

# Être père d'un nouveau-né prématuré

## Synthèse des résultats d'une étude en service hospitalier de néonatalogie

**Flora Koliouli**

**Jean-Philippe Raynaud**

**Chantal Zaouche Gaudron**

Docteure en psychologie, université de Toulouse 2 – Jean Jaurès.

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Inserm CHU Toulouse/université Paul Sabatier.

Professeure de psychologie de l'enfant, université de Toulouse 2 – Jean Jaurès.

### Mots-clés

- Paternité
- Prématurité
- Vécu paternel
- Relation avec le nouveau-né
- Relation avec les professionnels

En France, la question de la prématurité a été prise en compte dès les années 1960 (Carel, 1977). Les innovations technologiques, notamment dans le domaine de la médecine, permettent désormais de prendre en charge les bébés prématurés, même ceux nés avant vingt-huit semaines de gestation (encadré 1). Les recherches concernant les pères et la prématurité sont encore peu nombreuses. Cependant, des études internationales se développent sur l'expérience paternelle (Arockiasamy *et al.*, 2008 ; Blomqvist *et al.*, 2012 ; Hoffenkamp *et al.*, 2012 ; Hollywood et Hollywood, 2011 ; Lindberg *et al.*, 2008 ; Lundqvist *et al.*, 2007 ; Pierrehumbert *et al.*, 2003 ; Santos *et al.*, 2012) et sa spécificité par rapport à celle des mères (Herzog *et al.*, 2003).

### Encadré 1 - Prématurité

Il existe différentes classifications de la prématurité. Cependant, les experts s'accordent pour distinguer trois groupes selon le poids et la maturité, à savoir l'âge gestationnel :

- la prématurité extrême, où le poids de naissance se situe entre 600 grammes et 999 grammes et où la gestation est de 25 semaines à 28 semaines ;
- la grande prématurité, où le poids de naissance se situe entre 1 000 grammes et 1 500 grammes et où la gestation est de 29 semaines à 32 semaines ;
- la prématurité, où le poids de naissance est compris entre 1 500 grammes et 2 500 grammes et où la gestation est de 33 semaines à 37 semaines (\*).

(\*) Ibanez M., Iriondo M., Poo P., 2006, Attachement et compétences relationnelles chez le grand prématuré. Facteurs de protection pour son développement, *Spirale*, n° 37, p. 115-128.

L'objectif de cet article est d'appréhender le vécu psychoaffectif des pères de nouveau-nés prématurés et leurs relations avec le nourrisson, leur conjointe et les professionnels selon l'approche écosystémique (encadré 2, p. 134).

L'analyse s'appuie ici sur le cadre écosystémique d'Uri Bronfenbrenner (2005) et, plus précisément, sur le modèle « Processus-Personne-Contexte-Temps » (PPCT) (Bronfenbrenner, 1996). Il permet de prendre en considération les processus familiaux, les caractéristiques individuelles des enfants ainsi que le contexte et le facteur temps pour rendre compte de la complexité des liens en jeu concernant l'influence de la naissance prématurée sur le vécu psychoaffectif paternel.

### Un vécu traumatique pour les parents

Plusieurs travaux ont montré que le vécu parental lors d'une naissance prématurée peut être traumatique avec un impact sur la qualité de la relation parent-enfant (Ibanez *et al.*, 2006 ; Morisod-Harari *et al.*, 2013 ; Pierrehumbert *et al.*, 2003). Ce vécu traumatique renvoie au stress parental mais aussi à ses sources. Selon l'étude de Margart Shandor Miles, Sandra G. Funk et John Carlson (1993), les modifications du rôle parental et l'apparence fragile du bébé, son comportement ainsi que l'ensemble de l'environnement technique (respirateur, sonde, monitoring...) constituent des sources de stress très importantes pour les parents. Par ailleurs, Bente Silnes Tandberg *et al.* (2013) ont souligné que le niveau de stress chez les pères est plus élevé que chez les mères durant la période de la sortie de l'hôpital.

Cette contribution est issue de la thèse de doctorat NR de Flora Koliouli, intitulée « Approche écosystémique de l'expérience paternelle et du soutien social lors d'une naissance prématurée. Analyse du stress paternel, des stratégies de coping et de la relation avec le nouveau-né auprès de 48 pères » sous la direction de Chantal Zaouche Gaudron et Jean-Philippe Raynaud.

