

Article original

La surveillance échographique prénatale des grossesses à suspicion de malformation : étude du retentissement sur les représentations maternelles

Impact on mother's representations of a scan anomaly during prenatal supervision

S. Viaux-Savelon^{a,*}, O. Rosenblum^a, P. Mazet^{a,1}, M. Dommergues^b, D. Cohen^{a,2}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, GHU de la Pitié-Salpêtrière

^b Service de gynécologie obstétrique, GHU de la Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

Résumé

La grossesse est une étape importante dans les processus de structuration de l'identité de la femme et des représentations qu'elle se construit de son enfant. Au cours de ces processus complexes, un événement tel qu'une suspicion portant sur l'intégrité physique et mentale de son futur enfant vient mettre un grain de sable au cœur de cette mécanique en mouvement.

Objectif de l'étude, population et méthode. – Notre objectif est d'analyser les différentes dimensions en jeu lors de l'apparition d'anomalies échographiques isolées en suivant deux groupes de femmes : un groupe pour lequel la grossesse est « surveillée » suite à une échographie suspecte et un groupe témoin, au cours du dernier trimestre de grossesse, à l'accouchement et aux deux mois de l'enfant à l'aide de deux entretiens semi-structurés (Ammaniti et Stern), ainsi qu'une échelle d'anxiété et de stress (Covi et Raskin).

Résultats et conclusion. – Après la sidération de l'annonce et de l'attente des résultats rassurants, la dynamique psychique est détournée de ses objectifs premiers, déstabilisée et cette « déviation », insensible de prime abord, s'amplifie avec le temps. À la naissance, la rencontre se fait mal. La mère n'est plus dans la dynamique de la préoccupation maternelle primaire et n'est plus à même d'aider son enfant à entrer en communication avec elle et les autres avec les conséquences connues sur le développement de l'enfant. Pourtant, il apparaît qu'une prise en charge préventive dès la grossesse pourrait aider à éviter cette « déviation » du mécanisme psychique maternel.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Pregnancy is an important stage in processes of the woman's identity structuring. During this so particular period of her life the woman shows an important "psychic transparency", that also signs a psychic vulnerability. The arising of a suspicion on her child's integrity to come reaches her representation's models and trouble her interactions with the child descended of this pregnancy and by this slant this child's development.

Objectives, population and methods. – In order to put in evidence these disruptions, we followed two groups of women: a presenting a "pregnancy supervised" following a suspected scan, the other without echographic anomaly, during the last quarter of pregnancy, to the childbirth and the child's two months.

Results. – We present the first results of this survey. During pregnancy, mother described a suspension of infant investment, with perturbation of foetus' representation. At the birth, the infant-mother meeting is tense. The dyad is not well dynamic. Mother is anxious and this anxiety increase across the time.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sylvie.viaux@psl.aphp.fr (S. Viaux-Savelon).

¹ Professeur des universités–praticien hospitalier.

² Professeur des universités–praticien hospitalier, chef de service.

Conclusion. – Nevertheless, it seems that a preventive taking in charge during of the pregnancy associated with a medical follow up, of that suspected anomaly could help to avoid that “diversion” of the maternal psychic mechanism, all the more so since maternity makes women more psychically approachable.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Interactions précoces mère–enfant ; Représentations maternelles ; Échographie obstétricale ; Diagnostic prénatal ; Anxiété maternelle

Keywords: Early child–mother interactions; Maternal representations; Foetal ultrasound scan; Antenatal diagnosis; Mother stress

1. Introduction

En France, les femmes ne présentant pas de risque particulier pour la grossesse bénéficient d'une importante surveillance périnatale.

En obstétrique, certains discutent l'impact d'un suivi périnatal trop invasif pour les grossesses dites « sans facteurs de risque » [1]. Dans 10 à 15 % des cas, les examens de dépistage sont positifs et entraînent la poursuite des explorations. Dans ce cadre, il est très fréquent que des images échographiques anormales isolées, aussi appelées *soft markers* soient observées au cours du suivi systématique. Elles entraînent un certain nombre d'examens complémentaires plus ou moins invasifs (échographies de contrôle, amniocentèse...) afin de rassurer l'obstétricien et la patiente. Ces examens sont dans les normes dans 90 % des cas, et finalement la grossesse aboutit à la naissance d'un enfant parfaitement sain sur le plan pédiatrique.

Or, ces examens ont une composante anxiogène qui fait collision avec la dynamique physiologique de la grossesse, tant sur le plan psychique que physique, et la mise en place des interactions précoces mère–enfant.

En effet, la grossesse est une étape importante dans les processus de structuration de l'identité de la femme [2,3,4] et des représentations qu'elle se construit de son enfant [5,6]. Au cours de ces processus complexes, un événement tel qu'une suspicion portant sur l'intégrité physique et mentale de son futur enfant, vient perturber cette dynamique psychique [7,8].

Les pédopsychiatres observent, qu'au cours des prises en charge des troubles des interactions mère–enfant, on retrouve fréquemment dans les antécédents de la grossesse ce type d'événement.

Cependant, les études dans le domaine périnatal portent jusqu'à présent essentiellement sur l'impact des pathologies avérées du fœtus ou des pathologies maternelles. [9] Quelques études pilotes font référence à l'impact de l'attitude des échographistes lors de la découverte de *soft markers* (anomalies isolées de l'échographie fœtales) sur l'anxiété maternelle [10].

La clinique nous permet de penser que ce type d'événement perturbe la dynamique psychique de manière insensible de prime abord, touchant les représentations maternelles, puis à tendance à s'amplifier avec le temps, atteignant le fonctionnement de la dyade, les interactions précoces et par ce biais, le développement ultérieur de l'enfant [7,11].

Mais à notre connaissance, aucune étude n'a porté sur le lien entre cette situation très fréquente dans le suivi obstétrical des grossesses sans facteur de risque et les représentations maternelles pré- et post-partum. Seules des études sur l'anxiété

sont retrouvées par rapport au suivi échographique obstétrical [10,12].

L'objectif de notre étude est d'explorer et d'analyser les différentes dimensions en jeu lors de l'apparition d'anomalies échographiques isolées ; dimension représentationnelle maternelle d'elle-même, du fœtus, puis de l'enfant, dynamique psychique maternelle, niveau d'anxiété et de dépression maternelle en pré- et post-partum et de faire ainsi un lien entre les cliniciens du prénatal et de la petite enfance, dans un objectif de prévention des troubles des interactions et du développement de l'enfant.

1.1. Approche obstétricale : l'échographie fœtale de dépistage

La France est un des pays où la surveillance périnatale est la plus poussée et le nombre d'examens des plus importants pour les femmes sans facteur de risque. Cela permet une meilleure sensibilité de dépistage, mais entraîne par la même occasion un plus fort taux de « faux-positifs »³. Or, les examens proposés peuvent comporter des risques pour le fœtus, comme l'amniocentèse. Les recommandations de L'Anaes (1998–2005)⁴ [1] en ce qui concerne les échographies obstétricales font état de l'inquiétude des obstétriciens par rapport à l'anxiété induite par le diagnostic prénatal. En effet, quelques études pilotes font référence à l'impact de l'attitude des échographistes lors de la découverte de *soft markers* sur l'anxiété maternelle [10] et démontrent que l'anxiété continue de croître après la naissance de l'enfant.

