



HAL
open science

Impact de la prématurité sur le sentiment de compétence parentale et sur l'attachement mère/enfants dans un contexte de gémellité

Elodie Piquemal

► **To cite this version:**

Elodie Piquemal. Impact de la prématurité sur le sentiment de compétence parentale et sur l'attachement mère/enfants dans un contexte de gémellité. Psychologie. 2012. dumas-00743664

HAL Id: dumas-00743664

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743664v1>

Submitted on 23 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX 2

Master 2 Professionnel

**Psychologie spécialité Education, développement, handicap
de la petite enfance à l'adolescence**

Semestre 4 – UE 10

Année 2011/2012

**Impact de la prématurité sur le sentiment
de compétence parentale et sur
l'attachement mère/enfants dans un
contexte de gémellité**

Elodie PIQUEMAL

Directeur de mémoire : Martine JARDINE

Remerciements

Je tiens à remercier Martine Jardiné et Eva Toussaint pour leur guidance et leur aide tout au long de ce travail d'étude et de recherche intéressant et enrichissant sur les relations entre les jumeaux et leur famille.

Je tiens également à adresser mes remerciements à Anne Denjoy de m'avoir accueillie en stage tout au long d'une année et de m'avoir fait découvrir son travail de psychologue au sein du service de Néonatalogie de la Maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Je la remercie pour sa disponibilité, son soutien, son aide et de ses conseils.

Je remercie également mes parents et mes amis, plus particulièrement Laurie, pour leur présence et leur soutien dans l'entreprise de cette recherche.

Résumé

Cette recherche se donne pour objectif général d'étudier la gémellité et la prématurité et l'impact de la prématurité sur le sentiment de compétence parentale chez les mères de nouveau-nés jumeaux et sur l'attachement mère-enfants. En nous basant sur des notions théoriques, nous avons essayé de comprendre comment les conditions particulières de la naissance prématurée pouvaient avoir des répercussions sur le sentiment de compétence parentale des mères, elles aussi « prématurées ». C'est au travers d'une recherche sur le terrain auprès de nouveau-nés jumeaux ainsi qu'auprès de leur famille, plus particulièrement de leur mère, que nous avons tenté de répondre à ce questionnement.

Nous avons donc choisi d'évaluer le sentiment de compétence parentale à l'aide de l'échelle « sentiment d'efficacité parentale » de l'échelle des cognitions et des conduites parentales (PACOTIS) ainsi que la qualité de la relation d'attachement mère-enfants avec les échelles « exploration-proximité » et « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement. Nous avons procédé à des corrélations entre l'âge gestationnel de naissance et la durée d'hospitalisation des jumeaux et le score obtenu par les mères à l'échelle « sentiment d'efficacité parentale » du PACOTIS ainsi qu'aux échelles « exploration-proximité » et « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement. Afin d'aller plus loin dans l'analyse des résultats, nous avons réalisé des comparaisons de moyennes.

Les résultats de cette recherche nous amènent à la conclusion que la prématurité et avec elle, la durée d'hospitalisation, n'est pas une situation entraînant un faible sentiment de compétence parentale ni un attachement mère-enfants de mauvaise qualité dans la mesure où l'âge gestationnel de naissance n'est ni corrélé avec le sentiment de compétence parentale ni avec la qualité de la relation d'attachement mère-enfants, de plus, les moyennes des scores obtenus à l'échelle « sentiment d'efficacité parentale » du PACOTIS et aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement tendent à être sensiblement équivalentes. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que pendant la période d'hospitalisation de leurs enfants, les mères des nouveau-nés jumeaux prématurés bénéficient d'un accompagnement et d'un soutien à la parentalité par les professionnels du soin du service de néonatalogie qui vient contrebalancer l'impact de la prématurité. Ce soutien s'appuie sur différentes interventions assurées par tous les membres de l'équipe soignante, quelque soit leur fonction.

Mots-clés : gémellité, prématurité, parentalité, sentiment d'efficacité parentale, attachement mère-enfants.

Abstract

The general objective of this research is to study twinning and prematurity and the impact of prematurity on the parental self-efficacy among mothers of newborn twins and mother-child attachment. Based on theoretical notions, we tried to understand how the particular conditions of premature birth could affect the parental self-efficacy of mothers, too "premature". It is through a field research with newborn twins as well as with their family, especially their mother, we have tried to answer these questions.

We therefore chose to assess the parental self-efficacy using scale "parental self-efficacy" scale cognitions and parenting (PACOTIS) and the quality of the attachment relationship mother-child scales with "near-exploration" and "differential response" of the short version of the Attachment Q-Sort. We conducted correlations between gestational age and birth length of hospitalization twins and score by mothers across "parental self-efficacy" as well as the PACOTIS scales "near-exploration" and "differential response" of the short version of the Attachment Q-Sort. To go further in the analysis of the results, we conducted mean comparisons.

The results of this research lead us to the conclusion that prematurity and with it, the duration of hospitalization is not a situation leading to a low parental self-efficacy nor a mother-child attachment poor quality since the gestational age of birth is not correlated with the parental self-efficacy or the quality of the attachment relationship mother-child, moreover, the average scores on the scale "parental self-efficacy" of PACOTIS and scales "near-exploration" and "differential response" of the short version of the Attachment Q-sort tend to be substantially equivalent. These results can be explained by the fact that during the hospitalization of their children, mothers of newborn premature twins receive guidance and support to parenting by professional care of neonatal service that counterbalances the impact of prematurity. This support is based on various interventions undertaken by all members of the healthcare team, whatever their function.

Keywords: twinning, prematurity, parenting, parental self-efficacy, mother-child attachment.

Sommaire

Remerciements	2
Résumé	3
Abstract	4
Sommaire	5
Introduction	7
Chapitre 1 - Partie théorique	8
I. La prématurité	8
1. <i>Définition</i>	8
2. <i>Immaturité somatique</i>	9
3. <i>Le nouveau-né prématuré</i>	10
4. <i>La grossesse gémellaire : une grossesse à haut risque de prématurité</i>	12
II. La parentalité	14
1. <i>Définition</i>	14
2. <i>Etre parents de jumeaux : une parentalité malmenée</i>	16
3. <i>Prématurité : les enjeux d'une parentalité en devenir</i>	18
III. Le sentiment de compétence parentale	21
1. <i>Le sentiment d'efficacité personnelle</i>	21
2. <i>Le sentiment d'efficacité parentale</i>	23
IV. Gémellité et prématurité : difficultés de l'attachement précoce	25
1. <i>L'attachement précoce mère-enfant</i>	25
2. <i>La relation mère/jumeaux</i>	27
3. <i>Prématurité : un lien rompu</i>	28
V. Problématique et hypothèses	31
1. <i>Problématique</i>	31
2. <i>Hypothèses théoriques</i>	32

Chapitre 2 - Méthodologie	33
I. Population.....	33
II. Matériel.....	33
1. <i>Questionnaire socio-biographique</i>	33
2. <i>Evaluation du sentiment de compétence parentale</i>	33
3. <i>Evaluation de l'attachement mère/bébé</i>	34
III. Procédure	35
IV. Hypothèses opérationnelles	35
Chapitre 3 - Analyses statistiques	39
I. Analyses descriptives	39
II. Analyses corrélationnelles	40
Chapitre 4 - Discussion	44
Conclusion	50
Références bibliographiques.....	52
Annexes.....	56
A. Outils	57
B. Tableaux.....	67

Introduction

Le nombre de jumeaux, triplés et plus, a régulièrement augmenté ces dernières années. L'augmentation importante du nombre de grossesses multiples est liée essentiellement aux traitements de la stérilité : traitements inducteurs de l'ovulation et techniques de procréation médicalement assistée (PMA), et à l'accroissement de l'âge maternel. En raison d'une demande croissante, ces traitements sont mis en œuvre de plus en plus précocement. On assiste ainsi à un véritable boom des grossesses multiples qui se terminent dans la moitié des cas par une naissance prématurée. De ce fait, les premiers liens entre les enfants jumeaux et leurs parents, après la naissance, se tissent assez souvent en milieu hospitalier. La naissance prématurée peut mettre en péril la rencontre parents-enfant.

Le boom des grossesses multiples en France

	Taux de grossesses multiples	Taux d'enfants issus de grossesses multiples
1995	1,3%	2,5%
1998	1,7%	3,5%
2001	2,1%	4,2%

Sources : enquête DGS/Inserm pour 1995 et 1998, et réseau Sentinelle-Audipog pour 2001

La grande majorité des jumeaux – environ deux tiers – sont dizygotes, les autres sont monozygotes. C'est le taux de grossesse gémellaires dizygotes qui est sensible aux stimulations hormonales, soit artificielles, soit naturelles.

Si les grossesses multiples sont la règle chez les animaux, elles sont rares chez l'humain et le plus souvent se limitent aux grossesses gémellaires.

Les naissances multiples présentent un risque élevé de mortalité et de morbidité pour les femmes. Les enfants multiples ont un risque très élevé de prématurité, de petit poids à la naissance et de mortalité in utero et dans les deux premières années. Ils ont aussi un risque accru d'anomalies du développement neurologique.

De ce fait, l'arrivée de jumeaux dans une famille représente une situation bien spécifique. Elle entraîne pour les parents des difficultés psychosociales variées, provoquant ce que certains ont appelé le « stress des naissances multiples ».

Les grossesses gémellaires ont toujours existé, ont toujours marqué les esprits et ont fait se poser de nombreuses questions.

Chapitre 1 - Partie théorique

I. La prématurité

1. Définition

La prématurité est une naissance avant le terme normal. Pour la définir, selon une recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'âge gestationnel est un critère nécessaire et suffisant : est prématurée toute naissance qui survient avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues, soit 35 semaines de grossesse, mais après 24 SA, quel que soit le poids, mais au moins 500 g.

On distingue quatre stades de prématurité :

- La prématurité simple de 34 à 36 SA.

La maturité pulmonaire n'est pas toujours totalement acquise ; la coordination harmonieuse entre la succion et la déglutition, qui permet l'autonomie alimentaire se met en place vers la 34^{ème} semaine. Cependant, les risques inhérents à la prématurité simple sont faibles ; dans la plupart des cas, ni la vie ni l'intégrité neurologique ne sont menacées du fait de cette naissance précoce.

- La grande prématurité de 32 à 34 SA.

A ce terme, un nouveau-né requiert généralement des soins initiaux relevant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs ; il est souvent dépendant, au moins pendant quelques jours, d'une assistance respiratoire et d'une nutrition par perfusion. Au cours des premiers jours et parfois plus longtemps, sa vie peut être en danger. De même le risque neurologique est faible mais réel.

- La très grande prématurité de 28 à 32 SA.

A ce terme, il faut toujours recourir à des soins de réanimation parfois pendant plusieurs semaines. Le risque de survenue de complications mettant en jeu la vie de l'enfant est important et il persiste pendant plusieurs semaines ; le risque de lésions neurologiques est lui aussi important.

- La prématurité extrême de 28 à 25 SA.

Il est très difficile actuellement de faire des généralités sur ces prématurités extrêmes. La réanimation active de ces enfants est récente et leur nombre est faible. En outre, dans ce domaine, les progrès réalisés ces dernières années sont importantes et on peut espérer qu'ils vont continuer dans les années à venir. Néanmoins, la menace qui pèse tant sur la survie que sur l'intégrité neurologique d'un prématuré extrême est une réalité inéluctable.

2. *Immaturité somatique*

Du fait de sa prématurité, le nouveau-né va présenter un grand nombre d'immaturités à différents niveaux. Grâce aux progrès de la Néonatalogie, le nouveau-né prématuré se trouve en mesure de continuer sa maturation somatique en dehors du corps de sa mère.

La peau du nouveau-né prématuré est d'autant plus immature et perméable que l'enfant est né trop tôt. Une des fonctions essentielles de la peau est sa « fonction barrière » qui régule et limite les échanges entre le milieu intérieur de l'organisme et l'extérieur.

Cette « fonction barrière » est immature chez le nouveau-né à terme. Progressivement la peau du nouveau-né à terme mûrit pour acquérir une fonction barrière proche de celle d'un adulte vers l'âge de 3 mois.

La maturation de la peau du nouveau-né prématuré, du fait de l'exposition à l'air, va être accélérée et après deux à trois semaines elle va acquérir les mêmes compétences que la peau du nouveau-né à terme qui vient juste de naître. Elle va ensuite poursuivre sa maturation comme celle d'un enfant à terme. Ainsi, rien ne doit être appliqué sur la peau du nouveau-né prématuré au cours du premier mois de vie. A l'âge de 3 mois, les peaux des nourrissons nés à terme et nés prématurés ont une « fonction barrière » sensiblement équivalente.

Le nouveau-né prématuré souffre d'une immaturité pulmonaire. Il en résulte des difficultés respiratoires dès les premières heures de vie qui vont nécessiter une assistance respiratoire.

Lorsqu'un accouchement prématuré est prévisible, une cure de corticoïdes est administrée à la mère dans les dix jours précédant l'accouchement, ce qui permet d'accélérer la maturation pulmonaire du fœtus et d'éviter dans certains cas ces difficultés respiratoires néonatales.

Le nouveau-né prématuré présente une immaturité du rythme cardio-respiratoire. Les nouveau-nés prématurés de moins de 34-36 semaines font fréquemment des pauses respiratoires, des apnées, dues à l'immaturité de la commande neuro-respiratoire. Ces pauses peuvent entraîner une diminution de la quantité d'oxygène qui va se révéler sur les appareils

de surveillance par une « désaturation » c'est-à-dire une diminution de la saturation en oxygène de l'hémoglobine contenue dans les globules rouges.

Des ralentissements de la fréquence cardiaque sont également fréquents chez le nouveau-né prématuré en raison de l'immaturation du système de contrôle du rythme cardiaque qui rend celui-ci particulièrement sensible à toute perturbation (manque d'oxygène, pause respiratoire, reflux gastrique, etc.).

Le prématuré présente une immaturité digestive. Les différentes composantes de la fonction digestive sont d'autant plus immatures que l'enfant est prématuré. Cette immaturité, associée à des besoins nutritionnels particuliers, sont à l'origine de modalités spécifiques d'alimentation.

Avant le terme de 34-36 semaines, le prématuré doit être nourri à l'aide d'une sonde en raison de l'immaturation de la coordination succion, déglutition, respiration. Cette sonde est introduite par la bouche et se termine dans l'estomac.

Des rejets secondaires à un reflux gastro-œsophagien sont fréquemment observés chez le prématuré. L'évolution se fait, avec la maturation, vers la disparition spontanée du reflux.