## Encadré 2 – Méthodologie

L'étude aborde l'expérience paternelle et plus spécifiquement la relation avec le nouveau-né prématuré et l'expérience générale du « devenir père ». Elle se situe dans une perspective écosystémique. Elle a comme objectif d'analyser le vécu psychoaffectif des pères de nouveau-nés prématurés, au travers du stress paternel, de l'état de stress post-traumatique et des stratégies de *coping*. L'influence de la gravité de la prématurité sur le vécu psychoaffectif paternel et les indicateurs y afférents sont également pris en considération. La méthode utilisée s'appuie plus particulièrement sur le modèle opérationnel « Processus-Personne-Contexte-Temps » (PPCT). Ce modèle accorde une place centrale aux « processus proximaux », à savoir aux interactions entre l'individu et son environnement, ces derniers étant considérés comme un moteur et un noyau central du développement de l'individu.

### Population

L'échantillon se compose de quarante-huit pères de nouveau-nés prématurés, d'un âge moyen de 33 ans. La rencontre a été effectuée au sein du service de néonatalogie du Centre hospitalier universitaire (CHU) Purpan à Toulouse durant un an (de mars 2013 à avril 2014). Les nouveau-nés font partie des groupes de prématurités les plus sévères : une majorité sont des extrêmes prématurés (de vingt-six à vingt-huit semaines), une autre part importante sont des grands prématurés (de vingt-neuf à trente-deux semaines) ; très peu sont nés après la trente troisième semaine de gestation. Le tableau présente les caractéristiques sociodémographiques des pères de l'échantillon. La moitié d'entre eux a obtenu un diplôme équivalent ou supérieur à baccalauréat + 3, et quasiment la moitié des pères occupent un poste de cadre ou exerce une profession supérieure intellectuelle.

### Recueil des données

Des entretiens semi-directifs basés sur l'Entretien clinique pour parents d'enfants à risque élevé (CLIP) (Meyer *et al.*, 1993) ont été réalisés avec les pères afin d'examiner la situation psychologique des parents (leurs besoins, leurs peurs etc.) et la façon dont elle est gérée. Les tests standardisés et les questionnaires adaptés à la problématique ont été utilisés : l'inventaire de l'alliance parentale (Abidin et Brunner, 1995), le *Parent Medical Interview Satisfaction Scale* (P-MISS) (Lewis *et al.*, 1986), le *Parenting Sense of Competence Scale* (PSOC) (Johnston et Mash, 1989), l'échelle de stress parental : unité de néonatalogie (Miles *et al.*, 1993), le questionnaire périnatal du stress post-traumatique (Quinnell et Hynan, 1999), le *Coping Health Inventory for Parents* (CHIP) (McCubbin *et al.*, 1983) et l'échelle du soutien familial et social (FSS) (Dunst *et al.*, 1984). L'analyse des résultats a été effectuée à l'aide des logiciels NVivo 10 pour le côté qualitatif et SPSS 19 pour l'aspect quantitatif.

-----  
NDLR : les références bibliographiques citées dans cet encadré figurent en fin d'article pages 137-139.

Les parents de nouveau-nés prématurés présentent des symptômes de stress post-traumatique plus fréquemment que les parents de nouveau-nés à terme (Karatzias *et al.*, 2007 ; Morisod-Harari *et al.*, 2013). Des symptômes d'évitement, d'intrusion, de réminiscence et des réactions neurovégétatives (hypovigilance, troubles du sommeil, de la concentration, d'irritabilité, etc.) sont mis en avant par des travaux divers (Gamba Szijarto *et al.*, 2009 ; Habersaat *et al.*, 2009 ; Richard J. Shaw *et al.*, 2009) constatent que les pères présentent des symptômes de stress post-traumatique de façon différée (même quatre mois après la naissance de leur bébé) en comparaison avec les mères.

Concernant le vécu psychoaffectif des pères dans le contexte de la prématurité, dans l'étude, le sentiment de compétence paternelle apparaît fort et le stress

paternel élevé. La source de stress la plus importante est l'environnement technique du service. Celui-ci, avec les bruits constants et l'équipement qui entourent le nourrisson, induit du stress chez quasiment tous les pères. L'apparence fragile engendre également du stress pour plus des trois quarts des pères, et plus de la moitié sont stressés par l'altération du rôle en tant que parent. L'altération du rôle parental englobe le sentiment de ne pas pouvoir s'occuper du bébé ou le protéger, d'être dans l'incapacité de le tenir (*holding*), et d'avoir peur de le serrer dans les bras. L'analyse statistique montre que, dans la moitié des cas, le stress paternel induit la symptomatologie d'un état de stress post-traumatique. Toutefois, le soutien familial a un effet positif sur le stress paternel, notamment sur celui relatif à l'aspect du bébé.

