



**HAL**  
open science

# Séparation mère-enfant dès la naissance : vécu. À propos de 15 entretiens

Coraline Bardiau

► **To cite this version:**

Coraline Bardiau. Séparation mère-enfant dès la naissance : vécu. À propos de 15 entretiens. Gynécologie et obstétrique. 2008. dumas-00665604

**HAL Id: dumas-00665604**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00665604>**

Submitted on 2 Feb 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.

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE  
ROUEN  
HOPITAUX DE ROUEN**

**ECOLE DE SAGES-FEMMES**

**Séparation mère-enfant dès la  
naissance :  
Vécu.  
A propos de 15 entretiens**

Mémoire présenté par  
Mademoiselle Coraline BARDIAU  
Née le 11 mai 1984

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
PROMOTION 2008**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

## Première partie : revue de la littérature

### I) Installation de la relation mère-enfant

I-1) Instauration du lien mère-enfant pendant la grossesse.....	2
I-2) Installation de la relation mère-enfant au cours de l'accouchement.....	3
I-3) Instauration du lien mère-enfant à la naissance.....	4
I-4) Instauration du lien mère-enfant en post-partum.....	5
I-4-1) S.Freud.....	5
I-4-2) M.Klein.....	7
I-4-3) R.Spitz.....	7
I-4-4) J.Bowlby.....	8
I-4-5) D.W.Winicott.....	9
I-4-6) L'état de connaissances aujourd'hui.....	10

### II) Favoriser l'établissement du lien mère-enfant : les outils

II-1) L'évolution des conditions d'hospitalisation des nouveau-nés et la mise en place de moyens favorisant le contact mère-enfant.....	11
II-2) Sensibiliser la mère aux capacités de son nouveau-né.....	15
II-2-1) Compétences sensorielles.....	16
II-2-2) Compétences motrices.....	17
II-2-3) Compétences sociales.....	17

### III) Les effets de la séparation mère-enfant à la naissance

III-1) du point de vue de la mère.....	17
III-2) du point de vue du nouveau-né.....	19
III-2-1) L'absence de premier contact.....	21

III-2-2) Les effets d'une hospitalisation.....	21
III-2-3) Les effets du comportement maternel.....	22

## **Deuxième partie : NOTRE ENQUETE**

I) <u>Méthodologie</u> .....	23
I-1) Choix du thème.....	23
I-2) Objectifs.....	23
I-3) Choix du type d'enquête.....	23
I-4) L'échantillon.....	24
I-4-1) Effectif.....	24
I-4-2) Composition.....	24
I-4-3) Recrutement.....	26
I-5) Objectifs de la recherche.....	28
I-6) Analyse des résultats.....	29
II) <u>Résultats</u> .....	30
II-1) Notre population.....	30
II-1-1) L'âge.....	30
II-1-2) La parité.....	31
II-1-3) Les conditions d'entretiens.....	31
II-2) L'information.....	34
II-2-1) L'information en anténatal.....	34
II-2-2) L'information à la naissance.....	35
II-2-3) L'information au cours de l'hospitalisation.....	37
II-3) Informations et connaissances.....	41
II-3-1) Les soins de développement.....	41
II-3-2) Les compétences du nouveau-né.....	41
II-3-3) Les cycles veille/sommeil.....	43
II-4) Vécu et établissement du lien mère-enfant.....	43
II-4-1) A la naissance.....	43
II-4-2) Au cours de l'hospitalisation de l'enfant.....	45
II-4-3) Au retour de l'enfant auprès de sa mère.....	51

II-5) Difficultés rencontrées par les mères.....	52
<u>III) Discussion.....</u>	<u>53</u>
III-1) L'information secret de l'amélioration du vécu.....	53
III-2) La rencontre : au cœur de l'établissement du lien mère-enfant....	56
 CONCLUSION.....	 59
 BIBLIOGRAPHIE	
 ANNEXES	

## INTRODUCTION

La naissance est un moment unique à la fois pour l'enfant et ses parents.

Ce sont les contacts et les interactions à la naissance et dans les premiers jours de vie de l'enfant qui favorisent l'accueil de l'enfant réel et ainsi l'établissement du lien mère-enfant.