Dû à l'immaturation hépatique, les prématurés ont, presque tous, un ictère, une jaunisse, qui débute vers le 2^{ème} ou 3^{ème} jour de vie. Cet ictère est dû à l'immaturation d'une des nombreuses fonctions du foie. La photothérapie ou lumière bleue est le traitement appliqué en attendant la maturation spontanée des fonctions hépatiques.

Le prématuré souffre également d'une immaturité rénale, les reins ont de nombreuses fonctions qui vont se développer progressivement après une naissance prématurée.

Enfin, l'immaturation du système nerveux central nécessite, surtout chez le prématuré de moins de 32 semaines d'âge gestationnel, une surveillance régulière en pratiquant des électro-encéphalogrammes et des échographies cérébrales. Une surveillance du fond d'œil est également pratiquée.

3. Le nouveau-né prématuré

L'enfant prématuré souffre de cette naissance subite, il entre dans un réel douloureux en passant brusquement d'un environnement en symbiose avec sa mère à un univers étrange et inquiétant. Il y a tout un équipement médical nécessaire à sa survie qui est inadéquat.

On voit alors chez l'enfant des mouvements d'évitement ou de repli et parfois des désorganisations. L'enfant a besoin de repos et de tranquillité mais on doit lui imposer des

conditions d'inconfort comme l'immobilisation d'un membre, le positionnement de sa tête, etc., peu compatibles avec ce besoin.

Il y a trop d'apports sensoriels d'un côté et pas assez de l'autre car les sensations cénesthésiques sont pauvres par rapport à celles rencontrées in utero ou vécues par l'enfant né à terme avec sa mère.

Or, l'enfant prématuré arrive au monde avec des compétences sensorielles. Son oreille est déjà très fine. Il a la perception des sons graves comme la voix de son père, l'intonation, le tempo de la voix de sa mère, et peut distinguer les phonèmes du langage. Il connaît la peur ; un bruit fort le réveille, le fait sursauter et accélère son rythme cardiaque. Il connaît également le plaisir ; il prend son pouce et le suce. Il peut manifester sa détresse en pleurant et en jetant ses bras en arrière. Il déteste les grandes lumières et il ressent la douleur.

La rencontre avec le milieu hospitalier va être difficile. Le bébé prématuré va faire face à un monde où toutes les stimulations qu'il va subir vont représenter autant d'expressions qu'il ne peut contrôler. Le bébé en réanimation est observé, son rythme cardiaque est suivi sur des monitorings sophistiqués, les soignants se penchent régulièrement et fréquemment sur la couveuse. Ce bébé est ausculté, pesé, analysé, ses constantes biologiques et physiologiques sont l'objet d'un contrôle permanent. Le moindre doute sur un quelconque trouble entraîne systématiquement une batterie d'exams de toutes sortes. Les infirmières passent beaucoup de temps auprès de lui.

On peut l'observer souvent couché sur le dos, agitant bras et mains et tapant du pied contre le hublot de l'incubateur, cherchant un contenant afin de se sentir soutenu tant sur le plan psychologique que physique. Souvent l'apaisement provient de la position plat-ventre ou de la position d'agrippement. Il faut tout de même rappeler que, contrairement aux bébés nés à terme, le corps d'un bébé prématuré n'est pas enveloppé par des vêtements ou par des bras assurant une contenance et une stabilité.

Selon Dolto, la déprivation sensorielle, imposée par la vie en couveuse, crée les conditions d'un autisme expérimental. Ces enfants, faisant un séjour prolongé en incubateur, portent en eux une sorte de potentialité psychotique pouvant se réveiller lors d'une histoire future de séparation prolongée ou de difficultés dans l'établissement d'un lien structuré avec la mère ou un substitut stable.

L'enfant prématuré ne perçoit le monde extérieur que par les soins synonymes pour lui d'agression, de frustration, de réponses aberrantes à ses perceptions.

L'environnement hospitalier va, au lieu de jouer un rôle sécurisant, intervenir en rompant brutalement le « continuum de son vécu ».

Ces expériences de continuité/discontinuité vécues par le bébé prématuré peuvent avoir des conséquences sur l'organisation de son développement. Il y a moins d'ouverture à l'interaction que s'il était né à terme ; on évoque des déficits interactionnels (peu de réaction au visage, difficultés à le consoler, pas de dialogue tonique avec le corps de la mère, détournement du regard).

L'existence de conséquences neuropsychiques est à envisager chez les grands prématurés concernés par les soins intensifs, totalement privés de pare-excitation, de contenant tactile, de portage et d'enveloppe, et soumis à des sur-stimulations auxquelles ils sont hypersensibles.

L'enfant se trouve plongé dans un monde douloureux et hostile, tant sur le plan psychologique que sur le plan physique.

4. La grossesse gémellaire : une grossesse à haut risque de prématurité

Le risque majeur des grossesses gémellaires reste celui de la *naissance prématurée*. 20% des prématurés sont issus de grossesses multiples et 50% des jumeaux naissent prématurés. La gémellité est une cause régulière d'hospitalisation à la période néonatale. De fait, un tiers des accouchements multiples survient en maternité de type 3 réunissant maternité et réanimation néonatale ; et donc éventuellement un transfert in utero, en cas de menace d'un accouchement prématuré, si la grossesse n'y a pas été d'emblée suivie.

L'âge gestationnel moyen de naissance des jumeaux se situe à 35,3 SA. Le risque de grande prématurité avant 32 SA est 7 à 10 fois plus important que dans la population des singletons. Alors que les grands prématurés représentent environ 1,5% des naissances, 7% des jumeaux sont des grands prématurés. De la grande prématurité découle une hospitalisation prolongée.

Les complications médicales de la gémellité à la période néonatale sont nombreuses. Les jumeaux sont ainsi surreprésentés en néonatalogie où en 2003, 40% des jumeaux sont hospitalisés. Pendant le séjour en néonatalogie, les prématurés jumeaux ne sont pas pris en charge exactement comme les singletons. Les parents souvent plus âgés et plus fragiles requièrent une attention particulière. Les difficultés que représentent pour les parents l'hospitalisation initiale d'un nouveau-né sont bien connues et seraient majorées chez les parents de jumeaux. La séparation est toujours vécue douloureusement par la mère. Il peut arriver qu'au sein d'une même fratrie, les enfants n'aient pas besoin de la même durée d'hospitalisation ou bien que l'un soit hospitalisé et l'autre reste avec sa mère. Cette

séparation des jumeaux implique des difficultés d'organisation et de gestion du temps pour aller voir celui qui est hospitalisé.

Les enfants prématurés ne quittent généralement pas l'hôpital avant le terme corrigé de 36 semaines. Même si tout est fait aujourd'hui pour éviter une séparation de la mère et de ses bébés, l'établissement du lien mère-enfant est moins naturel dans ces conditions, quelques soient les efforts des professionnels. Parmi ces efforts, nous pouvons citer l'aménagement de conditions de vie en recréant un lieu de vie qui favorise le bien être des enfants immatures tout en respectant les règles fondamentales de sécurité.

Dès la grossesse, les problèmes médicaux d'une « gémellaire » peuvent se poser. Ces problèmes médicaux s'expriment aussi à la naissance. Dans le cas d'une grossesse gémellaire, il existe un certain nombre de complications médicales liées à la prématurité :

- ***Le retard de croissance intra-utérin (RCIU)*** est dépisté pendant la grossesse. Il s'agit du deuxième grand risque après la prématurité en cas de grossesse gémellaire.
- ***L'hypotrophie néonatale*** correspond à un poids de naissance inférieur au poids normal pour le terme et atteint 10% des nouveau-nés. Elle est beaucoup plus fréquente chez les jumeaux. C'est la conséquence du RCIU, principalement dû au partage par les fœtus des ressources placentaires limitées ou à des troubles circulatoires de fin de grossesse. Elle explique en plus de la prématurité le poids le plus faible des jumeaux à la naissance. Parfois ce retard de croissance n'affecte que l'un des deux bébés
- ***Le syndrome transfuseur-transfusé*** est une complication des grossesses gémellaires monozygotes. Il survient du fait des communications placentaires entre la circulation des deux fœtus, lorsque des déséquilibres circulatoires aboutissent à une saignée de l'un des fœtus et à la surcharge transfusionnelle de l'autre. Cette complication paraît troublante sur le plan symbolique puisque l'un des fœtus semble profiter aux dépens de l'autre. C'est une pathologie redoutée car la vie de l'un voire des deux jumeaux peut être menacée par ce processus.
- ***La malformation d'un jumeau*** représente une difficulté en termes de prise en charge de ces grossesses lorsqu'il existe une malformation chez l'un des jumeaux et que l'autre ne présente pas de malformation.

- *La mort « in utero » d'un jumeau* est malheureusement une éventualité non exceptionnelle au cours de la grossesse gémellaire.
- *Des pathologies respiratoires, digestives, neurologiques voire infectieuses* vont également susciter l'inquiétude des parents.
- Parmi toutes les complications, les *difficultés alimentaires* sont les plus banales chez les prématurés qui peinent à acquérir une autonomie alimentaire, qui ont des difficultés à téter, qui régurgitent et grossissent aléatoirement. Ces difficultés d'alimentation nécessitent de la patience afin de laisser le bébé s'adapter mais elles se manifestent surtout en fin de parcours quand l'enfant va globalement mieux et qu'on peut penser à sa sortie. Or elles conduisent souvent à reporter de quelques jours cette sortie et à allonger la durée de l'hospitalisation et elles risquent de décourager les parents.

De plus, l'allaitement maternel de jumeaux est difficile. Certaines mères, très volontaires, parviennent à surmonter toutes les difficultés. Elles mettent un point d'honneur à réussir l'allaitement pour compenser le fait qu'elles n'ont pas pu mener leur grossesse à terme. Mais il est fréquent que l'on doive compléter l'allaitement par des laits artificiels encore que certaines mères, qui ne peuvent pas donner le sein, arrivent à tirer leur lait pour le donner au biberon.

Ces complications médicales peuvent venir questionner et inquiéter le parent en devenir et altérer son sentiment de compétence parentale.

II. La parentalité

1. Définition

L'usage du concept de parentalité s'est considérablement accru au cours des dix dernières années.

Le terme de « parentalité » est un néologisme officialisé dans les années 1980 et présenté dans la langue courante comme « nom féminin renvoyant à la qualité de parent, de père, de mère » (*Le Petit Robert*, 2001) ou « fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel » (*Larousse*, 2000). Il apparaît dans la langue française au début des années 1960 au sein du champ psychiatrique et psychanalytique.

La parentalité représente le processus mental du « devenir parent ». Elle débute avec le désir d'enfant et se déroule pendant la grossesse pour se poursuivre et se développer après la naissance du bébé. Le processus de parentalité se construit à toutes les étapes de la vie et, bien entendu, pendant la période de la grossesse. Cette phase très spécifique est souvent précédée par la maturation d'un projet d'enfant. Une des caractéristiques de cette période est la transparence psychique de la future mère.

La parentalité désigne l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher. Il s'agit de devenir père et mère et d'une enfant, non seulement sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychique.

On distingue deux fonctions différentes qui constituent la parentalité : la maternalité et la paternalité.

Nous devons le terme de parentalité à Racamier, psychiatre et psychanalyste, qui en 1961 a regroupé les termes de « maternalité », de « paternalité » sous le terme de « parentalité ».

Racamier considère la « maternalité » comme une phase du développement psychoaffectif de la femme. Elle consiste en l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité. Il s'agit d'une crise maturative caractérisée par des bouleversements à la fois somatiques, hormonaux et psychologiques, une phase transitoire de relative déstructuration de la personnalité.

La « paternalité » exprime les modifications intrapsychiques qui interviennent chez le père au moment de la grossesse. Cela correspond également au rôle du père en tant que régulateur social et médiateur dans la relation qui unit l'enfant à la loi et à la règle. Cette fonction paternelle se transforme face aux évolutions sociales.

Concernant la « parentalité », il s'agit de la traduction du terme de « parenthood » développé par la psychanalyste Benedek (Benedek, 1959). Dans ce cadre, il fait spécifiquement référence au processus intrapsychique associé au fait d'être parent et permet ainsi de dépasser la distinction habituellement faite entre la fonction maternelle et la fonction paternelle et de présenter ce processus comme une étape du développement psychologique de l'adulte. Jusqu'aux années 1980-90, ce terme est ainsi essentiellement utilisé par des spécialistes et restreint à des univers très circonscrits.

Depuis, son usage s'est largement répandu et son passage dans le sens commun en a fait un terme polysémique difficile à appréhender de par la diversité des réalités auxquelles il peut renvoyer.

Selon Houzel (1987) la parentalité se définit par trois dimensions : l'exercice qui renvoie à l'identité de la parentalité, l'expérience qui renvoie aux fonctions de la parentalité et la pratique qui renvoie aux qualités de la parentalité.

Le terme « exercice » a été choisi parce qu'il s'accorde avec son usage commun dans le champ juridique, au sens de l'exercice d'un droit par exemple. L'exercice de la parentalité définit un domaine qui transcende l'individu, sa subjectivité et ses comportements. C'est lui qui fonde et qui jusqu'à un certain point organise la parentalité en situant chaque individu dans ses liens de parenté et en y associant des droits et des devoirs.

Dans une conception psychodynamique, l'exercice de la parentalité se rattache aux interdits qui organisent le fonctionnement psychique de tout sujet et notamment l'interdit de l'inceste.

Par « expérience », il est entendu l'éprouvé de la parentalité, l'expérience subjective de ceux qui sont chargés des fonctions parentales. Elle représente le niveau de l'expérience affective et imaginaire. Il s'agit de processus psychiques conscients et inconscients du fait de devenir parent et de remplir des rôles parentaux.

La « pratique » de la parentalité désigne l'ensemble des tâches effectives quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de leur enfant, c'est-à-dire les soins parentaux. On entend par soins non seulement les soins physiques mais également les soins psychiques. Cette pratique englobe les relations concrètes entre parents et enfant, les changes, le nourrissage, les premières interactions comme les pratiques éducatives. Cette notion a permis de dégager les notions d'interactions, de compétences et de performances.

Ces trois versants du processus de la parentalité sont étroitement dépendants les uns des autres.

Il y a plusieurs facteurs qui influencent le processus de parentalité, notamment l'état somatique du bébé. L'équipement neurobiologique du bébé, son aspect, son comportement et l'ensemble de son état physique vont venir jouer un rôle primordial : par exemple dans le cas où un bébé est né prématurément. Les différents niveaux d'interaction s'en ressentiront d'une façon extrêmement variable en fonction des capacités d'adaptation des parents, de leur histoire personnelle et familiale et de l'aide qui leur est apportée à ce moment crucial.

2. *Etre parents de jumeaux : une parentalité malmenée*

Les parents concernés par la gémellité sont en moyenne plus âgés : un âge maternel plus avancé qu'en moyenne expliquerait un tiers à un quart des grossesses multiples. Les

parents ont également plus fréquemment un passé de stérilité et de procréation médicalement assistée. Un couple possède une probabilité de 25% d'avoir des jumeaux.