### Caractéristiques sociodémographiques des pères

	Effectifs
<b>Situation matrimoniale</b>	
Marié	14
En couple	34
<b>Origine culturelle</b>	
Française	44
Autre	4
<b>Niveau d'études</b>	
Inférieur au baccalauréat	16
Baccalauréat	6
Baccalauréat + 3	12
Baccalauréat ≥ 5	14
<b>Professions et catégories socioprofessionnelles</b>	
Agriculteur exploitant	2
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise du type PME	4
Cadre ou de profession intellectuelle supérieure	18
Employé	7
Profession intermédiaire	6
Ouvrier	9
Autre	2

PME : petite et moyenne entreprise.

L'étude a également mis en exergue la place prépondérante d'un état de stress post-traumatique lors du séjour dans le service de néonatalogie, mais également la mise en place de stratégies de *coping*, favorisant une adaptation à cette situation inédite. Plus de la moitié des pères adoptent des stratégies de *coping* telles que le maintien de la cohésion familiale et la communication avec le personnel soignant et les autres parents dans le service, d'où l'importance de ces relations au sein même du service. Les stratégies de *coping* constituent un processus d'équilibre face à une situation stressante (Sloan *et al.*, 2008). L'étude longitudinale de Jennifer Rowe et Liz Jones (2010) n'a pas mis en évidence de différences particulières quant aux stratégies de *coping* utilisées par les deux parents de nouveau-nés prématurés. De manière générale, la stratégie prépondérante semble être de communiquer avec le personnel médical (McCubbin *et al.*, 1983 ; Sloan *et al.*, 2008).

### L'expérience émotionnelle des pères

Plusieurs travaux, dans lesquels l'expérience paternelle correspond à la représentation que se fait le père de lui-même et du monde qui l'entoure en tant que parent (Devault et Gratton, 2003 ; Zaouche Gaudron *et al.*, 2003 et 2005), interrogent le vécu du père afin de comprendre leur processus de parentalisation. Ainsi définie, l'expérience paternelle est composée de plusieurs dimensions : le vécu actuel du père et de sa famille, ses projets à venir et la dimension sociale.

La trajectoire du devenir père est un processus personnel prenant en compte divers facteurs (Houzel, 1999 ; Le Camus, 2000 ; Zaouche Gaudron et Le Camus, 1993), et ce d'autant plus lorsqu'on devient père de bébés prématurés (Koliouli *et al.*, 2016 ; Zaouche Gaudron *et al.*, 2016). L'expérience générale du devenir père d'un bébé prématuré renvoie, en effet, à un bouleversement intense (Ben Soussan, 1996 ; Lindberg *et al.*, 2007 et 2008), décrite comme stressante et éprouvante. Les pères de l'échantillon éprouvent de l'empathie vis-à-vis de leur conjointe, essayant d'être plus présents auprès d'elles. Les conclusions permettent de conforter que le père se perçoit non seulement comme la personne qui va soutenir, rassurer la mère, mais aussi comme un partenaire (le père procréateur, le père comme tiers et le père comme partenaire de la mère) comme le proposent Alain Herzog *et al.*, 2003.

Les trois quarts des pères de l'échantillon tiennent un discours assez médicalisé, empreint d'une distance affective et émotionnelle, en insistant sur les problèmes