Cet acte apporte officiellement une information et une réassurance sur la normalité et le bien-être du fœtus. Mais les obstétriciens font aussi référence à la pulsion scopique en jeu dans l'échographie et évoquent l'échographie comme satisfaisant notre désir (celui des parents et des cliniciens) de « voir » le fœtus.

Par ailleurs, il faut noter que selon les essais contrôlés, si la spécificité de l'échographie pour le dépistage des malformations fœtales est supérieure à 99 %, sa sensibilité dans les essais est très imparfaite et dépend des populations étudiées et des compétences des praticiens. Ce qui signifie que le risque de faux-positifs reste élevé.

Ainsi, parmi toutes les échographies dites « pathologiques », 15 % révéleront une pathologie confirmée à la naissance, dans les 85 % autres cas les patientes resteront inquiètes.

³ Faux positif : dépistage par excès.

⁴ Anaes : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Le cas de l'échographie dans le diagnostic prénatal a été étudié assez tôt dans son développement historique par les psychologues et les psychiatres travaillant en maternité. Targuée en premier lieu d'« interruption volontaire de fantasme », puis considérée comme inductrice de remaniement de l'enfant imaginaire [6], un certain nombre de praticiens se sont associés aux obstétriciens et échographistes pour regrouper leurs réflexions [13].

1.2. Approche psychodynamique

Depuis les années 1940, les auteurs se sont intéressés à la grossesse et ont formulé de nouveaux concepts selon lesquels la grossesse est un moment évolutif fondamental de l'identité féminine.

Dans son travail sur la psychologie féminine, Deutsch [14] attribue le désir de procréer à la fonction typiquement réceptive de la psyché féminine, en formulant ce concept biopsychologique central dans l'identité féminine et le processus de maternité. Cependant, c'est avec le concept de *crise de maturation* de Bibring [15] que la grossesse acquiert le sens de processus, un tournant irréversible dans le cycle vital d'une femme, pendant lequel celle-ci revit les conflits infantiles des phases précédentes de son développement et, en particulier, des premières relations et identifications avec sa mère. Le concept de crise de maturation de Bibring a un sens évolutif et de maturation, en tant que moment crucial du développement de la femme. Ce moment est suivi par l'acquisition d'un nouveau niveau d'intégration, caractérisé par l'élaboration et la résolution des conflits infantiles précédents. La crise prend toutefois une double valence : elle est évolutive, comme nous venons de l'indiquer, mais aussi marque une extrême vulnérabilité, avec des risques implicites de distorsion psychopathologique. Une profonde déstructuration et une réorganisation du sens d'identité de la femme ont lieu, car celle-ci peut vivre les changements dus à la grossesse comme une menace à son intégrité.

En 1997, Bydlowski [4] présente le concept de *transparence psychique*. Elle décompose ce concept en deux termes qui sont spécifiques de la grossesse, quel qu'en soit le stade de développement. Le premier consiste en un état relationnel particulier caractérisé par un état d'appel à l'aide latent et quasi permanent. Le second est que pour ces femmes, la corrélation entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles va de soi, sans soulever de résistance notable. Cette authenticité particulière de la vie psychique est perceptible dès les premières semaines de la gestation. L'état de conscience paraît modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient comme au préconscient abaissé. Ainsi, d'anciennes réminiscences et des fantasmes régressifs affluent-ils à la conscience sans rencontrer la barrière du refoulement.

Plusieurs auteurs ont avancé qu'après l'adolescence, la grossesse constituait un troisième processus de séparation-individuation, selon la description de Mahler et al. [16]. En effet, la femme parvient par la maternité à une individuation d'elle-même plus grande et mieux articulée en tant que femme et

mère, grâce à une différenciation de ses propres limites et de son espace intérieur par rapport à sa mère, à son partenaire et aux autres figures significatives de son entourage. Afin de compléter ce processus d'individuation avec succès, la grossesse pousse la femme à affronter une série de tâches adaptatives et transformatrices déclenchées par les changements somatiques et psychiques. Ces changements comportent des modifications substantielles dans le monde représentationnel de la femme. Ce processus implique en même temps l'élaboration de nouvelles représentations mentales de soi en tant que mère et celles du futur enfant, qu'une révision des représentations de soi qui se sont constituées pendant l'enfance. Ammaniti propose ainsi trois catégories de représentations : intégrées-équilibrées ; étroites-désinvesties ; non intégrées-ambivalentes dans son ouvrage « Maternité et grossesse » [2]. Il souligne qu'il y a une plus grande perméabilité entre le domaine somatique, qui subit des modifications hormonales et des transformations corporelles à cause de la présence et de la croissance du fœtus, et le domaine mental. L'étroite interrelation entre la dimension corporelle et la dimension mentale réactive, à des niveaux conscients, préconscients et inconscients, les expériences passées qui se mêlent avec le présent, polarisées autour du soi infantile et du soi adulte. Cette double expérience est clairement visible dans les oscillations identificatoires qui ont lieu pendant la grossesse et qui se manifestent chez la femme comme une tendance à se replier sur elle-même et à se retirer dans une sorte de fusion mentale avec le fœtus d'une part et, d'autre part, à s'identifier avec une mère attentive qui saura prendre soin de l'enfant.

Cette double identification de la femme avec celui dont elle prend soin et celui qui reçoit les soins rappelle l'union infantile désirée et idéalisée avec la mère. Par la grossesse, la femme se trouve donc dans une position singulière, puisqu'elle est en même temps fille de sa mère et mère de son enfant. Elle peut, pendant cette période, confronter et réélaborer ces expériences grâce à cette double identification avec sa mère et le fœtus.

Plusieurs auteurs [14,15,17,18] ont insisté sur le fait qu'il est nécessaire de prendre en compte la relation fantasmatique et réelle de la femme avec sa mère pendant la grossesse. Ils ont insisté de façon particulière sur l'importance de l'identification de la femme avec une « bonne image maternelle » qui ne signifie pas seulement que la femme a expérimenté une bonne relation infantile avec sa mère, mais aussi qu'elle a été capable de la reconnaître en tant que telle et de faire référence à cette relation dans son expérience actuelle sans se laisser pour autant gagner par des éléments conflictuels.

Pines [17] considère qu'une expérience suffisamment bonne avec sa propre mère permet à la femme, par le biais d'une régression temporaire due à la grossesse, de s'identifier avec une mère omnipotente et fertile, capable de donner la vie, et en même temps avec elle-même enfant, de réaliser ainsi une maturation et une croissance du soi. Parfois la régression due à la grossesse et à la maternité peut-être aussi vécue comme une expérience douloureuse, qui comporte un risque pour l'identité et l'autonomie de la femme à cause de la réactivation du désir infantile de fusion avec la mère qui peut déterminer une faillite partielle de la séparation-individuation.