Lors d'une hospitalisation à la naissance, mère et enfant se voient séparés. Le stress et le manque de contact liés à cette séparation, peuvent avoir d'importantes répercussions sur l'établissement du lien mère-enfant. Les professionnels de santé de la naissance ont alors un rôle d'accompagnement essentiel à jouer.

Lors de nos expériences de stage, nous avons pu nous rendre compte de l'intérêt porté par chacun des professionnels des différents services (salle de naissance, suites de couches, néonatalogie, réanimation néonatale) et la réelle volonté des différentes équipes de favoriser l'information des mères, les contacts précoces, l'allaitement, etc... (dans le but de contribuer à la mise en place et au bon déroulement du lien mère-enfant.)

Cependant, il nous est apparu que, malgré cela, le vécu des femmes dont l'enfant a été hospitalisé pouvait être très différent et l'établissement du lien mère-enfant plus ou moins difficile.

Par cette étude, nous avons voulu, au travers du témoignage de 15 femmes, observer leur ressenti par rapport à cet accompagnement et à l'établissement du lien avec leur nouveau-né.

C'est pourquoi, après avoir étudié les mécanismes et les outils de l'établissement du lien mère enfant aux différents stades de la grossesse, à la naissance et durant les premiers jours de vie de l'enfant, ainsi que l'évolution de la place des parents auprès de leur enfant hospitalisé, nous avons enquêté auprès de mères séparées de leur enfant à la naissance.

REVUE DE LA  
LITTERATURE

## I] Installation de la relation mère-enfant

### I-1) Instauration du lien mère enfant pendant la grossesse

La grossesse est un moment particulier dans la vie d'une femme, d'un couple. Ce moment constitue, dans une majorité de cas, l'accomplissement d'un projet pensé, réfléchi, construit par le couple.

Les neuf mois que dure la grossesse, constituent un temps suffisamment long, permettant à la femme de se préparer à devenir mère.

Au cours de celle-ci, de nombreuses modifications s'effectuent peu à peu chez la femme enceinte tant sur le plan physique que psychique.

En effet, il existe différents processus de modifications psychiques permettant à la femme de se préparer à devenir mère. Le plus souvent ces changements sont vécus avec bonheur et sans que la femme ou même son entourage ne s'en rendent vraiment compte.

L'un de ces processus se définit par une ambivalence des sentiments qui évolue tout au long de la grossesse et notamment par rapport à l'enfant qu'elle porte.

Cette situation est parfois difficile à vivre pour la femme.

En effet, sa grossesse lui procure un sentiment de plénitude, de bien être mais elle peut également éprouver la sensation d'être envahie par cet enfant qui est en elle. Ces sentiments de gêne, d'envahissement peuvent être ressentis dès le premier trimestre, période à laquelle apparaissent les signes dits « sympathiques » de la grossesse (nausées, vomissements, tensions mammaires...).

Le troisième trimestre de la grossesse est le temps le plus « social ». En effet, le regard de l'entourage, de la société change au fur et à mesure que le ventre de la femme s'arrondit. Elle devient alors l'objet de toutes les attentions. Tout ceci contribue à son épanouissement en la valorisant. Cependant, ces derniers mois sont également marqués par l'existence d'une gêne physique, également accompagnée d'une modification importante du schéma corporel de la femme qui n'ayant plus de repère peut se sentir diminuée physiquement mais également en ce qui concerne son pouvoir de séduction.

Périodes de doutes, d'incertitudes se succèdent pendant la grossesse. Le moment où la femme se prépare à devenir mère réactive souvent l'histoire entière de la femme, de son couple et de l'enfant qu'elle a été. Elle se compare alors à sa mère qu'elle veuille ou non lui ressembler ce qui peut entraîner de nombreuses difficultés notamment de confiance en soi (« je ne saurais jamais faire aussi bien » ou « je ne veux jamais faire comme elle, y arriverais-je ? »).

Les dernières semaines de la grossesse sont également emblématiques de cet état ambivalent, caractéristique de la grossesse : la femme est partagée entre l'envie et la crainte d'accoucher (peur de la mort, de la douleur, de ne pas savoir faire ...).