La gémellité peut être vécue comme une rupture brutale, une effraction dans l'équilibre psychique des parents. Jardiné et Toussaint (2009) soulignent que pour les parents, il s'agit d'un véritable bouleversement de différents ordres : matériel, social, familial et psychologique, dans les mois et les années qui suivent la naissance. Robin utilise le terme de « stress psychosocial » pour qualifier la situation spécifique des familles de jumeaux.

La tâche de la mère de jumeaux est complexe. Une des premières difficultés auxquelles elle est confrontée est la synchronisation adéquate avec des enfants qui expriment simultanément des besoins différents. Les nouveau-nés jumeaux ont presque inévitablement les mêmes demandes aux mêmes moments. De ce fait, Winnicott (1957) souligne que les enfants jumeaux ont toujours un autre bébé à affronter. Les mères de jumeaux, dans les premiers mois, ne peuvent satisfaire les besoins spécifiques de ses deux bébés en même temps. Son état physique et psychologique limite la quantité et la qualité des relations avec ses enfants. La lourdeur des tâches quotidiennes induit chez la mère de jumeaux un malaise provoqué par le manque de disponibilité. Ce malaise est à l'origine de culpabilité et de frustration car elle doit alors choisir celui ou celle qu'elle va nourrir en premier et doit supporter pendant ce temps, les regards ou les pleurs de l'autre. Elle va souffrir de ne pas pouvoir vivre une relation privilégiée avec chacun de ces bébés. La mère d'enfants multiples peut ressentir des difficultés à être une « mère suffisamment bonne » pour plusieurs enfants à la fois.

Collectiviser les réponses de façon très précoce apparaît comme une des solutions. La mère devant son manque de disponibilité pour chacun des enfants va développer des tendances égalitaristes. Le souci de ne pas favoriser un enfant par rapport à l'autre entraîne de véritables « stratégies égalitaires ». La question de l'égalitarisme est une des préoccupations des mères de jumeaux. La mère peut devenir une véritable comptable de tout ce qui représente l'attention qu'elle va porter à chacun. L'attention individuelle est caractérisée par la brièveté et par l'oscillation continuelle entre les deux bébés. La mère est engagée dans un constant va-et-vient entre les deux jumeaux. L'instinct premier va être de créer une entité composée de deux parties identiques. C'est dans la symétrie qu'elle va penser pouvoir donner autant à l'un qu'à l'autre. Ainsi, le schéma classique de la relation dyadique mère/enfant va être créé grâce à ce noyau.

La relation avec un seul enfant semble comme impossible dans le cas d'une parentalité gémellaire. La mère va éprouver des difficultés à établir des relations individualisées avec

chaque enfant. Elle risque donc d'adopter des comportements gémellissants par souci d'égalité devant son manque de disponibilité. Pour comprendre cela, l'éclairage de Zazzo vient nous montrer que la mère de jumeaux se trouve confrontée à la dualité, confrontation qui peut fragiliser la mère notamment si elle se trouve dans une situation de vulnérabilité. Zazzo évoque sa propre réaction devant le couple gémellaire en la qualifiant d'agression, qui serait source d'une mise en cause de sa propre identité. La mère craint que sa singularité puisse être anéantie par l'existence d'un double.

Elle s'apercevra en fait que son but n'est pas de traiter chaque enfant de la même manière mais comme s'il était unique. Alors, elle va tenter d'instaurer avec chaque bébé une relation individualisée. La mère dissocie au maximum les relations avec les deux enfants afin de protéger l'intimité avec chacun d'eux. La classique relation « dyadique » mère-nouveau-né se transforme en une relation « triadique » entre la mère et ses jumeaux. Cette relation est complexe car la mère de jumeaux n'est jamais seule face à son enfant, néanmoins elle peut parfois être facilitée par la présence du père qui, lorsqu'il réussit à s'inclure dans la triade mère-jumeaux, rend possible l'installation de deux relations dyadiques.

En conclusion, l'étude de la gémellité montre l'installation de comportements maternels particuliers comme les stratégies égalitaires, marqués par l'ambivalence et la difficulté de mettre en place des relations dyadiques entre la mère et chaque enfant. Aussi, nous ne pouvons que conclure à l'existence d'interactions spécifiques au cadre gémellaire. La mère n'est pas préoccupée par chaque enfant mais par deux enfants. Elle n'investit pas deux relations dyadiques, individualisées et parallèles, mais une relation triadique.

3. Prématurité : les enjeux d'une parentalité en devenir

Mellier (1999) considère que la prématurité est une situation exceptionnelle tant pour l'enfant que pour les parents et qu'elle a des effets sur l'acquisition de la parentalité. Les difficultés engendrées par la naissance prématurée et les semaines d'hospitalisation en néonatalogie qui suivent, laissent des cicatrices chez les parents. La grande immaturité de l'enfant, sa dépendance et son extrême fragilité au début de la vie, associées aux fantasmes des parents (peurs de mort, de maladie, etc.) peuvent influencer le processus de la parentalité.

Als rappelle que les parents sont biologiquement programmés pour interagir avec un nourrisson né à terme et que la naissance prématurée d'un bébé confronte les parents à la prématurité de leurs compétences parentales.

Lors de la naissance prématurée, l'accouchement, dans l'urgence bien souvent, se fait dans un état d'anxiété. Pour les parents, il y a une discontinuité dans leur parcours parental tant sur le plan temporel que psychologique. Cette naissance apparaît comme un moment difficile à penser, à ressentir. Le fait que le pronostic vital du bébé soit incertain fige les parents dans un état de sidération, de confusion où il n'y a pas d'élaboration possible, pas d'affects et pas d'investissement.

Le temps n'est ni à la découverte ni à la rencontre de cet enfant prématuré. Les parents sont encore en devenir, ils ne sont pas dans une parentalité aboutie et mature. Une culpabilité toxique vient se faufiler dans les ressentis parentaux. Lors de la naissance prématurée, il y a arrêt soudain de la grossesse mais également de la naissance elle-même, avec ses marques corporelles, ses rituels sociaux de visites et de cadeaux.

Puis parents en naissance et enfant en survivance vont se rencontrer. La rencontre avec l'enfant a lieu de manière différée dans un univers technique monde irréel, hyper-technique. Le premier contact avec la réanimation ou la néonatalogie constitue un véritable choc. Ce monde donne un aspect particulier à leur bébé et le rend peu accessible. Les parents soulignent la difficulté à s'approcher de l'enfant, à le toucher de peur de l'abîmer, à le regarder. L'enfant offre à ses parents une image de grande vulnérabilité mais aussi d'étrangeté. Outre l'apparence et la difficulté de contact avec l'enfant prématuré, les parents sont interpellés par le manque de manifestations du bébé. Selon son état de santé, sa fragilité, son immaturité, il n'interagit que très faiblement avec son entourage. Le bébé ne correspond pas aux attentes des parents, ce qui est souvent le cas pour une naissance prématurée.

Après la naissance et la rencontre, s'en suit une période plus ou moins longue de séparation lors du séjour en néonatalogie et/ou en réanimation.

Les parents regardent attentivement ce bébé inquiétant. Certains parents sont présents tout le temps, d'autres passent des temps courts auprès de leur bébé. Certains parents poseront de multiples questions, exprimeront leur anxiété à propos du présent, de l'avenir. D'autres se réfugient dans le silence et parfois, peuvent émerger désaffection et désintérêt. Parfois, la mère ne laisse entrevoir aucune anxiété et ne semble pas avoir souffert de la séparation. Elle ne demande pas ou peu d'informations. L'enfant est dénié (« maternité blanche »). Certains parents vont se sentir petits devant le spectacle terrifiant de la science en action, plus ou moins inconsciente d'un sentiment de toute-puissance. Les mères, qui sont séparées de leur bébé dès la naissance, peuvent ressentir des difficultés à identifier les besoins de son enfant, des réticences à faire les soins, et parfois même à le prendre dans les bras. Le discours des mères sur l'enfant traduit souvent l'anxiété, la crainte de ne pas savoir s'en occuper efficacement.

Ayant peur de « faire mal » à l'enfant, de le déranger, le gêner, ils sont alors juste dans une observation visuelle, ne trouvant pas leur place, dans ce monde hyperspécialisé.

Par ailleurs, l'enfant est adopté par une unité de soins. La parentalité est partagée entre les parents et l'équipe soignante. L'équipe soignante occupe une place centrale dans la rencontre entre les parents et l'enfant. Fréquemment aussi, cette équipe fait l'objet de mouvements affectifs allant de la dépendance à la rivalité.

Dans un premier temps, souvent, on peut observer une dépendance importante à l'équipe soignante. Cette dépendance peut empêcher les parents de prendre pleinement leur place auprès de leur enfant. Certains parents se sentent déresponsabilisés par l'équipe soignante voire infantilisés.

Dans un deuxième temps, lorsque l'enfant va mieux, les parents ont le désir de jouer un rôle plus central et actif auprès de leur enfant. Cette parentalité partagée évolue vers une usurpation du rôle de parent. Des sentiments d'inutilité, de passivité, de dépendance et d'impuissance peuvent participer à l'émergence du doute quant à la parentalité. Cette dépendance peut alors être difficile à supporter. C'est le signe que les parents font évoluer leur rôle et s'approprient leur parentalité. Les parents ont de plus en plus l'impression d'être exclus de leur place auprès de leur enfant. Viennent parfois s'ajouter des sentiments d'incompétence, d'être observés, exposés voire jugés. Les parents sont particulièrement vulnérables aux sentiments de dépossession.

La fin de l'hospitalisation permet un ajustement sur le plan des représentations parentales en laissant la place à un bébé dont les parents peuvent s'occuper. La période de la sortie du service de néonatalogie est charnière. Les parents vont devoir à nouveau s'adapter à d'autres tâches, d'autres responsabilités, à un autre rythme. Cette construction de nouveaux repères peut être un effort psychique long et pénible pour certains parents. Cette sortie peut être parfois déstabilisante. Ainsi, lors du retour à domicile, certaines familles se retrouvent désemparées, livrées à elles-mêmes. Les premiers mois de vie du bébé à la maison peuvent être teintés d'anxiété et d'appréhension. Les parents se réorganisent et retrouvent « une vie qui leur ressemble » rarement avant que l'enfant ait 6 mois. Certains parents restent, même un an après la naissance, dans un état traumatique. Pour d'autres, la sortie vient confirmer leur place de parents. La fin de l'hospitalisation s'apparente parfois à une renaissance.

Pour la mère dont l'enfant naît très prématurément, deux mots reviennent pour décrire ce qu'elle ressent : incompétence et culpabilité. Elle se pense responsable de n'avoir pas su mener une grossesse à son terme, ou d'avoir mis au monde un enfant fragile, malade. Ce bébé vulnérable va renvoyer à la mère l'image d'une mère qui n'a pas su terminer sa grossesse ni

être une vraie mère complète. La mère va alors vivre un sentiment d'insatisfaction ou d'incomplétude. Cette incompétence va lui être confirmée par le fait que non seulement il faut des spécialistes et des appareils sophistiqués pour soigner son enfant, mais qu'en plus elle ne pourra rien pour lui. Ce sentiment d'inutilité est renforcé par la séparation d'avec son bébé. L'accouchement prématuré crée chez la mère une brèche narcissique et une effraction dans le processus continu de l'enfantement.

Ainsi, un accouchement prématuré va produire un bébé prématuré mais aussi des parents prématurés car la grossesse psychique de la mère et du père est interrompue. La mutualité psychique mère/enfant prématuré peut amener la mère à se sentir aussi fragile que son enfant.

La prématurité marque les parents et modifie leur attitude à l'égard de leur enfant. La naissance prématurée peut mettre en péril la rencontre parents-enfant, ses aspects traumatiques peuvent rendre les parents vulnérables, peu disponibles pour se laisser aller à la découverte de leur enfant et au plaisir d'être ensemble. De plus, le traumatisme lié à la naissance prématuré peut émerger dans l'après-coup, pas seulement dans l'immédiateté.

III. Le sentiment de compétence parentale

Le sentiment de compétence parentale se fonde sur la théorie de Bandura (1977) concernant le sentiment d'efficacité personnelle.

1. Le sentiment d'efficacité personnelle

Depuis les années 1980, Bandura s'intéresse au sentiment d'efficacité personnelle. Ce concept s'inscrit dans le cadre de la théorie sociocognitive.

Cette théorie considère les individus comme des agents actifs de leur propre vie – d'où la notion d'agentivité – qui exercent un contrôle et une régulation de leurs actes. La notion d'« agentivité » reconnaît également la capacité des individus à anticiper et à ajuster leurs actes. Le système de soi est une des composantes de la personne, il est constitué de cognitions qui reflètent l'histoire du sujet. Un élément central du système de soi est le sentiment d'efficacité personnelle.

Le sentiment d'efficacité personnelle se définit comme la confiance qu'a une personne dans ses capacités pour faire face à une tâche et qui détermine la façon dont elle va faire face à cette tâche et le niveau de réussite qu'elle va atteindre. C'est une représentation de soi-

même. Le sentiment d'efficacité personnelle désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles.

Un sentiment d'efficacité personnelle est long et difficile à construire et reste fragile. Il n'est jamais définitif et est relativement instable notamment aux moments de transitions où il y a perte de repères et changement de critères, par exemple, l'accès à la parentalité.

Il s'agit bien d'un sentiment donc d'une évaluation subjective de ses propres capacités, il ne reflète pas forcément les capacités réelles de la personne.

Il existe des sources du sentiment d'efficacité personnelle qui permettent de le construire et de le modifier :

- ***L'expérience active de maîtrise*** est une des sources les plus influentes sur la croyance en l'efficacité personnelle car elle est fondée sur la maîtrise personnelle des tâches à effectuer. Plus un individu vivra un succès lors de l'expérimentation d'un comportement donné, plus il sera amené à croire en ses capacités personnelles pour accomplir le comportement demandé. Le succès, lorsqu'il n'est pas trop facile, renforce la croyance en l'efficacité personnelle alors que les échecs réduisent ce sentiment.
- ***L'observation vicariante*** consiste en un apprentissage qui repose sur le phénomène des comparaisons sociales, c'est-à-dire sur l'observation. Le fait d'observer des pairs, considérés comme ayant des capacités semblables à celles de l'observateur, réussir une situation jugée préalablement conflictuelle peut influencer et renforcer la propre croyance de l'observateur en ses capacités de réussir. Au contraire, l'observation de l'échec d'un pair peut remettre en doute sa propre efficacité.
- ***La persuasion verbale*** signifie qu'à travers des suggestions, des avertissements, des conseils et des interrogations de personnes expertes dans le domaine donné, les personnes peuvent être amenées vers la croyance qu'elles possèdent le potentiel pour effectuer avec succès le comportement qui, autrefois, les

embarrassait. Les croyances générées de cette façon sont d'ampleur plutôt faible lorsqu'elles sont utilisées seules, compte tenu du fait que les personnes ne sont pas amenées à vivre une expérience. De plus, les résultats peuvent être influencés par des facteurs tels que l'expertise, la crédibilité et l'attrait exercé par la personne ressource.