La grossesse apparaît aussi comme un des moments pendant lesquels le rapport profond entre fantaisie et réalité peut devoir faire face à des oscillations remarquables en faveur de l'une ou de l'autre, créant ainsi un déséquilibre dans lequel l'aspect fantasmatique peut être prééminent. La conséquence de cela est un ralentissement du processus adaptatif envers la réalité, ou bien au contraire, une forte limitation des fantaisies, agie de façon défensive pour nier la naturelle ambivalence présente dans le processus de grossesse.

À la naissance, Winnicott [19] a décrit cet état psychique anormal chez des femmes « normales » récemment accouchées, comme la *préoccupation maternelle primaire*. Les tenants du courant interactionniste [6,20,21], quant à eux, ont mis en relation les contenus psychiques maternels avec les réactions du nourrisson. Le thème des interactions fantasmatiques précoces a ainsi dirigé l'attention et l'intérêt vers les contenus psychiques de la grossesse.

Il existe au cours de la grossesse un travail de restructuration important et complexe impliquant d'importantes angoisses et des réactivations de peurs infantiles. Parmi celles-ci, on notera l'importance des angoisses à propos de l'état de santé de l'enfant et de son intégrité physique, qui existe chez toutes les femmes, même lorsque la grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans « complications ». On peut penser que ces angoisses sont amplifiées lors de la survenue « d'incidents », de « suspicions » mis en avant par les soignants vis-à-vis de l'intégrité physique de l'enfant à venir.

2. Étude

Nous avons étudié des femmes enceintes « sans facteur de risque » au début de leur grossesse, pour lesquelles une des échographies de suivi s'est révélée « suspecte » et étudié l'impact de cet événement sur leurs représentations, les interactions mère-enfant et sur leur niveau d'anxiété et de dépression.

2.1. Objectifs et hypothèse

Nous sommes partis de l'hypothèse que la suspicion d'une anomalie à l'échographie du premier ou du deuxième trimestre entraîne une perturbation des représentations maternelles en périnatal et des interactions précoces mère-nourrisson.

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence les troubles occasionnés sur les représentations maternelles en périnatal et sur les interactions mère-enfant à la naissance et aux deux mois de l'enfant par le suivi de grossesse de patientes n'ayant pas de « facteur de risque », mais pour lesquelles une image anormale isolée a été détectée à l'échographie systématique.

L'objectif secondaire étant de déterminer les besoins de prise en charge psychologique de ces femmes pour éviter ces troubles des interactions, dans un but de prévention des conséquences de ces troubles pour le développement ultérieur de l'enfant.

2.2. Matériel et méthode

2.2.1. Population étudiée

Pour cette étude, nous avons rencontré 17 femmes enceintes âgées entre 18 et 38 ans, suivies à la maternité de la Pitié-Salpêtrière, primipare ou multipare, dont les grossesses précédentes n'ont pas entraîné de difficultés, ne présentant pas de troubles psychiatriques et ayant une situation familiale stable. Elles ont été réparties en deux groupes.

Le *premier groupe*, concernant des patientes sans facteur de risque préalable, mais « sous surveillance », car une image suspecte a été détectée à la première ou la deuxième échographie. Cependant, cette image est isolée ou ne signe pas en elle-même une pathologie avérée.

Ces signes échographiques isolés aussi appelés *softs markers* correspondent à plusieurs situations cliniques que nous avons définies avec les obstétriciens et pour lesquelles seul l'examen de naissance permettra d'éliminer définitivement le diagnostic : calcification intestinale, kystes des plexus choroïdes, nuque épaisse avec un caryotype normal à l'amniocentèse, ventriculomégalie à IRM normale.

Le *second groupe* constitue le groupe témoin pour lequel la grossesse est classée sans complication organique et pour lequel aucune anomalie échographique n'a été décelée.

Étaient exclues les grossesses multiples, les malformations ou d'autres anomalies fœtales confirmées.

2.2.2. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée selon un mode prospectif, en trois temps.

2.2.2.1. Premier temps (T1) : au cours du troisième trimestre de la grossesse (de 27 à 38 SA). Ce temps a été déterminé selon les recommandations d'Ammaniti et al. [22] sur l'IRMAG, et correspond au septième et huitième mois, période à laquelle la présence de l'enfant est déjà bien définie dans l'espace psychique maternel, qui n'est pas empreint des angoisses envahissantes liées à l'imminence de l'accouchement. Ce premier entretien se déroulait à la maternité en consultation prénatale et comportait :

- un recueil des données sociodémographiques à l'aide du dossier médical, complété à l'aide d'un entretien semi-structuré ;
- un entretien semi-structuré basé sur l'échelle d'Ammaniti (IRMAG) [22], adapté à l'étude ;
- une échelle d'anxiété [23] et une échelle de dépression [24].

2.2.2.2. Deuxième temps (V2). Entre deux et sept jours de vie, au cours de l'hospitalisation de suite de couches à la maternité et comportait :

- un entretien semi-structuré basé sur l'entretien « R » de D. Stern, d'une structure similaire à celle de l'IRMAG adapté à l'étude ;
- les échelles d'anxiété (Covi) et de dépression (Raskin) ;

- évaluation des interactions précoces par un film de l'alimentation, coté dans un second temps avec le *coding interactive behavior* (CIB), de Keren et Feldman et Feldman et al. [25, 26], par deux cotuteurs aveugles quant aux groupes.

2.2.2.3. *Troisième temps (V3) : à deux mois de vie de l'enfant.* L'entretien se déroulait alors au domicile maternel et comportait les mêmes échelles et entretiens qu'au temps précédent.

Dans cet article nous n'évoquons que les résultats concernant les représentations maternelles et l'anxiété, l'analyse des résultats des échelles d'interactions fera l'objet d'une autre publication.

2.2.3. Outils

2.2.3.1. *Grilles d'entretien semi-structuré.* Deux grilles d'entretien ont été utilisées. L'IRMAG (Intervista per le Rappresentazioni Materne in Gravidanza- Interview pour l'évaluation de la représentation maternelle pendant la grossesse), Ammaniti et al. [22] pour l'entretien au cours du troisième trimestre de la grossesse et l'entretien « R » de Stern pour les deux autres phases de l'étude. Elles ont été choisies, car elles ont été créées sur le même modèle et permettaient ainsi une comparaison plus aisée entre les différents moments de l'étude.