C'est l'évolution de ces différents sentiments ambivalents qui prépare petit à petit la mère à accueillir le bébé.

Il existe également une modification des intérêts maternels surtout en fin de grossesse et dans les premiers jours de post partum. En effet, comme le souligne D.W Winnicott « *il ne serait pas totalement vrai de dire que ces intérêts se restreignent mais plutôt que la direction de ces intérêts se tourne de l'extérieur vers l'intérieur [...] la femme vient à penser que le centre du monde se trouve dans son propre corps.* » (8) C'est ce que M.Bydlowsky appelle « la transparence psychique ». Pour acquérir cet état se crée de façon simultanée un remaniement transitoire dans la hiérarchisation des intérêts maternels et une sorte de régression permettant à la mère de s'identifier à son enfant de façon consciente mais également inconsciente. Ceci permettra à la mère de s'adapter au mieux aux besoins de son enfant : c'est « *la préoccupation maternelle primaire* » décrit par D.W Winnicott dans son ouvrage « L'enfant et sa mère ».

L'installation progressive de ces différents mécanismes au cours de la grossesse, se fait naturellement sans être véritablement perçue, intellectualisée par la femme. Ce sont eux qui vont permettre l'établissement de la relation mère-enfant pendant la grossesse, à la naissance et tout au long de la vie.

## I-2) L'installation de la relation mère enfant au cours de l'accouchement

L'accouchement est un moment très particulier, c'est un moment attendu mais également redouté.

Il a souvent valeur d'épreuve sur soi, sur la mort, sur les peurs et les angoisses accumulées.

Au moment de l'accouchement, l'équilibre psychique de la femme est complètement désorganisé. La femme ne peut pas prévoir le comportement qu'elle adoptera le moment venu, il est totalement imprévisible du fait de tous les éléments inconscients qui entrent en jeu à ce moment précis. Il dépend de la maturité, des expériences de vie de la mère, du couple et de ce qui a pu s'élaborer durant la grossesse.

C'est un moment unique dans la vie d'une femme : elle devient mère d'un point de vue physique mais également psychique : la naissance conjugue sa capacité biologique d'être mère et son état psychique de mère.

Le moment de l'accouchement est le moment où resurgissent les angoisses de la grossesse et surtout la peur de mourir, d'avoir un enfant anormal et de ne pas être capable d'être une « bonne » mère. C'est un moment où il faut être particulièrement attentif au vocabulaire médical employé car les mères y sont très réceptives. Mal compris, il peut agir comme un fixateur d'angoisses.

De nos jours l'accès facilité à la péridurale peut rendre « passives » certaines mamans lors du travail comme si, avec la douleur, s'envolait leur besoin de participer à ce moment unique. Néanmoins, une participation active des femmes tout au long du travail est nécessaire. Il ne s'agit pas seulement d'une participation physique bien que la mobilisation favorise un travail plus rapide mais aussi, d'une participation psychique afin que la détente du corps permette au col de l'utérus de s'ouvrir plus facilement, que la respiration calme mais soutenue lors des contractions permette au fœtus et à l'utérus une bonne oxygénation, et que la mère se prépare à l'accueil de l'enfant réel. En effet, la qualité de la rencontre avec l'enfant réel est capitale, elle conditionne le cheminement psychique des parents qui pourront alors faire le deuil de l'enfant imaginaire et de l'enfant fantasmatique. Il est de ce fait, facile de comprendre, ce que peut provoquer chez les parents l'absence totale de rencontre avec leur enfant à la naissance.

De plus, il est également important, que même soulagée par l'analgésie péridurale les femmes s'impliquent dans l'évolution du travail tout au long de celui-ci.

En effet, dans le cas contraire et si les conditions obstétricales obligeaient à une aide lors de l'accouchement, le fait de ne pas s'être impliqué lors du travail comme on peut le voir chez certaines femmes peut être un foyer important de culpabilisation. « Je n'ai pas pu », « j'aurai dû plus l'aider ».

Parfois la réalité obstétricale oblige à recourir à une césarienne. Le vécu des césariennes dépend en partie, de la possibilité d'anticipation ou non de cette situation.