- ***Les états physiologiques et émotionnels*** jouent un rôle dans le sentiment d'efficacité personnelle qui va fonctionner comme un filtre pour interpréter ses propres émotions. Lorsqu'une personne associe un état émotionnel désagréable tel que l'anxiété avec une faible performance du comportement demandé, cela peut l'amener à douter de ses compétences personnelles pour accomplir ce comportement et ainsi conduire à l'échec. Par contre, les individus seront plus enclins à croire au succès s'ils ne sont pas gênés par un état aversif. Selon Bandura, on peut en agissant sur son état émotionnel et physiologique, agir sur son sentiment d'efficacité personnelle.

Ces quatre sources d'information permettent aux individus d'acquérir un certain degré d'efficacité personnelle pour un comportement donné. Selon l'individu, le moment et le contexte en question, chacune de ces sources pourra être complémentaire aux autres.

La théorie du sentiment d'efficacité personnelle a connu de multiples applications dans des domaines variés tels que les apprentissages, la motivation scolaire, l'orientation vocationnelle ou encore la parentalité.

2. Le sentiment d'efficacité parentale

Le sentiment de compétence trouve sa source dans l'histoire personnelle des individus à travers les succès et les échecs rencontrés.

Concernant le sentiment de compétence parentale, il va s'agir de succès ou d'échecs rencontrés en tant que parents. Ce sentiment va s'enraciner dans les expériences similaires déjà vécues avec l'enfant ou avec d'autres enfants de la fratrie.

Il s'enracine encore dans les comparaisons sociales : les individus vont, dans un premier temps, en observer d'autres engagés dans des tâches similaires et vont, secondairement, évaluer leur propre capacité. Par exemple, le parent observe comment d'autres parents éduquent leurs enfants, ce qui lui permet d'évaluer dans quelle mesure il est lui-même un « bon parent ».

Le feed-back positif ou négatif, obtenu de personnes significantes (familiers, amis, professionnels) contribue également à façonner le sentiment de compétence.

Enfin les réactions émotionnelles et physiologiques ressenties par l'individu pendant l'accomplissement des tâches contribuent également à modifier le sentiment de compétence.

Ce sentiment peut être considéré comme un concept de première importance car il affecte l'initiation et la persistance des comportements adaptés, l'engagement des parents dans les tâches qui leur incombent c'est-à-dire dans l'exercice de leur fonction parentale, et les attentes positives à l'égard des interactions futures avec l'enfant.

D'ailleurs, un sentiment de compétence parentale élevé a été régulièrement associé à des pratiques éducatives adaptées aux besoins de l'enfant, à des affects positifs et à un développement positif de l'enfant.

Le sentiment de compétence parentale ou ce que Bandura (2003) nomme le « sentiment d'efficacité parentale » peut influencer les interactions parents/enfant et conséquemment, le développement de l'enfant. Par exemple, les mères dont le sentiment d'efficacité est élevé interagissent de façon plus positive avec leur enfant (Gross et al., 1995).

Pour certains chercheurs, le sentiment de compétence parentale est composé de deux dimensions : le sentiment d'efficacité et le sentiment de satisfaction (Mash et Johnson, 1983).

À certains égards, la conception qu'ont les parents de la compétence parentale semble rejoindre celle des chercheurs. Dans une étude évaluant la conception populaire de la compétence parentale, Massé (1991) a mis en évidence que, du point de vue des parents, le niveau de compétence éducative détermine les résultats obtenus avec l'enfant. Ainsi, un trop grand écart à la norme en ce qui a trait au développement d'un enfant s'expliquerait par l'inefficacité des stratégies éducatives des parents. Selon eux, les enfants ayant des parents compétents seraient plus enclins à devenir des personnes autonomes, ambitieuses, honnêtes, sociables et responsables.

Les derniers travaux de Bandura (2003) démontrent bien les liens entre l'augmentation du sentiment d'efficacité et celle du potentiel d'action permettant l'adaptation de la personne (Bronfenbrenner, 1996 ; Winegar, 1997).

Pour Bandura, l'efficacité personnelle « *ne concerne pas seulement le contrôle sur l'action, mais également l'autorégulation des processus cognitifs, de la motivation et des états émotionnels et physiologiques* » (2003, p. 62).

De là, le sentiment d'efficacité ou « *l'efficacité personnelle perçue n'est pas une mesure des aptitudes d'une personne, mais une croyance relative à ce qu'elle peut faire dans diverses situations, quelles que soient ses aptitudes* » (Bandura, 2003, p. 64).

Un parent dont le sentiment d'efficacité personnelle est fragile vivrait une plus grande difficulté à assumer son rôle parental, à diversifier ses stratégies éducatives et à prédire les résultats de ses actions (Bandura, 2003). De plus, le sentiment d'efficacité parentale représenterait un facteur de protection contre la dépression post-partum et la dépression à long terme (Gross et al., 1995).

IV. Gémellité et prématurité : difficultés de l'attachement précoce

Le processus d'attachement est nécessaire à la construction du lien entre le nouveau-né, sa mère, son père, sa famille. La prématurité, et avec elle, l'accueil des bébés en réanimation ou en néonatalogie, modifient les conditions de rencontre. La nature du lien peut alors être perturbée.

1. L'attachement précoce mère-enfant

L'attachement précoce parents-enfants, et plus particulièrement mère-enfant, a été étudié et décrit par de nombreux pédiatres, psychologues et pédopsychiatres.

De Freud, le premier à s'être intéressé au problème, à Bowlby et Winnicott dans les années cinquante, la connaissance a beaucoup progressé. De grands courants se sont dessinés mais l'attachement est toujours décrit comme un processus interactif, débutant précocement, nourri de présence et d'échanges et susceptible de perturbations s'il se trouve bousculé dans son déroulement normal.

René Zazzo considère John Bowlby comme « l'inventeur de la notion d'attachement » qu'il définit ainsi :

« L'attachement désigne un lien d'affection spécifique d'un individu à un autre. Le premier lien est établi en général avec la mère. Une fois formé, l'attachement a pour nature de durer. La construction des liens entre l'enfant et sa mère répond à un besoin physiologique fondamental. » J. Bowlby (1994).

Bowlby (1969) décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objectif la recherche et le maintien de la proximité de la figure d'attachement. Pour lui c'est un besoin social primaire et inné. La fonction de l'attachement est pour Bowlby (1969) une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration. La mère constitue une base de sécurité pour son enfant.

La figure d'attachement est la personne vers laquelle se tourne l'enfant lorsqu'il est en situation de détresse. C'est auprès d'elle qu'il va rechercher sa sécurité. Pour être une figure d'attachement sécurisée, la personne doit être sensible, disponible, à l'écoute des besoins de l'enfant et savoir répondre à ses attentes. En 1988, Bowlby va définir le « caregiving » comme le versant parental de l'attachement (Bowlby, 1988). Il représente la capacité à donner des soins.

Dès l'âge de 6 mois, le désir d'exploration de l'enfant se manifeste. Ce désir va amener l'enfant à s'éloigner de sa base de sécurité tout en gérant la distance. Il va donc pouvoir explorer le monde qui l'entoure lorsqu'il se sent en sécurité et se rapprocher lorsqu'il se sent trop éloigné.

L'attachement est considéré aujourd'hui comme un processus interactif. Les parents n'en sont pas les seuls acteurs. On reconnaît à l'enfant un rôle important dans l'établissement des liens. L'enfant, et avant lui le fœtus, en se manifestant et en répondant aux stimulations que lui envoient ses parents, contribue à faire naître le sentiment d'attachement.

L'attachement est un processus lent et continu qui débute au moment où naît le désir d'enfant, se développe pendant la grossesse, et se poursuit au moment de la naissance, de la rencontre et dans les mois qui suivent.

Parler de l'attachement, c'est parler de ce qui se tisse entre un enfant et ses parents, à tous les moments de leur histoire.

« Toute naissance dans le réel est précédée d'une naissance dans la tête. L'enfant, bien avant de naître porte déjà la trace du désir de ses parents qui se le représentent tel qu'ils aimeraient qu'il soit. » Wiernsberger (1993)

Concernant le rôle de la grossesse, selon Brazelton, l'attachement au fœtus se développe bien avant la naissance. Le fœtus perçoit les sensations maternelles et y répond. La mère et l'enfant sont vraiment en symbiose. L'enfant participe déjà à la fabrication des liens qui l'unissent à ses parents ; en effet, l'attachement n'est pas un processus unilatéral des parents vers l'enfant ; il est également suscité par l'enfant : ce sont les interactions qui, dès la gestation, permettent que se développent les sentiments d'attachement.

D'autres mécanismes d'attachement sont mis en jeu au moment de la naissance. L'accouchement est une séparation. Cette première séparation fondamentale va permettre la naissance de l'attachement par un processus de « *séparation-individuation* ».

Le processus d'attachement se poursuit activement dans les jours qui suivent la naissance. La présence continue de l'enfant près de sa mère est un facteur essentiel d'attachement. « *La préoccupation maternelle primaire* » (Winnicott) y trouve sa source.

Les interactions entre les parents et le bébé vont se développer et seront le fondement de la dynamique familiale. Le développement de l'attachement n'est pas donc le seul fait des parents. Le nouveau-né est doté de capacités relationnelles qui lui permettent, dès les premières minutes de vie, d'entrer en relation avec son environnement, et de susciter ainsi le processus d'attachement de ses parents à son égard.

Les caractéristiques de la parentalité et particulièrement l'adéquation des réponses apportées aux besoins de l'enfant semblent jouer un rôle indéniable dans la qualité de la relation établie avec l'enfant. Selon Bowlby, la qualité de l'attachement découlerait de la dynamique qui se mettrait en place entre les besoins de l'enfant et la capacité du parent à y répondre de manière adaptée au moment opportun.

2. La relation mère/jumeaux

Nous savons que les interactions mère-enfant sont déterminées en partie par la façon dont la mère a vécu sa grossesse et par ses premières perceptions et représentations de ses bébés. Une fois la grossesse gémellaire confirmée, la femme attend, parfois avec ambivalence, deux enfants et s'y prépare matériellement et psychologiquement.

La future mère de jumeaux sait qu'elle sera confrontée à la difficile tâche d'élever et d'aimer deux bébés simultanément. Aussi, il n'est pas rare que la femme enceinte de jumeaux exprime la crainte de ne pas pouvoir investir affectivement les deux bébés.

Ainsi, ces femmes réalisent qu'elles ne vivront pas avec leurs bébés la relation individualisée et privilégiée qu'elles auraient eue avec un seul enfant. Nous pouvons remarquer que ces observations posent, dès le prénatal, la question du développement de l'attachement mère-enfant, alors que Bowlby avait postulé que ce lien ne pouvait s'établir qu'avec un seul bébé à la fois. A ce propos, Hubin-Gayte souligne que « *la gémellité pose [...] de nouvelles interrogations par rapport à ce modèle théorique qui pourrait sembler dépasser* » (1998, p. 71). Au cours de sa théorisation sur la construction du lien d'attachement mère-enfant, Bowlby (1969-1973) avait émis l'hypothèse, reprise par Klaus et Kennell (1976), du principe de la monotropie de l'attachement maternel autrement dit le lien d'attachement ne pourrait s'établir qu'avec un seul bébé à la fois.

Robin (cité par Hubin-Gayte, 1998) a observé que la mère de jumeaux vivait une situation psychologiquement difficile car elle ne pouvait pas établir une relation avec un enfant en faisant abstraction de la présence soit réelle soit psychique de l'autre. Nous

pourrions peut-être faire l'hypothèse que la mère et ses jumeaux vivent, dès le début, une relation triadique. Cette relation à trois suppose néanmoins que la mère soit capable d'établir une relation réelle avec ses deux enfants. Il semble que cette difficulté puisse se manifester dès la grossesse, aussi bien au niveau des impressions sensorielles que des représentations maternelles.

Dès la grossesse, une préférence maternelle pour l'un des enfants et la culpabilité, plus ou moins manifeste qui lui est associée, peuvent déjà être présentes. Le vécu psychologique de la femme enceinte de jumeaux aurait un impact sur le développement des interactions mère-jumeaux.

Comme nous l'avons vu précédemment, la disponibilité maternelle, souvent lacunaire en raison de la double demande, provoquerait une frustration telle qu'en lieu et place du plein investissement de l'unité symbiotique mère-enfant, chacun des enfants se retournerait vers son co-jumeau afin de trouver un objet de remplacement.

Par ailleurs, le sentiment d'efficacité parentale peut influencer les interactions parents/enfant et conséquemment, le développement de l'enfant. Par exemple, les mères dont le sentiment d'efficacité est élevé interagissent de façon plus positive avec leur enfant (Gross et al., 1995).

3. Prématurité : un lien rompu

Pour Binet (2000), selon l'établissement dans lequel a lieu l'accouchement, le nouveau-né va pouvoir ou non rester auprès de sa mère. En séparant un bébé de sa mère dès la naissance, on rompt un lien qui s'est tissé parfois difficilement ou imparfaitement mais qui existe et qui fonde le processus d'attachement mère-enfant.

« La naissance d'un enfant né prématurément va interrompre la maturation biologique et psychique de la grossesse... Le transfert du bébé dans un service spécialisé va mettre à nu l'incapacité, l'impuissance de ces parents en renforçant leur culpabilité de ne pas avoir pu mener à terme cette grossesse... La distance physique va s'ajouter à la distance psychique, ce qui ne favorise pas la création d'interactions et la naissance du lien d'attachement. » Bohu (1996)

La naissance prématurée et la séparation mère/enfants du fait d'une éventuelle hospitalisation va rendre plus difficile des mécanismes d'attachement déjà complexes du fait de la gémellité. Dans le cas d'une naissance prématurée, un certain nombre de processus suscitant ou favorisant la création du lien d'attachement précoce parents-enfant vont se

trouver perturbés. Les parents vont devoir faire des deuils qui seront d'autant plus douloureux que l'enfant ne sera pas présent auprès d'eux.

La première conséquence d'une naissance prématurée est la séparation d'avec sa mère, le plus souvent dans les minutes ou les heures qui suivent l'accouchement. La mère va se retrouver seule en maternité, et le nouveau-né sera éloigné d'elle. Cette situation a des incidences sur l'un et sur l'autre.