Les discours ont été analysés à l'aide de la grille d'Ammaniti :

Ces dimensions permettent de définir trois catégories de représentations maternelles :

- représentations maternelles « intégrées-équilibrées ». Représentations riches, investies affectivement, cohérentes dans l'histoire de la femme. Grossesse en tant qu'étape de son évolution et complément de son identité. Prête à s'adapter.
- représentations maternelles « réduites-désinvesties ». Rationalisation ; rigidité et autoaffirmation « c'est une étape ». Représentations impersonnelles, abstraites. Pas d'expérience individuelle.
- représentations maternelles « non intégrées-ambivalentes ». Coexistence de tendances différentes envers l'enfant et la G. rapprochés et rejets. Tableau peu intégré, confus. Informations potentiellement riches, mais peu organisées.

Ces deux entretiens semi-structurés ont été utilisés avec une version adaptée à notre étude. En particulier, en mettant un accent supplémentaire sur le temps échographique au cours de l'IRMAG.

2.2.3.2. *Échelles de Covi et de Raskin.* L'évaluation de l'anxiété et de la dépression a été réalisée à l'aide de deux échelles : *échelle de Covi* [23] permettant une évaluation globale mais fine de l'anxiété pour laquelle les études publiées montrent une bonne sensibilité et l'*échelle de Raskin* [24], présentée en 1969, pour la dépression. Il s'agit d'une « évaluation globale » précise, sensible et fiable y compris pour évaluer le changement.

2.2.4. Méthodologie statistique

Cette étude s'est effectuée sur un mode prospectif comparatif longitudinal en trois temps.

L'analyse des données a été réalisée en collaboration avec l'unité Inserm 360. Les analyses comparatives ont été réalisées par des tests adaptés aux données et aux groupes : U de Mann-Whitney pour la comparaison de deux groupes non appariés ($n < 30$) ou test non paramétrique de Wilcoxon.

Les analyses ont été réalisées sous le logiciel SAS Statistical Analysis System version 8.1 (SAS Institute Inc. Cary, NC).

3. Résultats

3.1. Description de la population

L'étude a concerné 17 patientes, 11 patientes ont été adressées par les obstétriciens pour la population dite « surveillée » et six par les sages-femmes pour la population « témoin ». Sur les 17 patientes, 13 ont pu être vues en entretien au premier moment de l'étude V1, dix au deuxième temps à V2 et neuf au troisième temps V3.

Leur moyenne d'âge est de 33 ans et trois mois [25–39 ans]. Elles ont un niveau socioéconomique moyen ou élevé. Cent pour cent d'entre elles travaillent ou poursuivent des études. Vingt-trois pour cent ont un niveau inférieur au baccalauréat, 31 % ont un niveau bac, 46 % ont un niveau universitaire.

Les mères ont une vie familiale stable : vie en concubinage (38 %) ou mariée (58 %). Seule une du groupe 1 est célibataire.

3.2. Évolution des représentations maternelles : analyse dimensionnelle

3.2.1. Analyse dimensionnelle du discours

La structure des discours maternels est globalement stable sur les trois temps de l'étude.

Le discours des témoins est plus structuré. Les « surveillées » donnent des données plus floues, confuses. On peut avoir du mal à suivre le fil du récit et à savoir au nom de qui elles s'expriment. Par ailleurs, les témoins parlent plus spontanément des difficultés, et sont moins dans le déni que les non-témoins. Elles utilisent plus d'adjectifs variés, sont plus descriptives de leurs bébés, se laissent plus aller à leurs rêveries. On observe aussi dans la description de l'enfant plus d'adjectifs négatifs pour les mères du groupe « surveillé ». Les patientes sont de plus en plus à l'aise pendant les entretiens et leur accueil de plus en plus chaleureux, mais les patientes du groupe « surveillé » conservent une distance dans leur discours. Elles se montrent sur leur garde, se sentent plus menacées par l'entretien dans leurs capacités maternelles et cherchent nettement à « répondre bien », ce qui donne un discours des « surveillées » plus normatifs, se référant à « la normale ».

Les différentes dimensions du discours ont été analysées à l'aide de la grille d'Ammaniti et de Stern (1999). Les résultats en sont exposés dans le Tableau 1.

Tableau 1

	V1		V2		V3	
	Témoin (n = 6)	Surveillé (n = 7)	Témoin (n = 5)	Surveillé (n = 4)	Témoin (n = 4)	Surveillé (n = 4)
Richesse des perceptions	3,50#	2,71 #	4,00*	2,62*	3,62*	2,25*
Ouverture au changement et flexibilité	3,66**	2,00**	4,30*	2,50*	4,37*	2,12*
Intensité de l'investissement	3,75*	2,93*	4,30*	2,37*	4,12*	2,87*
Cohérence	4,17*	2,78*	4,20#	3,25#	4,12#	3,00#
Différenciation de la représentation	3,92#	2,36#	4,10*	2,50*	4,12#	2,37#
Dépendance sociale	1,83*	3,21*	2,10*	3,75*	2,37*	3,87*
Émergence des fantasmes	3,08*	1,71*	3,5*0	1,12*	3,25*	1,12*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; # $p < 0,10$.

Les différentes dimensions sont cotées de 1 à 5 (1 = pauvre, 2 = limité, 3 = modéré, 4 = considérable, 5 = très accentué).

3.2.1.1. Richesse des perceptions maternelles. La richesse des perceptions, tant du point de vue de soi en tant que mère que dans la perception de l'enfant, est plus limitée chez les patientes du groupe 1. Les descriptions sont plus générales et peu élaborées, avec une faible variété des points de vue et quelques stéréotypies. Le discours se focalise sur des domaines délimités ou bien les patientes décrivent en détail des épisodes et d'événements particuliers sans qu'il en ressorte pour autant de liens avec les états d'âme et les expériences personnelles. Quant au fœtus, puis l'enfant, les descriptions restent peu détaillées ou bien elles sont précises et soignées dans certains domaines et plus déterminées et incertaines dans d'autres.

3.2.1.2. Ouverture au changement et flexibilité des représentations maternelles. La flexibilité des représentations est évaluée par l'adaptation aux nouvelles informations et à de nouveaux points de vue, aux capacités à reconnaître les processus de changements physiques et psychologiques pour elle-même et à modifier ses représentations de l'enfant au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse, puis de la rencontre avec l'enfant. Cette ouverture au changement reste limitée à modérée dans le groupe 1 tandis qu'il peut être considérable pour le groupe témoin. En effet, les patientes « surveillées » apparaissent peu perméables aux nouvelles informations et peu disposées à assimiler les stimulations offertes par l'entretien. Elles mettent l'accent sur la continuité avec leur condition précédente « rien n'a changé ». Parfois on observe une reconnaissance du changement, mais il est craint et la patiente a du mal à l'accepter ou à y faire face. Au cours de l'entretien, émergent rarement de nouvelles considérations relatives à sa propre expérience ou de nouvelles perspectives dans la façon de la considérer.

