensibilité maternelle suggérant que d'autres éléments échappaient encore à notre compréhension pour expliquer comment l'enfant parvient ou non – dans la relation proche avec un adulte choisi préférentiellement comme figure d'attachement – à réguler ses émotions et à retrouver l'apaisement après un épisode de stress. Lorsqu'on cherche à comprendre comment et pourquoi la grande prématurité affecte la qualité de la mentalisation chez l'enfant ancien prématuré exempt de séquelles majeures, un grand nombre d'éléments doivent être recherchés pour en apprécier toute la complexité. Les éléments liés à l'environnement affectif comptent sans aucun doute pour une part importante, mais les éléments liés à l'expérience des premières semaines de vie en l'absence de contacts sensoriels de proximité comptent probablement également. La grande prématurité (< à 32 semaines de gestation) – qui correspond à 1-2 % des naissances – représente ainsi une occasion unique de comprendre comment ces processus se mettent en place au début de la vie. Il reste aussi à comprendre comment cela se passe bien dans la plupart des cas, puisque parmi ces 1 à 2 % d'enfants nés très prématurément, une majorité s'en sortira sans difficulté. Il nous semble important que ce message soit transmis aux parents pour les aider à porter positivement le développement de leur enfant et à profiter pleinement de leur relation affective.

 RÉFÉRENCES

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale N.J. : Erlbaum.
- Bloch, H., Mellier, D., & Brion, F. (1984). Étudier et combattre les effets de la prématurité : revue critique des méthodes et hypothèses : I. Les conséquences d'une naissance prématurée. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 4(2), 101-126.
- Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Nessi J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., *et al.* (2014a). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother-infant interaction : The case of preterm birth. *Infant Behavior and Development*, 37(4), 624-631.
- Borghini, A., & Muller-Nix, C. (2008). *Un étrange petit inconnu. La rencontre avec l'enfant né prématuré*. Toulouse : Érès.
- Borghini, A., & Muller-Nix, C. (2015a). Traumatisme parental et conséquences lors d'une naissance prématurée. *Contraste*, 41(1), 65-84.
- Borghini, A., & Muller-Nix, C. (2015b). Destins de la parentalité suite à la naissance d'un grand prématuré. *Enfance*, 3, 307-331.
- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Habersaat, S., Faure, N., Turpin, H., Casonato, M., *et al.* (2014b). *La CAME : Cartes pour l'évaluation de la Mentalisation et de l'Attachement chez l'Enfant d'âge scolaire*. Documents non publiés.
- Brazelton, T. B. (1983). *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*. Paris : Stock.
- Cassibba, R., van IJzendoorn, M. H., & Coppola, G. (2012). Emotional availability and attachment across generations : variations in patterns associated with infant health risk status. *Child : Care, Health & Development*, 38(4), 538-544.
- Easterbrooks, M. A. (1989). Quality of attachment to mother and to father : effects of perinatal risk status. *Child Development*, 60(4), 825-830.
- Faure, N., Habersaat, S., Morisod Harari, M., Muller-Nix, C., Borghini, A., Ansermet, F., *et al.* (2016, accepté). Maternal sensitivity : a resilience factor against internalizing symptoms in early adolescents born very preterm. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Feeley, N., Zekowitz, P., Cormier, C., Charbonneau, L., Lacroix, A., & Papageorgiou, A. (2011). Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Applied Nursing Research*, 24(2), 114-117.
- Feldman, R. (2015a). Sensitive periods in human social development : New insights from research on oxytocin, synchrony, and high-risk parenting. *Development and Psychopathology*, 27(2), 369-395.
- Feldman, R. (2015b). Mutual influences between child emotion regulation and parent-child reciprocity support development across the first 10 years of life : Implications for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 27(4pt1), 1007-1023.
- Fischi-Gomez, E., Muñoz-Moreno, E., Vasung, L., Griffa, A., Borradori-Tolsa, C., Monnier, M., *et al.* (2016). Brain network characterization of high-risk preterm-born school-age children. *NeuroImage Clinical*, 11, 195-209.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY : Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states : The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Target, M., & Schachter, A. (1996). *Reflective-self functioning manual for application to adult attachment interviews*. Document confidentiel.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21-26.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), 107-114.