Après le transfert du bébé, la mère se retrouve seule en maternité. Or c'est justement la présence du nouveau-né près d'elle qui permet à la mère d'accepter la séparation naturelle que représente la naissance. C'est la présence permanente du bébé près de sa mère après la naissance qui lui permet de renoncer à l'enfant imaginaire pour le remplacer par l'enfant réel. L'absence physique du nouveau-né fait que l'enfant reste imaginaire.

Par ailleurs, les parents peuvent douter des capacités à vivre de leur nouveau-né. Il faudra donc que celui-ci fasse preuve d'une grande énergie pour permettre aux parents d'élaborer une autre image que celle du bébé trop petit, trop fragile et menacé. Le lien d'attachement ne pourra se construire qu'à partir de cette nouvelle élaboration, et donc, de façon différée.

Développer le processus d'attachement dans ces circonstances ne va pas de soi. En effet, au moment où la séparation intervient, le nouveau-né est presque un inconnu pour ses parents et réciproquement. Plus la rencontre est différée et plus le lien se mettra en place tardivement ou de manière moins évidente lorsque mère et enfant sont séparés que si le nouveau-né demeure auprès de sa mère. En cas de séparation, cet amour tout prêt à se développer va se trouver momentanément sans objet.

Ces rendez-vous manqués des premiers instants, des premiers jours occasionnent des blessures du côté des parents mais également du côté des enfants nés prématurément.

Sans doute, l'effort qui leur sera nécessaire, dans ces circonstances pour vaincre ensemble les difficultés, sera aussi un facteur d'attachement.

Tous les parents d'enfants prématurés doivent franchir un certain nombre d'étapes pour parvenir à s'attacher finalement à leur bébé.

Dans un premier temps, les parents vont utiliser toute leur énergie à faire les deuils auxquels cette naissance prématurée les confronte : deuil de la fin de la grossesse, deuil d'une naissance normale et surtout deuil de l'enfant parfait dont ils avaient rêvé.

Ils doivent en même temps faire face à leur sentiment de culpabilité et d'incapacité : culpabilité d'avoir fait de leur bébé un prématuré et incapacité à lui prodiguer les soins eux-mêmes.

Une première ébauche d'attachement va se faire au travers des nouvelles qu'ils recevront de leur bébé. La crainte qu'ils peuvent ressentir dans l'attente de ces nouvelles est un des premiers signes d'attachement que l'on peut repérer.

On peut dire que l'attachement s'est construit vraiment, lorsque les parents se comportent avec leur enfant prématuré comme ils se comporteraient avec un enfant né à terme, dont ils n'auraient pas été séparés : ils réussissent à capter son attention en lui parlant, à le calmer en le berçant, à anticiper ses besoins et à imaginer les réponses adéquates, autrement dit, ils le connaissent enfin.

Klaus, en 1976, a constaté que les parents d'enfants prématurés ont ce « *pattern* de comportement prévisible » qui consiste à entrer en contact avec l'enfant à partir du moment où ils ont confiance en eux et dans leurs capacités, et que ce *pattern* de comportement débouche sur l'attachement réciproque.

A chacune des étapes qui président à une naissance prématurée correspond un risque en terme d'attachement mère-enfant.

Une séparation peut jouer un rôle négatif dans l'établissement du lien mère-enfant. D'autant que la capacité interactionnelle de l'enfant prématuré et de ses parents est de moins bonne qualité que celle d'un enfant à terme. En effet, le prématuré a une moins bonne capacité à signaler sa détresse. Il sollicite moins son entourage, évite plus le contact œil à œil. Il sourit moins et manifeste plus de désagréments pendant le nourrissage. Ainsi, il réduit sa participation dans le processus d'attachement, il « parentalise » moins et plus tardivement ses parents. La mère a parfois du mal à s'autoriser à s'attacher à cet enfant, minuscule, fragile, dépendant de la technique.

V. Problématique et hypothèses

1. Problématique

Le but de cette recherche est d'examiner l'impact de la prématurité sur le sentiment de compétence parentale chez les mères de nouveau-nés jumeaux et sur l'attachement précoce mère/jumeaux.

Comme nous venons de le voir dans la revue de la littérature, la parentalité gémellaire est une parentalité particulière du fait que l'arrivée de jumeaux dans une famille représente une situation bien spécifique. Elle entraîne pour les parents des difficultés d'ordre psychologique et sociale diverses, aussi bien sur le plan économique et matériel qu'en ce qui concerne la lourdeur des tâches de maternage, entraînant ce que certains auteurs appellent « *le stress des naissances multiples* ». La survenue de la gémellité peut être vécue comme une effraction, comme une rupture dans l'équilibre psychique des parents. De plus, il existe des difficultés psychologiques liées à la relation parent/jumeaux. La mère peut ressentir des difficultés à satisfaire les besoins des bébés simultanément. La parentalité se trouve alors malmenée par une relation privilégiée difficile à mettre en place avec chacun des enfants.

Par ailleurs, la grossesse gémellaire induit un haut risque de prématurité et des complications médicales. La naissance prématurée et la séparation en période néonatale placent les parents dans une situation de stress émotionnel intense. Par ailleurs, ils sont confrontés à un nouveau-né peu équipé pour établir des contacts sociaux. Les capacités d'adaptation des parents sont ainsi sollicitées dans l'établissement du lien avec un nouveau-né prématuré (Lefebvre, 1983). Ces conditions peuvent altérer le sentiment de compétence parentale de la mère, prématurée elle aussi, du fait de la fragilité et de la vulnérabilité somatique des nourrissons et de la place importante que prend l'équipe soignante auprès d'eux durant la période d'hospitalisation des jumeaux. La confiance des parents en leurs capacités se trouverait malmenée par la prématurité.

Le processus d'attachement précoce mère/enfants du fait de la spécificité de la gémellité et de la condition de prématurité aurait des difficultés à se mettre en place.

Compte tenu de tous ces éléments, nous sommes amenés à nous demander si :

« Le sentiment de compétence parentale chez les mères de jumeaux et l'attachement mère/enfants varieraient en fonction de l'âge gestationnel de naissance et de la durée d'hospitalisation? »

2. *Hypothèses théoriques*

- Nous nous attendons à ce que le sentiment de compétence parentale des mères évalué à 12 mois soit associé à l'âge gestationnel de naissance des enfants. Le sentiment de compétence parentale des mères sera d'autant plus faible que l'âge gestationnel est faible.
- Nous nous attendons à ce que le sentiment de compétence parentale des mères évalué à 12 mois soit associé à la durée d'hospitalisation des bébés. Le sentiment de compétence parentale des mères sera d'autant plus faible que la durée d'hospitalisation des bébés est longue.
- Nous nous attendons à ce que la qualité de la relation d'attachement mère-enfants soit associée à l'âge gestationnel de naissance. La qualité de la relation d'attachement mère-enfants sera d'autant plus sécurisée que l'âge gestationnel est élevé.
- Nous nous attendons à ce que la qualité de la relation d'attachement mère/enfants soit associée à la durée d'hospitalisation des jumeaux. La qualité de la relation d'attachement mère-enfants sera d'autant plus sécurisée que la durée d'hospitalisation est courte.
- Enfin, nous nous attendons également à ce que le sentiment de compétence parentale des mères évalué à 12 mois soit associé à la qualité de la relation d'attachement mère/enfants. La qualité de la relation d'attachement mère-enfants sera d'autant plus sécurisée que le sentiment de compétence parentale des mères est élevé.

Chapitre 2 - Méthodologie

I. Population

L'échantillon de cette recherche est constitué de dix familles parents/jumeaux, dont deux paires de jumeaux sont nées à terme, trois entre 34 et 36 SA et cinq entre 32 et 34 SA. Nous avons donc constitué trois sous-ensembles. Ces familles ont été recrutées grâce au réseau périnatal aquitain, réseau qui réunit des professionnels de toutes les maternités d'Aquitaine, qui a permis d'identifier les couples attendant ou ayant des jumeaux via les obstétriciens et/ou les sages-femmes.

Le recrutement s'est fait à divers moments :

- au moment des visites à la maternité entre le 6^{ème} et le 9^{ème} mois de grossesse
- au moment de l'accouchement

Dans un deuxième temps, ces familles ont été contactées par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous à leur domicile, le plus souvent, Bordeaux et ses alentours.

II. Matériel

1. *Questionnaire socio-biographique*

Le questionnaire socio-biographique permet de recueillir plusieurs informations : si les enfants sont nés prématurés ou non et si oui l'âge gestationnel de naissance en termes de semaines d'aménorrhée ; et s'ils ont été hospitalisés après la naissance et la durée d'hospitalisation.

2. *Evaluation du sentiment de compétence parentale*

L'évaluation du sentiment de compétence parentale a été réalisée avec l'échelle des cognitions et des conduites parentales (PACOTIS ; Boivin et al., 2005). Le PACOTIS est un questionnaire auto-administré de 17 items mesurant la perception des attitudes et comportements qu'un parent adopte envers son enfant. L'auto-évaluation permet de toucher la subjectivité des mères elles-mêmes. Les items sont évalués sur une échelle de type Likert en 11 points allant de 0 (« pas du tout ce que vous ressentez, faites, pensez ») à 10 (« exactement ce que vous ressentez, faites, pensez »). Ils se divisent ensuite en quatre échelles : l'échelle de

sentiment d'efficacité parentale, de surprotection, d'impact parental perçu et d'hostilité/réactivité.

Seule l'échelle de sentiment d'efficacité a été utilisée, en effet elle permet d'évaluer le sentiment de compétence parentale des mères. Le sentiment d'efficacité parentale renvoie à l'évaluation de la capacité d'accomplir des tâches reliées à l'exercice du rôle parental. Les autres échelles du PACOTIS ont été mises de côté puisqu'elles semblaient moins pertinentes par rapport au concept que nous désirions étudier.

Cette sous-échelle est composée de 5 items :

- Item 2 : « Je me sens très compétente pour amuser mon enfant. »
- Item 3 : « Je me sens très compétente pour calmer mon enfant lorsqu'il est troublé, difficile ou qu'il pleure. »
- Item 5 : « Je me sens très compétente pour garder mon enfant occupé pendant que je fais autre chose. »
- Item 7 : « Je me sens très compétente pour attirer l'attention de mon enfant. »
- Item 10 : « Je me sens très compétente pour nourrir mon enfant, le changer et lui donner son bain. »

3. *Evaluation de l'attachement mère/bébé*

L'attachement a été évalué avec une version brève du questionnaire « Q-Sort Attachement » de Waters et Deane (1985) traduite et validée auprès de populations francophones par Strayer et Gbato, 2001, LDCC, Université de Toulouse 2.

En 1985, Waters et Deane propose le Q-Sort Attachement qui permet d'évaluer la qualité du comportement de base sécurisante chez l'enfant à l'aide de cent items. Ce questionnaire permet d'allier les avantages de la méthode d'observation et des questionnaires. Le Q-Sort Attachement permet de considérer le parent comme observateur privilégié de l'enfant dans son milieu naturel tout en limitant l'effet de désirabilité sociale. Le Q-Sort Attachement peut être utilisé pour des enfants âgés de 10 mois à 3-4 ans.

Cette version réduite comporte trente cinq items. Les items sont évalués sur une échelle de type Likert en sept points, 1 indiquant « ça ne s'applique pas du tout à mon enfant » tandis que 7 indique « c'est tout à fait mon enfant ». Ces items peuvent se regrouper en sept sous-échelles composées de cinq items chacune :

- Exploration-proximité : capacité de l'enfant à explorer à partir de sa figure d'attachement privilégiée.

- Réponse différentielle : reconnaissance du parent comme source principale de réconfort.
- Affect positif : capacité de l'enfant à exprimer ses émotions.
- Autonomie : capacité de l'enfant à s'occuper seul
- Sociabilité : capacité de l'enfant à aller vers les autres
- Perception sociale : reconnaissance des demandes d'autrui
- Endurance : capacité de l'enfant à persister dans ses activités

Parmi ces sept sous-échelles, les deux premières sont considérées comme faisant partie du système d'attachement et les cinq autres échelles décrivent davantage les caractéristiques de la personnalité émergente de l'enfant. Dans notre étude, seules les deux premières sous-échelles ont donc été utilisées.

III. Procédure

La passation des questionnaires s'est déroulée au domicile de chaque maman à l'âge de 12 mois. Nous avons soumis aux mères de nouveau-nés jumeaux un questionnaire socio-biographique ainsi que l'échelle des cognitions et des conduites parentales (PACOTIS) et enfin la version brève du Q-Sort Attachement.

Afin de faire émerger la subjectivité des mères, elles ont rempli elles-mêmes le questionnaire socio-biographique, le PACOTIS et la version brève du Q-Sort Attachement.

IV. Hypothèses opérationnelles

- **Variable dépendante (VD):**
 - le sentiment d'efficacité parentale
 - l'attachement mère/enfants
- **Variation indépendante (VI) :**
 - l'âge gestationnel de naissance
 - la durée d'hospitalisation des bébés

Nous posons donc les hypothèses opérationnelles suivantes :

- Hypothèse 1:
 - Hypothèse nulle: il n'y a pas de relation significative entre l'âge gestationnel et le score obtenu à l'échelle « sentiment de compétence parentale » par les mères de jumeaux évalué à 12 mois.
 - Hypothèse alternative: il y a une relation significative entre l'âge gestationnel et le score obtenu à l'échelle « sentiment de compétence parentale » par les mères de jumeaux évalué à 12 mois.

- Hypothèse 2 :
 - Hypothèse nulle : il n'y a pas de relation significative entre la durée d'hospitalisation des bébés et le score obtenu à l'échelle « sentiment de compétence parentale » par les mères de jumeaux évalué à 12 mois.
 - Hypothèse alternative : il y a une relation significative entre la durée d'hospitalisation des bébés et le score obtenu à l'échelle « sentiment de compétence parentale » par les mères de jumeaux évalué à 12 mois.

- Hypothèse 3:
 - Hypothèse nulle : il n'y a pas de relation significative entre l'âge gestationnel et le score obtenu par les mères de jumeaux évalué à 12 mois à l'échelle « exploration-proximité » de la version brève du Q-Sort Attachement.
 - Hypothèse alternative : il y a une relation significative entre l'âge gestationnel et le score obtenu par les mères de jumeaux évalué à 12 mois à l'échelle « exploration-proximité » de la version brève du Q-Sort Attachement.

- Hypothèse 4 :
 - Hypothèse nulle : il n'y a pas de relation significative entre l'âge gestationnel et le score obtenu par les mères de jumeaux évalué à 12 mois à l'échelle « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement.

- Hypothèse alternative : il y a une relation significative entre l'âge gestationnel et le score obtenu par les mères de jumeaux évalué à 12 mois à l'échelle « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement.