3.2.1.3. Intensité de l'investissement maternel. L'investissement par rapport à la grossesse et à l'enfant, c'est-à-dire le degré d'intensité des émotions pouvant être positives ou négatives et son absorption sur le plan psychologique et affectif par l'expérience de la grossesse, et par l'enfant est modéré dans le groupe étudié. Les patientes « surveillées » expriment des sentiments vis-à-vis de l'enfant, de joie, de préoccupation, colorant la représentation. Mais cet investissement reste plus modéré que celui des témoins chez lequel il peut être bien plus important sans toutefois absorber toute la sphère relationnelle et affective de la patiente. De plus, on observe chez les patientes du groupe 1 où l'investissement est plus important, qu'il y a alors déséquilibre entre l'investissement de l'état de grossesse et l'enfant. La grossesse étant beaucoup plus investie

et de manière plus structurée que le fœtus, laissant un vide à la naissance, rendant difficile le moment de séparation.

3.2.1.4. Cohérence du discours maternel. La cohérence de la structure des représentations est modérée. Les descriptions sont assez claires, articulées et plausibles, mais il y a des incohérences sur des thèmes spécifiques et parfois des descriptions confuses, vagues. Pour certaines, le récit est difficile à reconstruire et clarifier. Tandis que pour les témoins, on obtient un récit lisible, fluide, dans lequel on se retrouve facilement et auquel on peut s'identifier, comprenant ainsi le sens de leur expérience.

3.2.1.5. Représentations maternelles des caractéristiques individuelles de l'enfant. Parmi les items qui ressortent dans cette échelle, on note qu'au dernier trimestre de la grossesse, les patientes du groupe 1 les imaginent beaucoup plus actifs (8,16/10) que les témoins (5,76/10), $p = 0,004$. Cette estimation s'inverse à la naissance où les mères témoins décrivent leur enfant plus actif que les « surveillées » (7,86 et 6,17), $p = 0,08$ tendance qui reste stable à deux mois. Les patientes du groupe 1 sont particulièrement attentives au cours de la grossesse aux mouvements « vitaux » de l'enfant, indiquant sa réalité et sa vivacité. À la naissance elles manifestent leurs doutes sur leur éveil et leur attention. Les patientes du groupe 1 ressentent aussi leur fœtus comme plus fragile que les témoins ($p = 0,08$), tendance qui s'accroît à la naissance ($p = 0,06$) et persiste à deux mois (non significatif).

À la naissance elles le trouvent aussi plus nonchalant ($p = 0,02$) et plus triste ($p = 0,02$) que les témoins et à deux mois plus renfermé ($p = 0,05$). Compte tenu de notre faible population peu de différences significatives sont mises en évidence, mais on remarque que celles qui sont observées vont toutes dans le sens d'une représentation plus négative du fœtus ou du nourrisson.

3.2.1.6. Représentations maternelles de leurs propres caractéristiques et de celles du futur père. Elles-mêmes se jugent plus timides que les témoins ($p = 0,03$). Les échelles concernant le père ne montrent pas de différence significative entre les deux populations. En effet, comme nous l'observons sur les courbes descriptives, leurs représentations sont plus proches en ce domaine et les « exagérations » des patientes du groupe 1 exigent une population plus importante pour être mise en évidence par des tests statistiques.

3.2.1.7. *Représentations de la mère de ses capacités maternelles et de celles de sa propre mère.* Les patientes du groupe 1 trouvent que leurs mères étaient plus préoccupées (5,6 contre 1,48 sur 10) que les mères du groupe témoin ($p = 0,007$) et plus anxieuses ($p = 0,01$). Par ailleurs, elles les ont ressenties moins possessives que les témoins ($p = 0,05$). Ce dernier item, qui est retrouvé aux trois temps de l'étude dans le cadre de leurs représentations de leurs propres capacités maternelles, insiste sur la distance qu'elles montrent envers leur enfant, auquel elles n'autorisent pas à pénétrer trop loin dans leur intimité représentative. Elles semblent y ressentir un danger dans leur propre intégrité. Ainsi, du point de vue de leurs représentations de leurs propres capacités maternelles, au troisième trimestre de la grossesse, elles ont tendance à se trouver plus préoccupées ($p = 0,09$) et comme leurs mères, non possessives ($p = 0,09$). Elles ont tendance à trouver plus difficile leur rôle de mère que les témoins à cette période ($p = 0,09$).

À la naissance, elles se décrivent moins acceptantes que les témoins ($p = 0,06$) et elles se trouvent encore moins possessives ($p = 0,02$). Aux deux mois de l'enfant, elles se décrivent peu sûres d'elles-mêmes dans ce rôle ($p = 0,06$). Dans le cadre des modifications relationnelles avec leur mère du fait de la maternité, elles disent qu'elles pensent beaucoup plus à leur mère, surtout au deuxième mois ($p = 0,003$).

3.2.1.8. *Affects.* Parmi les différents affects proposés comme étant les plus souvent ressentis par les mères, la fierté ressort nettement plus importante chez les témoins que chez les « surveillées » ($p = 0,02$ à V2 et $p = 0,05$ à V3). Les témoins cotent presque le maximum à 9,3 tandis que les « surveillées » s'évaluent vers la moyenne à 4,1 à V2 et 5,2 à V3.

3.2.2. *Évolution des représentations maternelles : analyse catégorielle (Figs. 2-4)*

Les femmes du groupe témoin montrent massivement des représentations du type « intégrées-équilibrées », tandis, que dans le groupe « surveillé », elles varient du type « réduites-désinvesties » au type « non intégrées-ambivalentes », avec parfois une « orientation sur soi » marquée, c'est-à-dire que les représentations de soi en tant que mère et femme sont riches, alors que l'enfant, au contraire, est moins focalisé ou bien peut être source de culpabilité, justement parce qu'il n'est pas considéré. Le type de représentations « réduites-désinvesties », correspond [22] à une forme de rationalisation : la femme ne se laisse pas aller, « il faut le faire comme une étape dans la vie » et montre une certaine rigidité et une autoaffirmation. Les représentations peuvent être impersonnelles, abstraites et les épisodes ne transmettent pas le sens de l'expérience. Pour le type « non intégrées-ambivalentes », il y a coexistence de tendances différentes par rapport à la maternité et au fœtus, puis à l'enfant, avec une implication excessive et une lutte pour s'en éloigner. Cela donne donc un tableau alternant-oscillant, peu intégré, qui peut

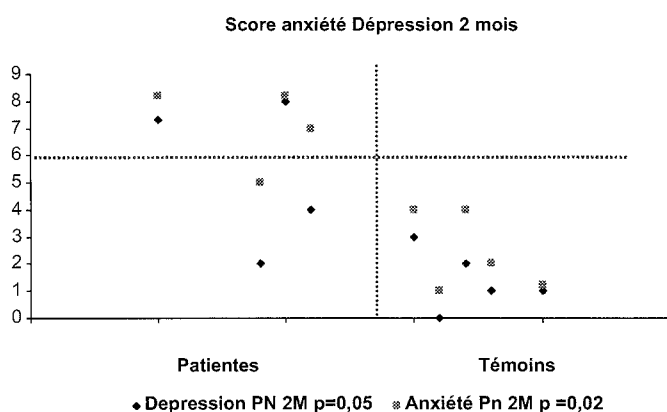


Fig. 1. Répartition des scores d'anxiété (Covi) et de dépression (Raskin) à la naissance aux deux mois de l'enfant.