digestifs et respiratoires, ainsi que sur la présence ou non d'éventuelles séquelles. Seuls sept pères (sur les quarante-huit enquêtés) utilisent un discours teinté émotionnellement en décrivant leur enfant de façon plus personnelle (« *fort* », « *qui fait sa propre bataille* »...). La pratique du « *peau-à-peau* » est évoquée par la quasi-totalité des interviewés (quarante-sept sur les quarante-huit pères). Les pères disent apprécier ces moments d'intimité privilégiés et exclusifs qu'ils ont avec le nouveau-né. Plus de la moitié s'est focalisée sur l'aspect stressant et anxiogène de la situation et ont insisté sur l'aspect traumatisant de la situation : « *C'est particulier, la naissance prématurée... On ne ressent pas l'euphorie comme à la naissance à terme. Quand C. était née, j'ai envoyé des SMS pour dire qu'elle est née mais, au bout d'un moment, j'ai arrêté parce que je ne savais pas si c'était une bonne nouvelle ou une mauvaise nouvelle. Là, ça va mieux parce qu'on voit qu'elle va bien* » (Jean). Ils évoquent tout autant un sentiment de bonheur que de peur quant au devenir de leur enfant. Des sentiments de manque et de douleur liés à la séparation sont aussi évoqués : « *Pour moi, le plus dur n'était pas les machines ou les écrans, on s'y habitue. Pour moi, le plus dur était de passer dans la chambre postnatale sans mes bébés* » (Paul).

Les recherches internationales mettent en évidence que la naissance prématurée constitue un traumatisme pour le père et l'enfant (Halpern *et al.*, 2000 ; Pierrehumbert *et al.*, 2003) mais relèvent aussi un défi quant à l'expérience paternelle (Lindberg *et al.*, 2007), éléments confirmés par cette étude. Les principaux résultats soulignent que la majorité des pères sont impliqués dans les soins de leur bébé prématuré et qu'ils essayent d'établir le premier lien à travers la pratique du *peau-à-peau* (Feeley *et al.*, 2013 ; Fegran *et al.*, 2008 ; Koliouli *et al.*, 2016 ; Lundqvist *et al.*, 2007 ; Zaouche Gaudron *et al.*, 2016). Cependant, les pères éprouvent des difficultés à attribuer les caractéristiques « *d'une personne* » à leur enfant, ce qui coïncide avec les résultats de Catherine Druon (2012) où les pères restent davantage attachés au « *jargon* » médical. En revanche, certains peuvent attribuer des caractéristiques idéalisées, un enfant « *résistant* », « *fort* », « *un battant* », « *un héros* », « *un enfant extrêmement compétent* »... comme cela est mis en avant également par Ayala Borghini et Carole Müller-Nix (2008).

### L'alliance coparentale

La relation coparentale qualifie l'articulation et le partenariat que les parents organisent ensemble sur le registre du quotidien et sur le plan psychologique pour élever un

enfant dont ils partagent la responsabilité (Feinberg, 2003). En contexte de prématurité, l'alliance coparentale représente un élément clé dans la mesure où une de ses fonctions sera de minimiser le stress engendré par les responsabilités singulières qu'auront à assumer chacun des deux parents (Cohen et Weissman, 1984).

Les pères perçoivent leur relation avec leur conjointe comme coopérative dans environ la moitié des cas. Les principaux résultats montrent que l'alliance coparentale est influencée par le maintien de la cohésion familiale. Autrement dit, les pères vont favoriser une relation proche avec leur conjointe en étant le plus présent possible auprès d'elle, pour faire face à la situation, ce qui va renforcer la relation coparentale. Enfin, la gravité de la prématurité a également un impact sur l'alliance coparentale. Plus le nouveau-né est né prématurément, plus les pères s'appuient sur leur relation de couple pour se rassurer par rapport à la situation médicale de l'enfant induite par la prématurité inattendue. Les pères enquêtés disent également éprouver de l'empathie pour leur conjointe et essayer d'être plus présents auprès d'elles. Dans le contexte de la prématurité, l'alliance coparentale coopérative se trouve renforcée ainsi et le soutien familial favorisé. D'ailleurs, il est intéressant de souligner que plus la qualité de la relation entre les parents est perçue comme positive, plus les pères mettent en place la stratégie de *coping* du maintien de la cohésion familiale, et *vice versa*. Ce résultat a également été mis en avant par Rebecca S. Cohen et Sidney H. Weissmann (1984) lors de leur étude portant sur les parents d'enfants malades.

### L'équipe soignante et la famille : des soutiens indispensables

Les parents et le personnel soignant sont ensemble dans l'unité de néonatalogie pendant des semaines ou même des mois. L'enfant prématuré demande des soins spécifiques auxquels les parents participent, et la relation avec les professionnels occupe ainsi une place prépondérante dans l'investissement qu'ils auront sur le registre des soins et sur le plan affectif. La qualité de la relation avec l'équipe médicale est ainsi essentielle lors d'une naissance prématurée (Fegran *et al.*, 2008 ; Lee *et al.*, 2013 ; Turan *et al.*, 2008). La relation entre le père et le personnel soignant reste à ce jour peu explorée, les études étant essentiellement axées sur la relation qui s'établit entre la mère et les soignants (Fegran et Helseth, 2009 ; Turan *et al.*, 2008).