- Hypothèse 5 :
 - Hypothèse nulle : il n'y a pas de relation significative entre la durée d'hospitalisation et le score obtenu par les mères de jumeaux évalué à 12 mois à l'échelle « exploration-proximité » de la version brève du Q-Sort Attachement.
 - Hypothèse alternative : il y a une relation significative entre la durée d'hospitalisation des bébés et le score obtenu par les mères de jumeaux évalué à 12 mois à l'échelle « exploration-proximité » de la version brève du Q-Sort Attachement.

- Hypothèse 6 :
 - Hypothèse nulle : il n'y a pas de relation significative entre la durée d'hospitalisation des bébés et le score obtenu par les mères de jumeaux évalué à 12 mois à l'échelle « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement.
 - Hypothèse alternative : il y a une relation significative entre la durée d'hospitalisation des bébés et le score obtenu par les mères de jumeaux évalué à 12 mois à l'échelle « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement.

- Hypothèse 7 :
 - Hypothèse nulle: il n'y a pas de relation significative entre le score à l'échelle « sentiment de compétence parentale » et le score à l'échelle « exploration-proximité » de la version brève du Q-Sort Attachement obtenus par les mères de jumeaux à 12 mois.

- Hypothèse alternative : il y a une relation significative entre le score à l'échelle « sentiment de compétence parentale » et le score à l'échelle « exploration-proximité » de la version brève du Q-Sort Attachement obtenus par les mères de jumeaux à 12 mois.

- Hypothèse 8 :
 - Hypothèse nulle : il n'y a pas de relation significative entre le score à l'échelle « sentiment de compétence parentale » et le score à l'échelle « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement obtenus par les mères de jumeaux à 12 mois.
 - Hypothèse alternative : il y a une relation significative entre le score à l'échelle « sentiment de compétence parentale » et le score à l'échelle « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement obtenus par les mères de jumeaux à 12 mois.

Chapitre 3 - Analyses statistiques

L'analyse statistique des données recueillies auprès des mères de jumeaux a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS Statistics 17.0.

I. Analyses descriptives

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été réalisées sur les différentes variables dépendantes soit le sentiment de compétence parentale et la qualité de l'attachement mère/jumeaux ainsi que sur les variables indépendantes soit l'âge gestationnel et la durée d'hospitalisation des bébés.

Concernant la durée d'hospitalisation des bébés, la moyenne s'élève à 20,9 jours d'hospitalisation ; le minimum étant de 0 jour à 60 jours d'hospitalisation pour le maximum. Les scores à l'échelle « sentiment de compétence parentale » s'élèvent en moyenne à 39,3 avec un écart-type de 3,80 ; le minimum étant de 34 et le maximum de 46. Concernant les scores à l'échelle « proximité-exploration », la moyenne s'élève à 20,9 avec un écart-type de 5,34 ; le minimum étant de 15 et le maximum de 29. Enfin, en ce qui concerne les scores à l'échelle « réponse différentielle » la moyenne est de 30,1 avec un écart-type de 5,36 ; le minimum à 17 et le maximum à 35.

Tableau 1. Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Age gestationnel	10	1	3	2,30	,823
Durée d'hospitalisation	10	0,00	60,00	20,90	19,80
Sentiment de compétence parentale	10	34,00	46,00	39,30	3,80
Proximité-exploration	10	15,00	29,00	20,90	5,34
Réponse différentielle	10	17,00	35,00	30,10	5,36

Puis, nous avons procédé à la vérification de la normalité de la distribution. Pour cela, nous avons effectué le test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon pour les variables dépendantes : « sentiment d'efficacité parentale » ($z=.416$; $p=.995$), pour l'échelle « proximité-exploration » ($z=.697$; $p=.716$) et pour l'échelle « réponse différentielle » ($z=.609$; $p=.852$). Le test n'est pas significatif la distribution est donc Normale.

Tableau 2. Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

	Sentiment de compétence parentale	Proximité- exploration	Réponse différentielle
Z de Kolmogorov- Smirnov	,416	,697	,609
Signification asymptotique (bilatérale)	,995	,716	,852

Afin de procéder à l'analyse statistique, il convient de déterminer la nature des variables. Les différents scores obtenus à l'échelle « sentiment de compétence parentale » du PACOTIS et aux sous-échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement, et l'âge gestationnel de naissance et la durée d'hospitalisation des jumeaux sont des variables d'intervalle. Dans le but de vérifier nos hypothèses, il est donc approprié d'utiliser des corrélations.

II. Analyses corrélationnelles

Nous pouvons donc utiliser des tests paramétriques, il convient d'effectuer des corrélations de Pearson afin de vérifier l'existence d'une relation entre les variables indépendantes (VI) c'est-à-dire l'âge gestationnel de naissance des jumeaux et la durée d'hospitalisation ; et les variables dépendantes (VD), soit le score obtenu par les mères à l'échelle de « sentiment de compétence parentale » du PACOTIS ainsi qu'aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » de la version brève du Q-Sort Attachement.

D'après les résultats obtenus, nous pouvons dire que :

- Pour l'hypothèse 1, il n'y a pas de relation significative ($r = -.103$; $p = .777$) au seuil 0.05 entre l'âge gestationnel et le score obtenu à l'échelle « sentiment de compétence parentale ». L'hypothèse nulle est validée et l'hypothèse alternative est rejetée.

Tableau 3. Corrélations entre l'âge gestationnel et le sentiment de compétence parentale

	Age gestationnel
Sentiment de compétence parentale	-,103

- Pour l'hypothèse 2, il n'y a pas de relation significative ($r = -.470$; $p = .170$) au seuil 0.05 entre la durée d'hospitalisation et le score obtenu à l'échelle « sentiment de compétence parentale ». L'hypothèse nulle est validée et l'hypothèse alternative est rejetée.

Tableau 4. Corrélations entre la durée d'hospitalisation et le sentiment de compétence parentale

	Durée d'hospitalisation
Sentiment de compétence parentale	-,470

- Pour l'hypothèse 3, il n'y a pas de corrélation significative ($r = .184$; $p = .610$) au seuil 0.05 entre l'âge gestationnel et les scores obtenus à l'échelle « proximité-exploration ». L'hypothèse nulle est validée tandis que l'hypothèse alternative est rejetée.
- Pour l'hypothèse 4, il n'y a pas de corrélation significative ($r = .496$; $p = .145$) au seuil 0.05 entre l'âge gestationnel et les scores obtenus à l'échelle « réponse différentielle ». L'hypothèse nulle est validée tandis que l'hypothèse alternative est rejetée.

Tableau 5. Corrélations entre l'âge gestationnel et les mesures de la qualité de la relation d'attachement mère-jumeaux

	Age gestationnel
Proximité-exploration	,184
Réponse différentielle	,496

- Pour l'hypothèse 5, il n'y a pas de corrélation significative ($r = -.184$; $p = .611$) au seuil 0.05 entre la durée d'hospitalisation et le score obtenu à l'échelle « proximité-exploration ». L'hypothèse nulle est validée tandis que l'hypothèse alternative est rejetée.
- Pour l'hypothèse 6, il n'y a pas de corrélation significative ($r = .166$; $p = .646$) au seuil 0.05 entre la durée d'hospitalisation et le score obtenu à l'échelle « réponse différentielle ». L'hypothèse nulle est validée tandis que l'hypothèse alternative est rejetée.

Tableau 6. *Corrélations entre la durée d'hospitalisation et les mesures de la qualité de la relation d'attachement mère-jumeaux*

	Durée d'hospitalisation
Proximité-exploration	-.184
Réponse différentielle	.166

- Pour l'hypothèse 7, il n'y a pas de relation significative ($r = -.447$; $p = .195$) au seuil 0.05 entre le score obtenu à l'échelle « sentiment de compétence parentale » et le score obtenu à l'échelle « proximité-exploration ». L'hypothèse nulle est validée et l'hypothèse alternative est rejetée.
- Pour l'hypothèse 8, il n'y a pas de corrélation significative ($r = -.334$; $p = .346$) au seuil 0.05 entre le score obtenu à l'échelle « sentiment d'efficacité parentale » et le score obtenu à l'échelle « réponse différentielle ». L'hypothèse nulle est validée tandis que l'hypothèse alternative est rejetée.

Tableau 7. Corrélations entre le sentiment de compétence parentale et les mesures de la qualité de la relation d'attachement mère-jumeaux

	Sentiment de compétence parentale
Proximité-exploration	-,447
Réponse différentielle	-,334

Chapitre 4 - Discussion

L'objectif général de cette recherche était d'étudier de quelle manière dans un contexte de gémellité, la prématurité ferait varier le sentiment de compétence parentale des mères et la qualité de la relation d'attachement mère-jumeaux évalués à 12 mois.

Dans un premier temps, nous avons fait l'hypothèse selon laquelle la prématurité aurait un impact sur le sentiment de compétence parentale chez ces mères. Nous avons supposé que le sentiment de compétence parentale était corrélé à l'âge gestationnel ainsi qu'à la durée d'hospitalisation des bébés.

Dans un deuxième temps, nous avons supposé que la qualité de la relation d'attachement mère-jumeaux était corrélée à l'âge gestationnel ainsi qu'à la durée d'hospitalisation des jumeaux.

Enfin, notre dernier objectif était de vérifier l'existence d'un lien entre le sentiment de compétence parentale des mères et la qualité de l'attachement mère-jumeaux évalués à 12 mois.

En effet, comme nous l'avons développé dans notre partie théorique, la prématurité et la gémellité aurait des répercussions sur le processus de parentalité et notamment sur le sentiment de compétence parentale ainsi que sur le processus d'attachement précoce mère-enfants.

Les analyses corrélationnelles ne nous permettent pas de confirmer l'ensemble de nos hypothèses préalablement posées.

L'existence d'une relation significative entre le sentiment de compétence parentale des mères et l'âge gestationnel de naissance des jumeaux n'est pas validée.

En faisant une comparaison de moyennes des scores obtenus à l'échelle « sentiment de compétence parentale » (cf. annexes, tableau 1, p.67), nous nous rendons compte que les moyennes sont sensiblement équivalentes. Les mères de jumeaux nés à terme obtiennent un score moyen de sentiment d'efficacité parentale de 39, les mères de jumeaux prématurés nés entre 34 et 36 SA obtiennent un score moyen de sentiment d'efficacité parentale de 40,66 et les mères de jumeaux prématurés nés entre 32 et 34 SA obtiennent un score moyen de sentiment d'efficacité parentale de 38,60 ; la moyenne totale s'élevant à 39,30.

L'hypothèse concernant un sentiment de compétence parentale d'autant plus faible que la durée d'hospitalisation est longue peut également être rejetée. En effet, selon les résultats

obtenus, il n'y a pas de relation significative entre le sentiment de compétence parentale et la durée d'hospitalisation des jumeaux. En faisant une comparaison de moyennes des scores obtenus à l'échelle « sentiment de compétence parentale » (cf. annexes, tableau 3, p.67), nous nous rendons compte que la moyenne la plus élevée se situe vers 17 jours d'hospitalisation (42,33). Puis, au fur et à mesure que la durée d'hospitalisation augmente, les moyennes diminuent.

Par ailleurs, nous nous sommes intéressés à l'évolution du sentiment de compétence parentale évalué entre 1 et 3 mois et le sentiment de compétence évalué à 12 mois. Pour cela nous avons réalisé un t de Student pour échantillons appariés afin de comparer les résultats obtenus par les mères de jumeaux. Le test t pour échantillons appariés compare les réponses des sujets recueillies sur deux temps différents. Ceci permet de détecter les différences si elles existent bel et bien. Nous voyons donc dans le tableau 4 (annexes p.64) que pour les dix mères de jumeaux, le score moyen de compétence parentale perçu est passé de 36,9 à 39,3 entre les deux évaluations. De plus, l'écart-type indique plus de dispersion entre les résultats lorsque le sentiment de compétence parentale a été évalué dans les premiers mois qui ont suivi la naissance. D'après le tableau 6 (annexes p.65), il semble qu'il existe une différence significative ($t = -2,319$; $ddl=9$; $p=0.046$) au seuil 0.05 entre le sentiment de compétence parentale durant les premiers mois qui suivent la naissance des jumeaux et le sentiment de compétence parentale évalué à 12 mois. Les mères de jumeaux auraient un sentiment de compétence parentale significativement plus élevé lorsque les jumeaux sont âgés de 12 mois par rapport aux premiers mois de vie des enfants.

Ce résultat peut être expliqué par le fait que les bébés âgés de 12 mois revêtent un aspect moins « fragile et vulnérable » en comparaison avec les premiers mois de vie. De surcroît, les bébés acquièrent davantage d'autonomie et de compétences sociales de communication avec l'âge, ce qui facilite les interactions parents/enfants et de surcroît l'identification parentale des besoins de leurs enfants.

L'hypothèse d'un lien entre l'âge gestationnel et la qualité de la relation d'attachement mère-enfants n'est pas confirmée. De même que l'existence d'un lien entre la durée d'hospitalisation des jumeaux et la qualité de la relation d'attachement.

En effet, il n'y a pas de relation significative entre d'une part l'âge gestationnel et les scores aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » et d'autre part la

durée d'hospitalisation des bébés et les scores aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle ».

Nous avons donc choisi d'effectuer une comparaison de moyennes des scores aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » selon l'âge gestationnel (annexes, tableau 5, p.69). La moyenne totale à l'échelle « proximité-exploration » s'élève à 20,90. Les mères de jumeaux nés à terme obtiennent un score moyen de 20,5 ; les mères de jumeaux prématurés nés entre 34 et 36 SA obtiennent un score moyen de 19 et les mères de jumeaux prématurés nés entre 32 et 34 SA obtiennent un score moyen de 22,20. Concernant l'échelle « réponse différentielle », la moyenne totale s'élève à 30,10. Les mères de jumeaux nés à terme obtiennent un score moyen de 29 ; les mères de jumeaux prématurés nés entre 34 et 36 SA obtiennent un score moyen de 25 et les mères de jumeaux prématurés nés entre 32 et 34 SA obtiennent un score moyen de 33,6.

En effectuant une comparaison de moyennes des scores aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » selon la durée d'hospitalisation (annexes, tableau 6, p.70), nous nous apercevons qu'à l'échelle « proximité-exploration », la moyenne la plus élevée ($m=29$) se situe à 42 jours d'hospitalisation ; et concernant l'échelle « réponse différentielle », la moyenne la plus élevée ($m=34$) se situe à 35 jours d'hospitalisation.

Enfin, il apparait que le sentiment de compétence parentale ne soit pas corrélé à la qualité de la relation d'attachement. En effet, il n'y a pas de relation entre les scores à l'échelle « sentiment de compétence parentale » et les scores aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » relatives à la qualité de la relation d'attachement.