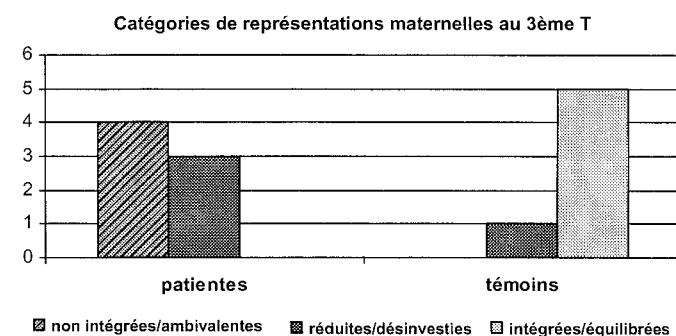


Fig. 2. Répartition des catégories de représentation maternelles (Ammaniti) au troisième trimestre de grossesse.

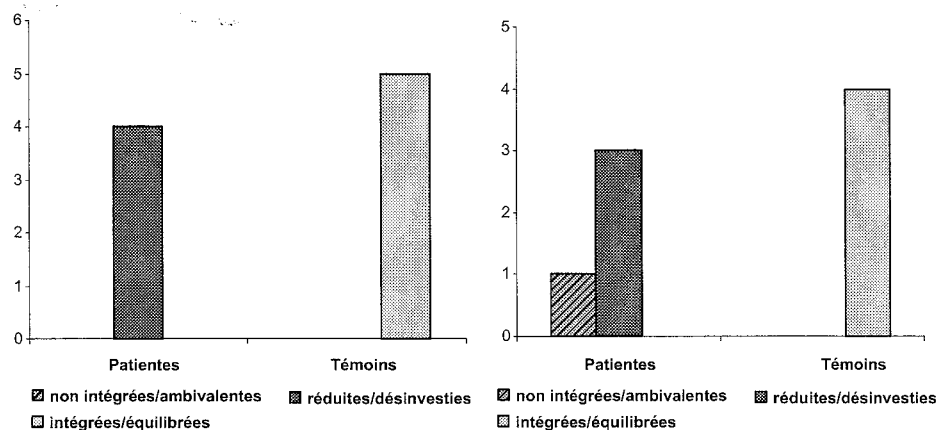


Fig. 3. Répartition des catégories de représentation maternelles (Ammaniti) à la naissance et aux deux mois de l'enfant.

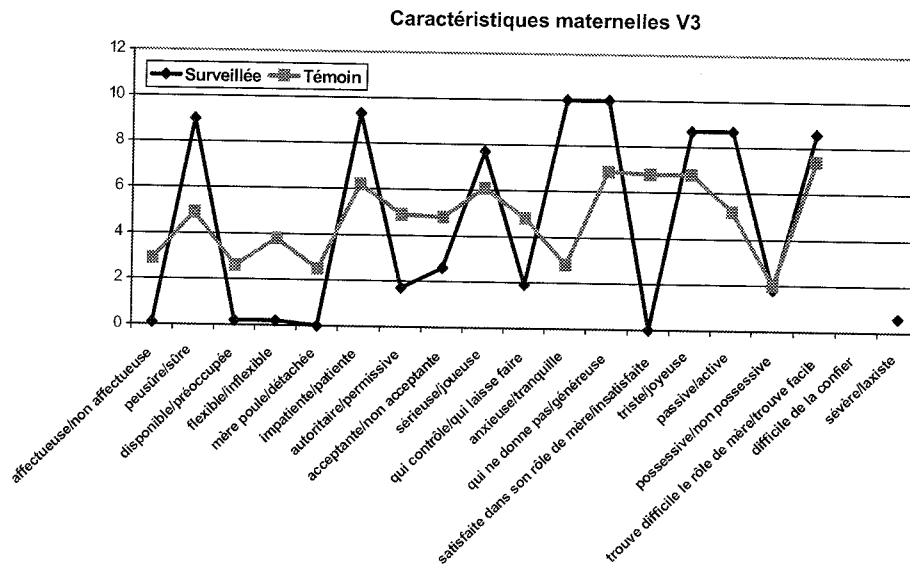


Fig. 4. Comparaison des échelles analogique de représentations entre patiente surveillée et patiente témoin aux deux mois de vie de l'enfant.

Tableau 2
Analyse dimensionnelle des représentations maternelles

Population	V1		V2		V3	
	Témoin	Surveillée	Témoin	Surveillée	Témoin	Surveillée
Covi (échelle d'anxiété)	2,33*	4,86*	2,33**	5,25**	2,40#	7,00#
Raskin (échelle de dépression)	1,83***	5,07***	2,16**	5,25**	1,40##	5,25##

* $p = 0,004$; ** $p = 0,03$; *** $p = 0,006$; # $p = 0,02$; ## $p = 0,05$ (test de Wilcoxon).

devenir confus. Les informations sont parfois riches, mais peu organisées.

3.3. Évolution des niveaux d'anxiété et de dépression : (Tableau 2)

On observe une différence significative aux trois temps de l'étude tant pour le degré d'intensité de l'anxiété et de la dépression. Cette différence va en s'accroissant au cours du temps avec une augmentation du niveau de l'anxiété dans le groupe « surveillé » sur les trois temps de l'étude, atteignant aux deux mois de vie de l'enfant le seuil du trouble anxieux, ce qui rejoint les résultats de Watson et al. [10]. L'échelle de dépression montre, elle, un niveau élevé pour les « surveillées » et qui reste élevé, sans passer le seuil de troubles pathologiques selon les classifications internationales.

La distribution des points entre les deux populations (Fig. 1) est éloquent, les deux groupes se distinguant nettement dans la répartition et celle-ci persistant dans le temps.

4. Discussion

L'échographie apparaît comme un instrument de dépistage « idéal », il est non invasif, il n'existe pas d'effet délétère physique sur la mère et le fœtus. Mais elle n'est pas pour autant sans innocuité, ni anodine. Dans le cadre de la grossesse qui correspond à un état d'hyperperception maternelle, elle amène

une image amplifiée et déformée du fœtus. Elle offre une image du contenant du ventre maternel qui fait collusion à la « transparence » de la mère. Elle est elle-même et l'enfant, pendant cette période. L'intégrité de l'enfant reflète la sienne et elles font rapidement ce parallèle « si j'abrite un monstre, je suis un monstre moi-même. »

4.1. Représentations maternelles (Tableau 3)

Globalement ces grossesses sont marquées par un désir d'enfant initial identique à la population témoin avec une première dynamique d'investissement de bonne qualité au cours de laquelle survient une rupture, avec une « suspension de cet investissement », au moment de l'annonce de la suspicion d'anomalie. On observe alors une perturbation du travail psychique avec une réorientation de celui-ci. Les patientes se détournent de la construction de la représentation de l'enfant, qui reste informe et floue. Le travail de remaniement de leur identité est réorienté avec un report de leur investissement vers leurs activités sociales, leur travail et les autres enfants lorsqu'elles en ont.