Les traitements statistiques indiquent que la relation est

« satisfaisante » ou « très satisfaisante » avec le personnel soignant (médecins, puéricultrices, infirmiers) pour pratiquement tous les pères interrogés. Les analyses des entretiens montrent que cette satisfaction renvoie aux compétences du personnel pour trente-trois pères (sur quarante-huit), à sa position d'écoute (douze) et à sa disponibilité (dix). En outre, plus le père se sent stressé par la construction du lien avec son enfant, plus il cherche et apprécie la relation avec l'équipe soignante pour l'orienter et l'accompagner. Le soutien familial est qualifié comme étant important par un père sur deux. La conjointe est la plus importante source de soutien familial (Rowe et Jones, 2010), suivie par la famille proche. Les analyses qualitatives ont indiqué la présence de la famille proche auprès de vingt-deux pères (grands-parents, frères ou sœurs, fratrie existante). La famille est absente chez neuf pères, les raisons de cette absence sont multiples : la distance géographique, la peur de transmettre des microbes ou des maladies au bébé, et des raisons antérieures à la naissance prématurée. Quant au soutien extrafamilial, les amis et les collègues ne sont pas considérés comme une source de soutien notable, alors que l'équipe soignante est identifiée comme la source de soutien indispensable et prépondérante (Koliouli *et al.*, 2016 ; Turan *et al.*, 2008 ; Zaouche Gaudron *et al.*, 2016), la moitié des pères l'évaluant comme très utile.

### Conclusion

La majorité des pères interrogés sont impliqués dans les soins de leur bébé prématuré et essaient d'établir le premier lien à travers la pratique du « peau-à-peau ». L'expérience du « devenir père » dans le cadre d'une naissance prématurée est décrite comme complexe et particulièrement stressante. Ces pères ressentent de l'empathie pour leur conjointe et tâchent d'être davantage à leur côté. Concernant le vécu psychoaffectif des pères dans le contexte de la prématurité, l'étude a mis en exergue également la place prépondérante du stress paternel et d'un état de stress post-traumatique lors du séjour dans le service de néonatalogie, mais également la mise en place de stratégies de *coping* afin de s'adapter à cette situation très particulière. Enfin, les caractéristiques du contexte immédiat, à savoir le soutien familial et extrafamilial, ont une influence sur l'ensemble des variables, à savoir les processus proximaux et le vécu psychoaffectif paternel. Cependant, cette étude transversale présente des limites car elle n'aborde pas le caractère évolutif du développement de l'individu et elle ne permet pas de tester la stabilité des résultats dans le temps. Une autre limite importante est due

au fait que seuls étaient interrogés des pères présents de manière très régulière dans le service et pas ceux qui ne venaient que très ponctuellement (en raison de la distance géographique, de leur travail, d'autres enfants à charge...).

En termes de pratiques professionnelles, l'étude confirme la nécessité de porter une attention particulière au vécu paternel en initiant des programmes d'intervention qui viseraient, entre autres, à améliorer l'implication paternelle affective dans la prise en charge du bébé au niveau des soins à prodiguer. Malgré une situation initiale potentiellement traumatisante, ces interventions ont pour objectifs de soutenir le sentiment de compétence paternelle, d'encourager l'établissement de la relation précoce père-bébé et de favoriser et soutenir ainsi le développement du bébé.

## Bibliographie

Abidin R., Brunner J. F., 1995, Development of a parenting alliance inventory, *Journal of Clinical Child Psychology*, n° 24, p. 31-40.

Arockiasamy V., Holsti L., Albersheim S., 2008, Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control, *Pediatrics*, 121/2, p. 215-222.

Ben Soussan P., 1996, « Ils me l'ont enlevé » : les séparations précoces à l'hôpital, in Ben Soussan P. (dir.), *Parents et bébés séparés*, Paris, Syros, p. 119-143.

Blomqvist Y. T., Rubertsson C., Kylberg E., Jöreskog K., Nydqvist K. H., 2012, Kangaroo mother care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role, *Journal of Advanced Nursing*, 68/9, p. 1988-1996.