- Frodi, A., & Thompson, R. (1985). Infant's affective responses in the strange situation : Effects of prematurity and of quality of attachment. *Child Development*, 56(5), 1280-1290.
- Grice, H. P. (1979). Logique et conversation. In R. Barthes (Éd.), *La conversation* (p. 57-72). Paris : Le Seuil.
- Jarjour, I. T. (2015). Neurodevelopmental outcome after extreme prematurity : a review of the literature. *Pediatric Neurology*, 52(2), 143-152.
- Johnson, S., Kochhar, P., Hennessy, E., Marlow, N., Wolke, D., & Hollis, C. (2016). Antecedents of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children born extremely preterm. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(4), 285-297.
- Jones, K. M., Champion, P. R., & Woodward, L. J. (2013). Social competence of preschool children born very preterm. *Early Human Development*, 89(10), 795-802.
- Joseph, R. M., O'Shea, T. M., Allred, E. N., Heeren, T., Hirtz, D., Paneth, N., et al. (2016). Prevalence and associated features of autism spectrum disorder in extremely low gestational age newborns at age 10 years. *Autism Research*. doi : 10.1002/aur.1644
- Jubenville, J., Newburn-Cook, C., Hegadoren, K., & Lacaze-Masmonteil, T. (2012). Symptoms of acute stress disorder in mothers of premature infants. *Advances in Neonatal Care*, 12(4), 246-253.
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164-173.
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2003). The importance of parenting during early childhood for school-age development. *Developmental Neuropsychology*, 24(2-3), 559-591.
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2006). Responsive parenting : establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental Psychology*, 42(4), 627-642.
- Longo, D. R., Kruse, R. L., LeFevre, M. L., Schramm, W. F., Stockbauer, J. W., & Howell, V. (1999). An investigation of social and class differences in very-low birth weight outcomes : a continuing public health concern. *Journal of Health Care Finance*, 25(3), 75-89.
- López, P. O., & Bréart, G. (2013). Sociodemographic characteristics of mother's population and risk of preterm birth in Chile. *Reproductive Health*, 16(10), 26.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104.
- Mehler, K., Wendrich, D., Kissgen, R., Roth, B., Oberthuer, A., Pillekamp, F., et al. (2011). Mothers seeing their VLBW infants within 3h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior : Evidence of a sensitive period with preterm infants? *Journal of Perinatology*, 31(6), 404-410.
- Miljkovitch, R., Moran, G., Roy, C., Jaunin, J., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., et al. (2013). Maternal interactive behaviour as a predictor of preschoolers' attachment representations among full term and premature samples. *Early Human Development*, 89(5), 349-354.
- Miller, S. L., Huppi, P. S., & Mallard, C. (2016). The consequences of fetal growth restriction on brain structure and neurodevelopmental outcome. *Journal of Physiology*, 594(4), 807-823.
- Missonnier, S. (2015). *La consultation thérapeutique périnatale : Un psychologue à la maternité*. Toulouse : Érès.
- Misund, A. R., Nerdum, P., & Diseth, T. H. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 263.
- Molénat, F. (1992). *Mères vulnérables : Les maternités s'interrogent*. Paris : Stock.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145-158.
- Murray, M. M. (2016). *Les interactions multisensorielles : une perspective neuroscientifique*. Communication Journée André Bullinger, Lausanne.