Ces résultats peuvent être expliqués par des limitations liées à l'échantillon.

Tout d'abord, les résultats obtenus peuvent s'expliquer par le fait que notre échantillon soit de taille insuffisante pour tester l'effet des variables indépendantes, soit l'âge gestationnel et la durée d'hospitalisation des jumeaux sur les variables dépendantes, soit le score obtenu à l'échelle « sentiment de compétence parentale » du PACOTIS et les scores obtenus aux échelles de la version brève du Q-Sort Attachement « exploration-proximité » et « réponse différentielle » et pour ainsi obtenir des résultats significatifs. En effet, l'échantillon de la population ne comprenait que dix familles parents/jumeaux. Par ailleurs, nous avons été confrontés à la perte de sujets au cours de notre étude longitudinale. En effet lors de la recherche de l'année dernière l'échantillon était constitué de quatorze familles ; cette année,

seules dix familles ont accepté de poursuivre leur participation à l'étude. C'est un risque fréquent lors des études longitudinales.

De plus, au sein de cet échantillon, il aurait été pertinent de constituer des groupes équivalents de nouveau-nés selon leur âge gestationnel de naissance, afin de mieux comparer les sous-ensembles. En effet, le groupe de nouveau-nés à terme est constitué de deux paires de jumeaux et les groupes de nouveau-nés nés entre 34 et 36 SA et entre 32 et 34 SA sont constitués respectivement de trois et de cinq paires de jumeaux. Pour que la comparaison de moyennes soit pertinente, il aurait également fallu comparer les trois sous-ensembles à deux autres sous-ensemble de jumeaux prématurés nés entre 28 et 32 SA et entre 22 et 28 SA.

De même, étant donné que nous avons rencontré les mères à leur domicile, nous pensons qu'il aurait été également intéressant de comparer des mères après la même période depuis le retour à la maison. Certains enfants étant encore hospitalisés et d'autres sortis du service de néonatalogie depuis plus ou moins longtemps. Nous aurions tendance à penser qu'une mère rentrée à son domicile depuis plus longtemps se sente plus compétente car elle aurait disposé de plus de temps pour prendre ses marques et ses repères.

Etant donné que le sentiment de compétence trouve sa source dans les échecs et les succès rencontrés antérieurement, il aurait été intéressant de prendre en compte la variable primiparité de la mère.

Concernant les outils utilisés, notamment le questionnaire d'attachement mère-enfant et le PACOTIS, un seul questionnaire était proposé aux mères, ce qui a pu les mettre en difficulté étant donné qu'elles ont deux enfants. Souvent, elles essayaient de faire une « moyenne » des scores afin de répondre au questionnaire. Il aurait été pertinent de leur proposer deux questionnaires de la version brève du Q-Sort Attachement. De même, les items étaient rédigés au singulier « mon enfant », les corriger en les mettant au pluriel aurait pu faciliter la passation du questionnaire.

Nous obtenons donc le résultat suivant : la prématurité ne serait pas associée au sentiment de compétence parentale chez les mères de jumeaux prématurés ni à l'attachement mère-jumeaux. Nous avons ainsi envisagé que la situation d'une naissance prématurée aurait un impact sur le sentiment de compétence parentale chez les mères de nouveau-nés jumeaux et sur l'attachement précoce mère-enfants. Il s'avère que les résultats trouvés ne sont pas en accord avec cette théorie.

Nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que la plupart des nouveau-nés jumeaux étaient hospitalisés dans un service de néonatalogie associé à la maternité. En effet, comme le souligne Binet (2000), le processus d'attachement précoce peut se dérouler normalement et les parents peuvent mieux vivre la naissance prématurée quand il n'y a pas de séparation précoce mère-enfant, le service de néonatalogie étant intégré à la maternité.

Elle ajoute que les blessures occasionnées par la séparation précoce mère-enfant vont la plupart du temps, se réparer pour peu qu'on permette au bébé et à ses parents de se rencontrer, le plus tôt possible, dans les meilleures conditions possibles, et en intervenant le moins possible dans leur intimité retrouvée. En effet, au sein des services de néonatalogie, plusieurs types d'intervention sont proposés par les équipes soignantes aux parents.

L'équipe soignante assure la prise en charge globale et personnalisée du duo parent-enfant de façon à favoriser un contact précoce, comme le « peau à peau » avec la mère mais aussi le père, essentiel au développement du lien d'attachement. De même, elle assure un rôle d'information et de soutien face à l'allaitement maternel. Le rôle de l'équipe soignante est d'accompagner les parents dans leur rôle de « parents prématurés ».

Le séjour en néonatalogie aurait un effet bénéfique sur le ressenti des mères. Plusieurs témoignages de mères iraient dans ce sens. Le service néonatal, l'équipe soignante voire la chambre des enfants peuvent faire l'objet de projections.

Mme G., mère de Lilou et Luna (nées entre 32 et 34 SA ; 60 jours d'hospitalisation), nous a livré qu'elle se représentait la chambre où étaient hospitalisées ses petites filles nées prématurément comme son « utérus à l'intérieur duquel elles ont pu continuer et achever leur développement ».

Mme A., mère de Zoé et Capucine (nées entre 34 et 36 SA ; 42 jours d'hospitalisation), quant à elle, nous a confié que le séjour d'hospitalisation en néonatalogie lui a permis « d'apprendre les gestes à faire lors des soins, ou encore d'identifier les besoins que pouvaient exprimer ses enfants ».

De plus, les jumeaux de notre étude ont bénéficié de la même durée d'hospitalisation, ils n'ont pas été séparés. Il peut arriver que l'un des enfants soit hospitalisé, tandis que l'autre reste avec sa mère. Cette séparation des jumeaux complique encore le processus d'attachement et implique des difficultés d'organisation et de gestion du temps. (M. Garel, E.

Charlemaine, N. Blondel, 2004). Ce n'a pas été le cas pour les mères et les jumeaux de notre étude.

Selon l'étude de Boivin et al. (2000) le sentiment d'efficacité parentale s'est révélé principalement associé au tempérament difficile du nourrisson et au soutien conjugal perçu.

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

Rode *et al.* (1981) ne constatent pas de différence en termes de comportements d'attachement entre des enfants qui avaient été séparés de leur mère à la naissance, le plus souvent à cause de prématurité, et des enfants non séparés de leur mère à la naissance. Selon ces auteurs, l'interaction mère-enfant pendant une longue période est plus importante dans la formation au lien d'attachement que la séparation initiale, et que le processus d'établissement de ce lien n'est pas rigide.

Widmayer et Field (1981) ont étudié l'effet de la démonstration du test de Brazelton à des mères qui avaient accouché d'un prématuré en santé. Il en ressort que le fait d'enseigner à la mère les capacités étonnantes de son nouveau-né en termes de comportement faciliterait donc l'interaction précoce et par extension le sentiment d'efficacité parentale et l'attachement mère-enfants. Démontrer aux parents les compétences précoces de leurs enfants favoriserait les interactions parents-enfants.

Selon Lefebvre et al., (1982), il n'y a pas de preuve à l'appui de l'existence d'une période critique où devrait s'établir l'attachement parents-enfant et durant laquelle une séparation entraînerait de manière générale des problèmes de maternage.

Dans le cas de l'enfant prématuré, plusieurs facteurs autres que la séparation jouent un rôle important dans l'établissement du lien mère-enfant, notamment la réaction des parents à la naissance, l'état émotionnel de la mère, le support du père, les caractéristiques sociales de la famille et le degré de réaction du nouveau-né aux stimuli sociaux.

Il semble y avoir une grande flexibilité dans l'établissement du lien d'attachement entre les parents et leur nouveau-né.

Conclusion

Tout au long de cette recherche, nous avons exploré la question de la prématurité et de la gémellité depuis divers apports théoriques afin de trouver en quoi ce contexte si particulier pouvait avoir un impact sur la parentalité notamment sur le sentiment de compétence parentale des mères de jumeaux et sur l'attachement mère/jumeaux.

Nous avons effectivement constaté que la prématurité et la gémellité inscrivaient l'enfant et ses parents notamment la mère dans un contexte délicat. Cette parentalité en devenir se trouve compliquée par le fait qu'elle est confrontée à deux enfants. La prématurité aurait un effet sur la rupture du lien mère/enfant et d'autre part, la gémellité ne permettrait pas d'établir des relations privilégiées individualisées avec chacun des enfants

Ainsi, nous nous sommes interrogés sur l'éventualité d'un sentiment de compétence parentale faible chez les mères aux prises à cette situation ainsi qu'un attachement mère-enfants de moins bonne qualité. Nos résultats n'ont pas été dans ce sens. Tout en limitant la portée des résultats obtenus en raison de la taille de l'échantillon, nous pouvons suggérer que ni le sentiment de compétence parentale ni l'attachement mère-enfants ne seraient en relation avec l'âge gestationnel de naissance des jumeaux ni avec la durée d'hospitalisation qu'entraîne la prématurité.

Nous avons tenté d'expliquer ce contre résultat. Il semblerait que durant la période d'hospitalisation des bébés, les mères bénéficient d'un soutien à la parentalité assuré par l'équipe soignante du service de néonatalogie qui jouerait le rôle de fonction d'étayage. Ce soutien permettrait aux mères de ressentir un sentiment d'efficacité élevé. De plus, durant le séjour à la maternité et en réanimation néonatale tout est mis en œuvre pour favoriser l'attachement mère-bébés. Enfin, nous pouvons supposer que le lien entre la prématurité et l'attachement mère-enfants soit médiatisé par le sentiment de compétence parentale des mères.

Suite à cela d'autres questionnements ont émergé. Etant donné que le sentiment d'efficacité trouve sa source dans les échecs et les succès rencontrés antérieurement, il aurait été intéressant de considérer la primiparité de la mère, ainsi que le soutien du père à la naissance et après, lors du retour à la maison, car il jouerait un rôle de premier plan et aurait des répercussions positives sur son sentiment d'efficacité parentale.

Il serait envisageable de poursuivre cette recherche auprès de la même population en proposant des entretiens semi-structurés afin d'évaluer de manière qualitative les processus à

l'œuvre dans l'établissement du sentiment de compétence parentale et ainsi que le processus d'attachement mères-enfants.

Les capacités d'adaptation des parents sont mises à l'épreuve lors d'une naissance prématurée. Pour les aider à mieux établir leur premier lien avec l'enfant, il est souhaitable de réduire le temps où ils en sont séparés, en les invitant à l'unité néonatale et en les encourageant à regarder leur nouveau-né, à le toucher et à en prendre soin autant que possible. Ces solutions permettent de minimiser le risque d'un lien rompu et peut-être de l'éliminer complètement. Il faut toutefois savoir respecter le rythme et le style propres à chaque parent. Le travail de prévention auprès de ces familles apparaît essentiel.

Références bibliographiques

- BANDURA, A. (2003), *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, Paris, Éditions De Boeck Université.
- BEAUFILS, C. (1995), « Nouveau-nés jumeaux, regard d'une psychologue du service de néonatalogie », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°8, p. 480-488.
- BEN SOUSSAN, P. (sous la direction de) (2010), *La parentalité exposée*, Toulouse, Erès, coll. « Mille et un bébés ».
- BINEL, G. (2000), *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, Paris, Gaëtan Morin.
- BOISSEL, A. (2008), « Parentalité et handicap », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, volume 3, n° 73, p. 63-70.
- BORGHINI, A. ; MULLER-NIX, C. (2008), *Un étrange petit inconnu, la rencontre avec l'enfant né prématuré*, Toulouse, Erès, coll. « Mille et un bébés ».
- BOUVAREL, A. (2009), « Bébé né prématurément et parents en devenir, un entretien avec Anne FRICHET », Lorquin, Centre national AV santé mentale.
- BOYER, F. (2006), « Relations socio-affectives en milieu familial : vers un modèle éco-systémique du développement psychosocial du jeune enfant », Thèse pour le doctorat de l'Université Bordeaux 2, mention Psychologie, sous la direction de SRAYER F.
- BRUSCHWEILER-STERN, N. (2001), « Mère à terme et mère prématurée » dans DUGNAT, M. (sous la direction de), *Le monde relationnel du bébé*, Toulouse, Erès.

- DANESI, N. (2009) « La séparation à la naissance ou dans les premiers mois de vie pour une hospitalisation nécessaire : un traumatisme pouvant mettre à mal l'enfant et sa famille », Toulouse, Erès, *Spirale* n° 51, p. 83-92.
- DAGEVILLE, C. (2007), *Le début de la vie d'un grand prématuré*, Toulouse, Erès, coll. « Mille et un bébés ».
- DAYAN, J. (2004), « Parentalité : enjeux et pratique sociale », *Parentalité et petite enfance*, Toulouse, Erès, p. 157-170.
- DELION, P. (2011), *La fonction parentale*, Bruxelles, Yapaka, coll. « Temps d'arrêt/Lectures ».
- DRUON, C. (2008), « Réanimation néonatale/observation du bébé prématuré : antagonisme ou complémentarité ? La méthode d'observation de bébé appliquée à des enfants hospitalisés en médecine néonatale pour prématurité », Toulouse, Erès, coll. « La vie de l'enfant », p.45-60.
- FORGET-DUBOIS, N. ; BOIVIN, M. ; DIONNE, G. ; PIERCE T., TREMBLAY, R. E. ; PERUSSE, D. (2007), « A longitudinal twin study of the genetic and environmental etiology of maternal hostile-reactive behavior during infancy and toddlerhood », *Infant Behavior & Development*, n°30, p. 453–465.
- GAREL, M. ; CHARLEMAINE, E. ; BLONDEL, B. (2004), « Impact psychologique de la gémellité sur les enfants et leurs parents », *Archives de pédiatrie*, n°11, p. 663-665.
- GAREL, M. ; CHARLEMAINE, E. ; BLONDEL, B. (2006), « Conséquences psychologiques des naissances multiples », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, n°34, p.1058-1063.
- GUEDENEY, N. (2010), *L'attachement, un lien vital*, Bruxelles, Fabert, « Temps d'arrêt ».