Borghini A., Müller Nix C., 2008, *Étrange petit inconnu. La rencontre avec l'enfant né prématuré*, Ramonville Sainte-Agne, Érès, collection 1001 bébés, n° 91.

Bronfenbrenner U., 2005, *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Bronfenbrenner U., 1996, Le modèle Processus-Personne-Contexte-Temps dans la recherche en psychologie du développement: Principes, applications et implications, in Tessier R., Tarabulsy G. (dir.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*, Sainte-Foy, Presses universitaires du Québec, p. 8-59.

Carel A., 1977, Le « nouveau-né à risques » et ses parents, in Kerstemberg E. (ed.), *Le devenir de la prématurité*, Paris, Presses universitaires de France, p. 125-164.

Cohen R., Weissman S., 1984, The parenting alliance, in Cohen R. S., Cohler B. J., Weissman S. W. (eds.), *Parenthood: A psychodynamic perspective*, New York, Guilford, p. 33-49.

Devault A., Gratton S., 2003, Les pères en situation de perte d'emploi : l'importance de les soutenir de manière adaptée à leurs besoins, *Pratiques psychologiques*, n° 2, p. 79-88.

Druon C., 2012, Quel lien entre le bébé prématuré et ses parents en médecine néonatale ?, *Revue française de psychosomatique*, n° 41, p. 135-147.

Dunst C. J., Jenkins V., Trivette C. M., 1984, Family support scale: Reliability and validity, *Journal of Individual, Family, and Community Wellness*, n° 14, p. 45-52.

Feeley N., Waitzer E., Sherrard K., Boisvert L., Zekowitz P., 2013, Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalised in the neonatal intensive care unit, *Journal of clinical nursing*, 223/4, p. 521-530.

Fegran L., Helseth S., 2009, The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context-closeness and emotional involvement, *Scandinavian journal of caring sciences*, n° 234, p. 667-673.

Fegran L., Helseth S., Fagermoen M. S., 2008, A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit, *Journal of Clinical Nursing*, 17 6, p. 810-816.

Feinberg M. E., 2003, The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention, *Parenting: Science and Practice*, n° 3, p. 95-131.

Gamba Szijarto S., Forcada Guex M., Borghini A., Pierrehumbert B., Ansermet F., Muller-Nix C., 2009, État de stress post-traumatique chez les mères et pères d'enfants prématurés : similitudes et différences, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 57, p. 385-391.

Habersaat S., Peter C., Borghini A., Despars J., Pierrehumbert B., Muller-Nix C., Ansermet F., Hohlfeld J., 2009, Effets du

stress sur l'évolution des représentations parentales au cours des premiers 12 mois de vie d'un enfant né avec une fente faciale, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, n° 57, p. 199-205.

Halpern L. F., Brand K. L., Malone A. F., 2000, Parenting stress in mothers of very low birth weight infants, and full term infants: a fonction of infant behavioural characteristics and child rearing attitudes, *Journal of Pediatric Psychology*, n° 26, p. 93-104.

Herzog A., Muller Nix C., Mejía C., 2003, Étude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée, *Médecine et hygiène /Psychothérapies*, 23/2, p. 97-106.

Hoffenkamp H. N., Tooten A., Hall R. A., Croon M. A., Braeken J., Winkel F. W., Vingerhoets A. J., van Bakel H. J., 2012, The impact of premature birth on parental bonding, *Evolutionary Psychology*, 10/3, p. 542-561.

Hollywood M., Hollywood E., 2011, The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit, *Journal of Neonatal Nursing*, n° 17, p. 32-40.

Houzel D., 1999, *Les enjeux de la parentalité*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Ibanez M., Iriondo M., Poo P., 2006, Attachement et compétences relationnelles chez le grand prématuré. Facteurs de protection pour son développement, *Spirale*, n° 37, p. 115-128.

Johnston C., Mash E. J., 1989, A measure of parenting satisfaction and efficacy, *Journal of clinical child psychology*, n° 182, p. 167-175.

Karatzias A., Chouliara Z., Maxton F., Freer Y., Power K., 2007, Posttraumatic symptomatology in parents with premature infants: a systematic review of the literature, *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21/3, p. 249-260.