- Nadel, J. (2016). *L'instrumentation du corps chez André Bullinger : une notion-carrefour entre sensorimotricité solitaire et sensorimotricité partagée*. Communication Journée André Bullinger, Lausanne.
- Nosarti, C., Rushe, T. M., Woodruff, P. W. R., Stewart, A. L., Rifkin, L., & Murray, R. M. (2004). Corpus callosum size and very preterm birth : Relationship to neuropsychological outcome. *Brain*, 127(9), 2080-2089.
- Pennestri, M.-H., Gaudreau, H., Bouvette-Turcot, A.-A., Moss, E., Lecompte, V., Atkinson, L., et al. (2015). Attachment disorganization among children in Neonatal Intensive Care Unit : Preliminary results. *Early Human Development*, 91(10), 601-606.
- Peterson, B. S., Vohr, B., Steib, L. H., Cannistraci, C. J., Dolberg, A., Schneider, K. C., et al. (2000). Regional brain volume abnormalities and long-term cognitive outcome in preterm infants. *JAMA*, 284(15), 1939-1947.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien : Théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.
- Plunkett, J. W., Meisels, S. J., Stiefel, G. S., Pasick, P. L., & Roloff, D. W. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(6), 794-800.
- Scheiner, A. P., & Sexton, M. E. (1991). Prediction of developmental outcome using a perinatal risk inventory. *Pediatrics*, 88(6), 1135-1143.
- Shaw, R. J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B., & Koopman, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47(3), 206-212.
- Shaw, R. J., St-John, N., Lilo, E., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D. K., et al. (2014). Prevention of traumatic stress in mothers of preterms : 6-month outcomes. *Pediatrics*, 134(2), e481-e488.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The child attachment interview : A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44(4) 939-956.
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*, 281(9), 799-805.
- Steele, H., & Steele, M. (2005). The construct of coherence as an indicator of attachment security in middle childhood : The Friends and Family Interview. In K. A. Kerns & R. A. Richardson (Éds), *Attachment in middle childhood* (p. 137-160). New York, NY : Guilford Press.
- Taylor, H. G., Minich, N. M., Klein, N., & Hack, M. (2004). Longitudinal outcomes of very low birth weight : Neuropsychological findings. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(2), 149-163.
- Udry-Jørgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada Guex, M., Ansermet, F., et al. (2011). Quality of attachment, perinatal risk and mother-infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 305-318.
- Urban, S., Van Hanswijck, L., Barisnikov, K., Pizzo, R., Monnier, M., Lazeyras, F., et al. (2015). Gestational age and gender influence on executive control and its related neural structures in preterm-born children at 6 years of age. *Child Neuropsychology*, 23, 1-20.
- van IJzendoorn, M. & Marinus, H. (1995). Of the way we are : On temperament, attachment, and the transmission gap. *Psychological Bulletin*, 117(3), 411-415.
- Wille, D. E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14(2), 227-240.
- Wolke, D., Baumann, N., Strauss, V., Johnson, S., & Marlow, N. (2015). Bullying of preterm children and emotional problems at school age : Cross-culturally invariant effects. *Journal of Pediatrics*, 166(6), 1417-1422.
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. (2003). *Working Model of the Child Interview Coding Manual-Revised*. Manuscript non publié, Tulane University School of Medicine, New Orleans.

RÉSUMÉ

Suite à une naissance prématurée, les parents vivent un stress parfois intense et l'enfant expérimente un début de vie particulier où les contacts corporels proches sont quelque peu

Mentalisation 18 mois et 11 ans après une prématurité

entravés. Ces éléments peuvent marquer la mise en place de la régulation émotionnelle chez le petit enfant. Les capacités de mentalisation s'ancrent au moins en partie sur ces capacités de régulation émotionnelle qui se construisent dans la relation à l'autre et l'on peut faire l'hypothèse que la prématurité peut marquer les capacités de mentalisation du parent comme de l'enfant et ceci même chez des enfants nés très prématurément exempts de séquelles. C'est ce qu'a voulu mettre en évidence l'étude présentée ici. A partir des entretiens d'attachement réalisés 18 mois puis 11 ans après la naissance, cette étude montre comment la naissance d'un grand prématuré ($\leq$ à 32 semaines de gestation) peut affecter les capacités de mentalisation d'une dyade mère-enfant confrontée à cet événement périnatal.

MOTS CLÉS

mentalisation, prématurité, développement, attachement, transmission intergénérationnelle

ABSTRACT

After a premature birth, the parental stress could be very intense and the child could experience a particular start of life without usual skin and body contact. These elements could strongly affect the initial adjustment allowing the future emotional regulation capacities of the child. The mentalization competencies are based at least in part on this emotional regulation which develops through the relationship with others. Thus, we can make the hypothesis that the premature birth could affect the mentalization competencies even with preterm born children without after-effects due to the prematurity. This is the purpose of the present study. On the basis of attachment interviews with parents and children 18 months and 11 years after the birth, this study shows how prematurity impacts the mentalization competencies of the mother-child dyad confronted to this adverse perinatal event.

KEY WORDS

mentalization, prematurity, development, attachment, intergenerational transmission