Tableau 3
Analyse catégorielle des représentations maternelles

	Groupe témoin	Groupe surveillé	
V1	1,17	2,57	$p = 0,004$
V2	1,00	2,0	$p = 0,007$
V3	1,00	2,25	$p = 0,017$

Elles signent ainsi une forme d'adaptation à l'événement. En effet, elles utilisent alors toutes les ressources des processus adaptatifs de la grossesse :

- projection de l'agressivité sur l'entourage (soignants, mari, mère...), tant est insoutenable de manifester un soupçon de l'ambivalence de son désir d'enfant. Le couple en est souvent perturbé dans son intimité. La patiente vit là une crise identitaire au cours de laquelle le père a du mal à trouver sa place ;
- déni de la réalité : ainsi, une des patientes ayant poursuivi partiellement l'étude a refusé les examens : amniocentèse... décidant de garder l'enfant quoiqu'il arrive et examinant elle-même l'enfant à la naissance ;
- rigidité, manque de flexibilité face aux changements : diminution des capacités à reconnaître les modifications physiques et physiologiques survenant au cours de la grossesse, mettant l'accent sur la continuité de leur état antérieur et adaptation limitée des représentations du fœtus et de l'enfant évoluant peu dans le temps ;
- détournement des investissements, revalorisation narcissique en se recentrant sur leur travail : toutes ces patientes travaillaient et aucune n'a souhaité s'arrêter prématurément. Celles qui y ont été contraintes pour des raisons de précautions médicales, ont vécu cet arrêt forcé difficilement et avec un rejet important de la décision de l'équipe soignante.

Ce qui est inquiétant est la persistance de ces troubles à la naissance et à deux mois. L'enfant reste souvent peu investi, peu différencié. Ceux qui ont des frères et sœurs sont effacés par ceux-ci dans le discours de la mère. La mère souhaite reprendre rapidement ses activités et « oublier » cet événement douloureux et l'objet qui le lui rappelle.

Le moment échographique semble un moment clef pour accéder à ces remaniements. Elles parlent beaucoup plus de leur échographiste que du médecin qui les suit. Son attitude semble avoir une grande influence sur les manifestations anxieuses et c'est en ce lieu que se manifeste le plus le désinvestissement de l'enfant et de la grossesse en général.

4.2. Anxiété et dépression

Nous observons une augmentation des scores d'anxiété et de dépression au cours du temps chez les patientes du groupe « surveillé », confirmant les résultats de l'étude pilote de Watson et al. [10]. La moyenne du degré d'anxiété dans le groupe « surveillé » augmente progressivement au cours du temps pour atteindre le seuil des troubles anxieux à l'évaluation des deux mois de l'enfant.

Puisque ce seuil est atteint, il faudrait pouvoir envisager une prise en charge. Cependant, le contexte n'y est pas favorable. Ces patientes sont revues en visite de contrôle par le gynécologue et le pédiatre, mais les symptômes n'étant pas francs, leurs difficultés restent généralement inaperçues et n'entraînent donc pas la mise en place d'une prise en charge adaptée. Il semble indispensable de mieux informer les spécialistes de

cette susceptibilité de troubles anxieux dans ce contexte pour qu'ils puissent mieux repérer les patientes pouvant bénéficier d'un suivi spécialisé.

Sur le plan du niveau dépressif, celui-ci reste plus élevé chez les patientes « surveillées », mais reste stable et en dessous des seuils nécessitant une prise en charge. Il apparaît plus ici comme une composante du trouble anxieux.

4.3. Prise en charge psychologique

Quelle prise en charge proposer ? La prise en charge de la dyade, dès la naissance, semble adaptée et importante. Mais elle est délicate à cette période. Ce sont des patientes déjà fragilisées dans leur narcissisme, qui vivent difficilement, on le voit dans leurs descriptions de leurs caractéristiques maternelles, une focalisation sur leurs capacités de « mère suffisamment bonne ». De plus, elles sont très peu dans une demande d'aide à ce moment-là et leur en proposer pourrait être ressenti comme intrusif.

L'accrochage de l'alliance thérapeutique paraît plus aisé au cours de la grossesse. En effet, à l'annonce de l'anomalie, l'angoisse est exprimée, elles sont en demande d'écoute de la part des professionnels de la maternité, qui n'ont « pas toujours le temps ». Les sages-femmes connaissent bien ces patientes qui prolongent leurs rendez-vous et reviennent plus fréquemment. De plus, elles rentrent alors dans le groupe des patientes « surveillées » pour lequel il existe des protocoles de prise en charge psychologique en maternité, alors que lorsque les examens reviennent négatifs (amniocentèse, échographie de contrôle), les médecins les croient « rassurées » et s'inquiètent moins de leurs difficultés psychologiques. Un travail de prévention proposant à ce type de patiente des entretiens, dès l'annonce d'une suspicion d'anomalie, au cours du temps échographique, permettrait de travailler avec elles leurs représentations au cours de la grossesse et de s'adapter avec elles à l'orientation de leurs remaniements psychiques en fonction des événements pour que la rencontre avec l'enfant réel puisse se faire dans de bonnes conditions.

4.4. Limites et perspectives de l'étude

Le choix d'une étude prospective a limité les possibilités d'inclure d'autres patientes au fur et à mesure de l'étude, car le délai entre le premier et le dernier entretien était de quatre mois en moyenne.

Plusieurs biais seraient à éliminer pour plus de clarté dans les résultats. D'abord le choix exclusif de primipares et de premières gestantes, bien qu'il ne semble pas que cela ait perturbé les résultats de l'étude, chaque grossesse étant vécue ici pour elle-même. Par ailleurs, nous avons exclu les patientes pour lesquelles il y avait eu des complications médicales au cours des grossesses antérieures.

Nous avons pu garder une unité de niveau socioéconomique et de stabilité de l'environnement familial, il est effectivement important de ne pas ajouter ce biais à l'étude. Le parcours échographique des patientes n'était pas identique (changement

de lieu, d'échographiste...) bien qu'elles aient toutes été suivies et aient accouché à la maternité de la Pitié-Salpêtrière, ce qui apporte nécessairement un biais sur la prise en charge, mais nous a aussi permis de travailler avec les patientes sur leur perception du temps échographique de manière plus riche.

Un interview couplé de l'échographiste avait été envisagé dans un premier temps, mais à dû être abandonné, car trop difficile à mettre en place sur la période de notre étude. Cependant nous projetons, dans une étude ultérieure, d'étudier le déroulement des séances échographiques tant du point de vue du praticien (mode d'annonce, style de communication au cours de la séance) que de la patiente (réactions, questionnements émotionnels-médicaux, regards à l'écran) et de les corréler au niveau d'anxiété des patientes et de la qualité de leur représentation du fœtus, puis du nourrisson.