Koliouli F., Zaouche Gaudron C., Raynaud J. P., 2016, Fathers' life experiences in the NICU: A qualitative study, *Journal of Neonatal Nursing*, 22/5, p. 244-249.

Le Camus J., 2000, *Le vrai rôle du père*, Paris, Éditions Odile Jacob.

Lee T., Wang M., Lin K., Kao C., 2013, The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit, *Journal of Advanced Nursing*, n° 695, p. 1085-1095.

Lewis C. C., Scott D. E., Pantell R. H., Wolf M. H., 1986, Parent satisfaction with children's medical care: development, field test, and validation of a questionnaire, *Medical care*, 24/3, p. 209-215.

Lindberg B., Axelsson K., Ohrling K., 2008, Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22/1, p. 79-85.

Lindberg B., Axelsson K., Ohrling K., 2007, The birth of premature infants: Experiences from the fathers' perspective, *Journal of Neonatal Nursing*, 13/4, p. 142-149.

Lundqvist P., Westas L. H., Hallström I., 2007, From distance towards proximity: Fathers lived experience of caring to their preterm infants, *Journal of pediatric nursing*, 22/6, p. 490-497.

McCubbin H. I., McCubbin M. A., Patterson J. M., Cauble A. E., Wilson L. R., Warwick W., 1983, Coping health inventory for parents (CHIP): An assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child, *Journal of Marriage and the Family*, 45/2, p. 359-370.

Meyer E. C., Zeanah C. H., Boukydis C. F., Lester B. M., 1993, A clinical interview for parents of high-risk infants: Concept and applications, *Infant Mental Health Journal*, n° 143, p. 192-207.

Miles M. S., Funk S. G., Carlson J., 1993, Parental stressor scale neonatal care unit. *Nursing Research*, n° 42, p. 148-152.

Morisod-Harari M., Borghini A., Hohlfeld, P., Forcada-Guex M., Muller-Nix C., 2013, Influence d'une hospitalisation prénatale sur les facteurs de stress parentaux lors d'une naissance prématurée, *Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie de Reproduction*, n° 42, p. 64-70.

Pierrehumbert B., Nicole A., Muller-Nix C., Forcada-Guex M., Ansermet F., 2003, Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant, *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, n° 885, p. 400-404.

- Quinnell F. A., Hynan M. T., 1999, Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire PPQ: A preliminary study, *Journal of traumatic stress*, n° 121, p. 193-199.
- Rowe J., Jones L., 2010, Discharge and beyond. A longitudinal study comparing stress and coping in parents of preterm infants, *Journal of Neonatal Nursing*, n° 16, p. 258-266.
- Santos L. M., Silva C. S., Santana R. D., Santos V. P., 2012, Fathers' experiences during the hospitalization of the premature newborn in the Neonatal Intensive Care Unit, *Revista Brasileira De Enfermagem*, n° 655, p. 788-794.
- Shaw R. J., Bernard R. S., Deblois T., Ikuta L. M., Ginzburg K., Koopman C., 2009, The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit, *Psychosomatics*, n° 502, p. 131-137.
- Sloan K., Rowe J., Jones L., 2008, Stress and coping in fathers following the birth of a preterm infant. *Journal of Neonatal Nursing*, 14/4, p. 108-115.
- Tandberg B. S., Sandtro H. P., Vardal M., Ronnestad A., 2013, Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal intensive care unit, *Neonatal Pediatric Child Health Nursing*, 12/2, p. 12-17.
- Turan T., Basbakkal Z., Ozbek S., 2008, Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit, *Journal of Clinical Nursing*, 17/21, p. 2856-2866.
- Zaouche Gaudron C., Koliouli F., Raynaud J. P., 2016, Prendre soin des pères de bébés prématurés, in Dugnat M. (dir.), *Empathie dans la relation de soin, Naissance de l'empathie et empathie autour de la naissance*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, p. 185-194.
- Zaouche Gaudron C., Jayr P., Kettani M., 2005, Expérience paternelle en situation de précarité économique, *Sciences de l'Homme et Sociétés*, n° 81, p. 42-44.
- Zaouche Gaudron C., Devault A., Benaitier M., 2003, Les pères en situation de précarité économique, numéro spécial « Le lien social en question », *Au fil du mois, Creai*, p. 41-46.
- Zaouche Gaudron C., Le Camus J., 1993, Le devenir père : du désir d'enfant aux premiers liens, *Dialogue*, n° 3, p. 95-110.