- HERZOG, A. ; MULLER NIX, C. ; MEJIA C. et ANSERMET F., (2003), « Étude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée », *Psychothérapies*, Vol. 23, p. 97-106.
- HOUZEL, D. (sous la direction de) (1998), *Les enjeux de la parentalité*, Toulouse, Erès.
- JARDINE, M. ; TOUSSAINT, E. (2009), « La parentalité » dans DEHAN, M. ; LACOMBE, D., *Les jumeaux et leur pédiatre*, Paris, Doin.
- LAMBOY, B. (2009), « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept », *Devenir*, volume 21, n°1, p. 31-60.
- 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*, volume 8, n° 2, p. 90-99.
- PEDESPAN, L. (2004), « Attachement et prématurité », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, n°32, p.716-720.
- PELLOUX, A-S. ; LEBLANC, A. (sous la direction de) (2007), *Deux, trois, quatre, nés ensemble*, Toulouse, Erès, *Enfances & PSY*, n°34.
- PONS, J.C. ; FRYDMAN, R. (1994), *Les jumeaux*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? »
- PONS, J.C. ; CHARLEMAINE, C. ; PAPIERNIK, E. (2006), *Le guide des jumeaux*, Paris, Odile Jacob.
- ROBIN, M. ; JOSSE, D. ; TOURETTE, C. (1991), « Naissances gémellaires : aspects matériels et psychologiques. Les interactions précoces mères-jumeaux », dans PAPIERNIK, E. ; PONS, J.-C. (sous la direction de), *Les grossesses multiples*, Paris, Doin, 23, p. 174-179.

- ROBINEAU, M. (2008), *Les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?*, Toulouse, Erès, coll. « Mille et un bébés ».
- SAVARD, N. (coordonné par) (2010), *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*, Dossier thématique ONED.
- SINCLAIR, F. ; NAUD, J. (2005), « Soutien social et émergence du sentiment d'efficacité parentale : une étude pilote de la contribution du programme ÉcoFamille », *Santé mentale au Québec*, volume 30, n° 2, p. 193-208.
- SOLIS-PONTON, L. (sous la direction de) (2002), *La Parentalité*, Paris, PUF.
- TRUELLE, D. ; MONTAMBAULT E. (1994), « Le sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants d'âge préscolaire », *Service social*, vol. 43, n° 2, p. 47-62.
- DE VRIENDT-GOLDMAN, C. (1998), « Passation de l'échelle d'évaluation de T.B. Brazelton et perspectives psychothérapeutiques », *Devenir*, n°3.
- WINNICOTT, D. W. (1957), « Enfants jumeaux », dans *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot, p.165.
- WINNICOTT, D. W. (2006), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- ZAZZO, R. (1960), *Les jumeaux, le couple et la personne*, Paris, PUF, coll. « Quadriges », 2005.
- ZAZZO, R. ; TOURNIER, M. (1984), *Le paradoxe des jumeaux*, Paris, Stock, coll. « Laurence Pernoud ».

Annexes

A. Outils

Questionnaire socio-biographique

NOM de la mère :

Prénom de la mère :

Date de naissance :

• Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? -----

NOM du père :

Prénom du père :

Date de naissance :

• Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? -----

Adresse : -----

Numéro de téléphone : -----

Situation conjugale : en couple séparé seul(e)

• Nom, prénom et sexe des jumeaux:

----- ----- garçon fille 1^{er} né ?

----- ----- garçon fille 1^{er} né ?

• Date de naissance des jumeaux: -----

• Sont-ils ?

Monozygotes (monochorial/bichorial)

Dizygotes

ne sait pas

- Il s'agit d'une grossesse gémellaire suite à:
 - Une PMA Une grossesse spontanée.

- Avez-vous d'autres naissances gémellaires dans votre famille ?
 - Non Oui (si oui famille proche ?)

- Est-ce votre première grossesse ?
 - Non Oui

- si non :

Noms, prénoms, date de naissance des enfants précédents:

Nom	Prénom	Date de naissance	Père / mère	Lieu de résidence ou de garde

- Avez-vous dû être hospitalisée en milieu hospitalier avant votre accouchement ?
 - Non Oui • si oui durée ? -----

- Avez-vous eu une hospitalisation à domicile ?
 - Une surveillance « normale » de grossesse gémellaire (intensifiée en fin de grossesse)
 - Une surveillance très importante du fait de signes d'appel

- Accouchement :
 - Par voie basse Par césarienne

- Le père des jumeaux était-il présent à l'accouchement ?
 - Non Oui

- Combien de temps a duré votre séjour à la maternité (après l'accouchement)?

- Moins d'une semaine
- 1 à 2 semaines
- 2 à 3 semaines
- plus

• Sont-ils nés prématurés ?

- Non
- Oui, ils sont nés :
 - Entre 25 et 28 SA
 - Entre 28 et 32 SA
 - Entre 32 et 34 SA
 - Entre 34 et 36 SA

• Le ou les jumeaux ont-ils été hospitalisés ?

- Non
- Oui

Prénoms	Réanimation	durée	Néonatalogie	durée

• Comment vous êtes-vous organisés à ce moment-là ? (Chambre mère-enfant / Visites / Rythme)

Allaitement

• Quel type d'allaitement aviez-vous choisi ?

- Allaitement maternel
- Allaitement artificiel
- Mixte

• Quel allaitement à été mis en place dans les premiers jours de vie ?

- Allaitement maternel Allaitement artificiel Mixte

• Avez-vous pu maintenir le même type d'allaitement ?

- Non Oui

• Si non pourquoi ?

• Avez-vous pris des renseignements sur les jumeaux après l'annonce ?

- Médecin
 Livres
 Internet : blog, forum, site
 Association
 Autres parents de jumeaux
 Autre : -----

• L'annonce de l'arrivée des jumeaux a-t-elle provoquée des changements ?

- De logement (plus grand ou plus près de la famille, ou de ressources autres)
 De voiture
 De travail

Aide / Mode de garde

• Depuis l'arrivée des jumeaux quelqu'un de votre entourage s'est-il rendu disponible pour vous aider ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le papa des enfants | combien de temps ?----- |
| <input type="checkbox"/> Votre mère | combien de temps ?----- |
| <input type="checkbox"/> Votre belle-mère | combien de temps ?----- |
| <input type="checkbox"/> Une baby-sitter/nounou à domicile | combien de temps ?----- |

Autre : -----

combien de temps ?-----

• Quel type de mode de garde aviez-vous choisi ?

- À la maison (congé parental)
- La famille
- Crèche familiale
- Crèche collective
- Halte-garderie
- Assistante maternelle indépendante

• Quel type de mode de garde a été mis en place ?

- À la maison (congé parental)
- Famille
- Crèche familiale
- Crèche collective
- Halte-garderie
- Assistante maternelle indépendante

Rempli par :

Le :

PACOTIS

Montrer une EVN à la patiente et noter pour chaque question la réponse, Exemple d'EVN :

Pas du tout

ce que

- vous ressentez

- vous faites

- vous pensez

Exactement

ce que

- vous ressentez

- vous faites

- vous pensez

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0				5						10

- | | | |
|----|--|---------|
| 1- | J'ai peu d'effet sur le développement de la personnalité de mon enfant. | 1__1__1 |
| 2- | Je me sens très compétente pour amuser mon enfant. | 1__1__1 |
| 3- | Je me sens très compétente pour calmer mon enfant lorsqu'il est troublé, difficile ou qu'il pleure. | 1__1__1 |
| 4- | Il m'est déjà arrivé de me fâcher après mon enfant lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile. | 1__1__1 |
| 5- | Je me sens très compétente pour garder mon enfant occupé pendant que je fais autre chose. | 1__1__1 |
| 6- | Quand mon enfant pleure, il me tape sur les nerfs. | 1__1__1 |
| 7- | Je me sens très compétente pour attirer l'attention de mon enfant. | 1__1__1 |
| 8- | Il m'est arrivé de parler fort ou de crier après mon enfant lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile. | 1__1__1 |

- 9- Peu importe ce que je fais comme parent, mon enfant va se développer à sa façon. 1__1__1
- 10- Je me sens très compétente pour nourrir mon enfant, le changer et lui donner son bain. 1__1__1
- 11- Il m'est arrivé de taper mon enfant lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile. 1__1__1
- 12- Il m'est déjà arrivé de perdre le contrôle avec mon enfant lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile. 1__1__1
- 13- J'ai peu d'effet sur le développement des capacités intellectuelles de mon enfant. 1__1__1
- 14- Il m'est arrivé de laisser mon enfant seul dans sa chambre lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile. 1__1__1
- 15- J'ai peu d'effet sur le développement des émotions (par exemple la joie, la peur, la colère) de mon enfant. 1__1__1
- 16- Il m'est déjà arrivé de secouer mon enfant lorsqu'il s'était montré particulièrement difficile. 1__1__1
- 17- J'ai peu d'effet sur la façon dont mon enfant se comportera plus tard avec les autres. 1__1__1

CODE : # _____

20/11/2002

VERSION BREVE Q-SORT ATTACHEMENT

Strayer & Gbato, 2001, LDCC, Université de Toulouse 2

Indiquez la pertinence de chaque descripteur pour votre enfant.
 (1 indique « Ce ne s'applique pas du tout à mon enfant, »
 tandis que 7 indique « C'est tout à fait mon enfant. »)

	Descripteurs	Pas Typique					Très Typique	
1.	Mon enfant aime montrer ce qu'il a appris (ex: les jeux, les nouveaux comportements).	1	2	3	4	5	6	7
2.	Mon enfant est toujours de bonne humeur.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Mon enfant se laisse facilement consoler par moi.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Mon enfant préfère les tâches et les activités qui ne sont pas difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Quand j'ai de la peine, mon enfant ne s'en rend pas compte.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Mon enfant ne joue pas ou n'explore pas longtemps loin de moi.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Mon enfant s'ennuie rapidement.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mon enfant est bouleversé quand je le gronde ou que je ne suis pas d'accord avec ce qu'il fait.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Quand mon enfant a de la peine, il vient me voir pour se faire consoler.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mon enfant se fatigue facilement; il n'a pas beaucoup d'endurance.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Mon enfant est ouvert aux contacts affectueux et sait exprimer son affection et ses émotions.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Mon enfant n'est pas capable de s'adapter quand on le fait passer à une autre activité.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Mon enfant pleure pour empêcher qu'on le quitte.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Lorsque mon enfant est inquiet, il ne vient pas à moi pour se faire réconforter.	1	2	3	4	5	6	7
15.	C'est mon enfant qui entre en contact avec les personnes qu'il connaît.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Quand je m'éloigne, mon enfant n'essaie pas de se rapprocher ou de me suivre.	1	2	3	4	5	6	7

AQS 35-FR GRILLE

20/11/2002

17.	Quand mon enfant a de la peine, il préfère être réconforté par moi.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Devant une action qui lui a été déjà défendu, mon enfant va hésiter ou ne le fera pas.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Souvent mon enfant insiste pour continuer le jeu ou l'échange qu'il a avec une personne.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Mon enfant est indépendant avec la plupart des adultes.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Mon enfant s'adresse et répond directement aux adultes.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Quand mon enfant se méfie, il n'accepte pas que je le rassure.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Mon enfant pleure quand on le quitte.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Mon enfant n'est pas obéissant.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Quand mon enfant joue et que je suis près de lui, il est plus entreprenant et plus confiant.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Mon enfant est perturbé quand je m'éloigne.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Mon enfant est indépendant avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Mon enfant hésite ou n'est pas direct quand il fait des remarques ou des demandes.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Dans les lieux que mon enfant ne connaît pas, il reste plus près de moi.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Quand mon enfant réussit quelque chose ou qu'il atteint un but, cela lui fait plaisir.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Mon enfant se fâche facilement contre moi.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Mon enfant ne rit pas facilement avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Mon enfant montre qu'il peut se contrôler.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Ses remarques et ses demandes sont souvent difficiles à comprendre.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Mon enfant obéit quand je lui demande quelque chose.	1	2	3	4	5	6	7

B. Tableaux

Tableau 1. Comparaison de moyennes des scores totaux du sentiment de compétence parentale selon l'âge gestationnel de naissance

Age gestationnel	Moyenne	N	Ecart-type
Terme	39,00	2	2,828
34-36 SA	40,66	3	3,511
32-34 SA	38,60	5	4,722
Total	39,30	10	3,802

Tableau 2. Comparaison de moyennes des scores totaux du sentiment de compétence parentale selon la durée d'hospitalisation des bébés

Hospitalisation	Moyenne	N	Ecart-type
0	39,00	3	2,000
17	42,33	3	4,725
21	41,00	1	
35	39,00	1	
42	35,00	1	
60	34,00	1	
Total	39,30	10	3,802

Tableau 3. Comparaison de moyennes des scores aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » en fonction de l'âge gestationnel

Age gestationnel		Proximité-Exploration	Réponse Différentielle
Terme	Moyenne	20,50	29,00
	N	2	2
	Ecart-type	,707	1,414
34-36 SA	Moyenne	19,00	25,00
	N	3	3
	Ecart-type	5,196	7,211
32-34 SA	Moyenne	22,20	33,60
	N	5	5
	Ecart-type	6,760	1,673
Total	Moyenne	20,90	30,10
	N	10	10
	Ecart-type	5,342	5,363

Tableau 4. Comparaison de moyennes des scores aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » selon la durée d'hospitalisation

Hospitalisation		Proximité-exploration	Réponse différentielle
0	Moyenne	23,33	31,00
	N	3	3
	Ecart-type	4,932	3,605
17	Moyenne	19,00	27,66
	N	3	3
	Ecart-type	5,196	9,451
21	Moyenne	16,00	27,00
	N	1	1
	Ecart-type	.	.
35	Moyenne	22,00	34,00
	N	1	1
	Ecart-type	.	.
42	Moyenne	29,00	31,00
	N	1	1
	Ecart-type	.	.
60	Moyenne	15,00	33,00
	N	1	1
	Ecart-type	.	.
Total	Moyenne	20,90	30,10
	N	10	10
	Ecart-type	5,34270	5,36346

Tableau 5. Comparaison de moyennes des scores aux échelles « proximité-exploration » et « réponse différentielle » selon les scores moyens à l'échelle « sentiment de compétence parentale »

Sentiment de compétence parentale		Proximité-exploration	Réponse différentielle
34,00	Moyenne	15,00	33,00
	N	1	1
	Ecart-type	.	.
35,00	Moyenne	29,00	31,00
	N	1	1
	Ecart-type	.	.
37,00	Moyenne	23,00	30,50
	N	2	2
	Ecart-type	2,828	,707
39,00	Moyenne	25,50	34,50
	N	2	2
	Ecart-type	4,949	,707
41,00	Moyenne	18,00	27,50
	N	2	2
	Ecart-type	2,828	,707
44,00	Moyenne	16,00	17,00
	N	1	1
	Ecart-type	.	.
46,00	Moyenne	16,00	35,00
	N	1	1
	Ecart-type	.	.
Total	Moyenne	20,90	30,10
	N	10	10
	Ecart-type	5,34270	5,36346

Tableau 6. Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	SCP 1mois	36,90	10	5,06	1,60
	SCP 12mois	39,30	10	3,80	1,20

Tableau 7. Test-t pour échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
SCP 1 mois – SCP 12 mois	-2,40000	3,27278	1,03494	-4,74121	-,05879	-2,319	9	,046