5. Conclusion et perspectives

La grossesse est une étape importante dans les processus de structuration de l'identité de la femme et des représentations qu'elle se construit de son enfant. Au cours de ces processus complexes, un événement tel qu'une suspicion portant sur l'intégrité physique et mentale de son futur enfant, vient mettre un grain de sable au cœur de cette mécanique en mouvement. Ces processus dynamiques sont détournés de leurs objectifs premiers, déstabilisés et cette « déviation », insensible de prime abord, s'amplifie avec le temps, atteignant les représentations maternelles, le fonctionnement de la dyade, puis les interactions précoces et par ce biais, le développement ultérieur de l'enfant. Pendant la grossesse, la mère se détourne insensiblement de son enfant. À la naissance, la rencontre se fait mal. La mère n'est plus dans la dynamique de la préoccupation maternelle primaire et n'est plus à même d'aider son enfant à entrer en communication avec elle et les autres. Les difficultés ordinaires de cette période peuvent prendre alors des proportions grandissantes, qui auront alors des conséquences sur le développement de l'enfant. Pourtant, il apparaît qu'une prise en charge préventive dès la grossesse, associée au suivi médical de cette suspicion d'anomalie pourrait aider à éviter cette « déviation » du mécanisme psychique maternel, d'autant plus que la maternité est une période d'accessibilité psychique plus importante pour les femmes. Dans une prochaine étude, nous nous attacherons plus particulièrement à ce temps échographique, si crucial et traumatique, au sens du débordement pulsionnel ingérable à cet instant de la vie de la femme, malgré le soin des échographistes et des obstétriciens.

Références

- [1] Anaes, Service des recommandations et références professionnelles, « L'échographie obstétricale au cours de la grossesse en l'absence de facteur de risque », décembre 1998, avril 2005.
- [2] Ammaniti M. « Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant ». *Psychiatr Enf* 1991;2:341–58 (XXXIV).
- [3] Ammaniti M, Tambelli R, Perucchini P. De la grossesse à la période post-accouchement : stabilité et évolution des représentations maternelles. *Devenir* 2000;12(2):57–74.

- [4] Bydlowski M. In: La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. PUF, collection Fil Rouge; 1997.
- [5] Stern D. Mothers' emotional needs. *Pediatrics* 1998;102(5 suppl.):1250–2.
- [6] Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris: Le Centurion, collection « Paidos »; 1983.
- [7] Fonagy P, Steele M. Maternal representation of attachment during pregnancy predict the organisation of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev* 1991;62:891–905.
- [8] Siddiqui A, Hagglof B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Hum Dev* 2000;59(1):13–25.
- [9] Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan MJ. Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(1):18–26.
- [10] Watson MS, Hall S, Langford K, Marteau TM. "Psychological impact of the detection of soft markers on routine ultrasound scanning: a pilot study investigating the modifying role of information.", in: *Prenat Diagn* 2002;22(7):569–75.
- [11] Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Salman F, Schanberg S, Kuhn C, et al. Prenatal anger effects on the fetus neonate. *J Obstet Gynaecol* 2002;22(3):260–6.
- [12] Leithner K, Maar A, Fischer-Kern M, Hilger E, Löffler-Stastka H, Ponocny-Seliger E. Affective state of women following a prenatal diagnosis: predictors of a negative psychological outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23(3):240–6.
- [13] Soule M. Écoute voir... l'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation. Érès; 1999.
- [14] Deutsch H. « La psychologie des femmes : étude psychanalytique », vol.2 : maternité, 1945, trad. H. Benoît. Paris: PUF; 1969.
- [15] Bibring GL. Some considerations of the psychological process in pregnancy. *Psychoanal Study Child* 1959;14:113–21.
- [16] Mahler MS, Pine F, Bergman A. « La naissance psychologique de l'être humain : symbiose humaine et individuation ». Paris: Payot; 1980.
- [17] Pines D. The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *Int J Psychoanal* 1982;63:311–9.
- [18] Breen D. "Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale". In: Ammaniti M, editor. *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Rome: Il Pensiero Scientifico Editore; 1992.
- [19] Winnicott DW. « La haine dans le contre-transfert—quelques-unes des raisons pour lesquelles une mère hait son enfant, même un garçon. ». In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 1947 (1969).
- [20] Stern D. In: *La constellation maternelle*. Paris: Calman-Levy; 1995.
- [21] Soule M. « L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire ». In: Brazelton TB, Cramer B, Kreisler L, et al., editors. *La dynamique du nourrisson, ou quoi de neuf bébé ?* Paris: ESF; 1983. p. 135–75.
- [22] Ammaniti M, Candelori MP, Tambelli R. In: « *Maternité et grossesse* ». PUF; 1999 (177 p.).
- [23] Covi L, Lipman R, McNair DM, Crezlinisky T. Symptomatic volunteers in multicenter drug trials. *Prog Neuropsychopharmacol* 1979;3:521.
- [24] Raskin A, Schulterbrant J, Reatig N, et al. Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. *J Nerv Ment Dis* 1969;148:87–98.
- [25] Keren M, Feldman R. Le rôle de l'évaluation des interactions lors du repas dans l'évaluation psychopathologique usuelle du jeune enfant. *Devenir* 2002;14(1):5–16.
- [26] Feldman R, Greenbaum CW, Mayes LC, Erlich HS. Change in mother-infant interactive behavior: relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behav Dev* 1997;20:153–65.

Pour en savoir plus

Bibliographie

- Ainsworth MD. Infant-mother attachment. *Am Psychol* 1979;34:932–7.
- Benoit D, Parker KC, Zeanah CH. Mothers' representations of their infants assessed prenatally: stability and association with infant attachment classifications. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(3):307–13.

- Breen D. The birth of a first child. Towards an understanding of femininity. London: Tavistock Publications; 1975.
- Brazelton TB, Nugent JK. In: Bruschiweiler Stern N, Candilis-Huisman D, editors. Neonatal Behavioral Assessment Scale, 1995. Médecine et Hygiène; 2001. p. 185.
- Candelori C, et al. « Représentations mentales et langage maternel durant les premiers quatre mois de l'enfant ». *Devenir* 1999;vol.11, n°2:65–83.
- Classification diagnostique de zéro à trois ans. Éditions Médecine et Hygiène; 1998.
- Leifer M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genet Psychol Monogr* 1977;95(1):55–96.
- Mazet P, Stoleru S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement et interactions précoces, 3^e ed., coll. « Les âges de la vie ». Paris: Masson; 2003.
- Müller M. Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996;25(2):161–6.
- Raphael-Leff J. Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood. *Br J Med Psychol* 1986;59:43–55.
- Sirof F. La haine de la femme enceinte pour son fœtus. *Devenir* 1999;11(2): 25–34.
- Zeanah CH, Keener MA, Stewart L, Anders TF. Prenatal perception of infant personality: a preliminary investigation. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985; 24:204–10.