Si l'équipe médicale a été amenée à faire réfléchir les parents sur une possibilité de recourir à la césarienne en cas de problème, la femme a le temps de s'approprier ces situations même si ce ne sont pas celles qui sont souhaitées. Le vécu est moins traumatisant même si les conséquences de cette intervention restent difficiles à vivre. Il est donc primordial d'évoquer ce sujet lors du suivi de la grossesse, de la préparation à la naissance, etc.

En revanche, une césarienne effectuée en urgence sans que les parents n'aient pu s'y préparer peut être un réel traumatisme. Le choc traumatique retarde alors la possibilité de réajuster son idéal à la réalité, il laissera à la patiente le sentiment de ne pas avoir

vécu la naissance de son bébé, ce qui rendra la rencontre avec lui beaucoup plus difficile.

Néanmoins, la césarienne reste une expérience difficile pour toutes les femmes qui gardent le sentiment d'avoir été privées d'un moment unique de leur vie. Elles parlent d'ailleurs de vol « on m'a volé sa naissance ». Ces femmes peuvent vivre la césarienne comme sanctionnant leur incapacité à accoucher comme les autres femmes, ce qui peut compromettre également le bon établissement de la relation mère-enfant (« Je n'ai pas su accoucher normalement, je ne saurais donc pas m'en occuper correctement »).

### I-3) Instauration du lien mère-enfant à la naissance en cas de séparation

Lorsque la mère et l'enfant sont séparés à la naissance a lieu une double séparation :

-la séparation physique, celle des corps : l'enfant ne fait plus partie intégrante du corps de sa mère ce qui engendre des remaniements physiques, corporels mais aussi psychiques.

-la séparation « géographique » : mère et enfant sont hospitalisés à deux endroits différents.

Lors de la naissance, les parents doivent faire le deuil de l'enfant imaginaire mais aussi de leur fœtus, c'est la rencontre parents-enfant qui le permet. Ainsi, cette épreuve est encore plus difficile lorsque mère et enfant sont séparés à la naissance. En effet, l'enfant est absent et ne peut donc attester par sa présence de la fin de la grossesse, et du statut nouveau de la femme : celui de mère. Les contacts sensoriels (peau à peau, regard ...) qui permettent normalement à la femme de « réaliser » qu'elle est devenue mère sont inexistantes et rendent donc ce travail de l'inconscient plus difficile.

Afin d'accompagner au mieux cette double séparation, il est important :

- de s'assurer de la rencontre mère-enfant, soit en salle de naissance, soit précocement dans le service de néonatalogie ou de réanimation.
- de soutenir et de favoriser les échanges relationnels (entre la mère et le nouveau-né ; le père et le nouveau-né; la mère, le père et le nouveau-né, le personnel et l'enfant)
- de maintenir le lien parental en s'assurant que les parents trouvent leur place, ce qui nécessite une capacité importante d'adaptation à la situation, au lieu, à l'enfant.
- et de prendre en compte le ressenti des parents.

Il sera donc également essentiel de maintenir et favoriser le plus possible le contact entre la mère et l'enfant en gardant le plus longtemps possible l'enfant auprès de sa mère et notamment dans les premières heures suivant la naissance.

#### I-4) Instauration du lien mère-enfant en post-partum

Beaucoup de psychanalystes et psychologues se sont penchés sur ce sujet, il en sort de nombreuses théories parfois contradictoires mais chacune permet de cerner un peu plus les différents mécanismes se mettant en place lors de l'instauration de la relation mère-enfant. Il ne nous sera pas possible, au cours de ce mémoire, d'évoquer de manière exhaustive toutes ces théories. Nous étudierons donc les principales.

##### I-4-1) S.Freud (1856-1939)

*« La cause déterminante de toute forme de psychisme humain doit être recherchée dans l'action réciproque des prédispositions innées et des événements accidentels » (1)* incluant respectivement les prédispositions génétiques de chaque enfant et l'éducation, les interactions parentales.

Par l'analyse du comportement et des troubles chez l'adulte, ce père de la psychanalyse a mis en évidence le fait que de nombreux troubles à l'âge adulte sont conditionnés par les rapports entre mère et enfant dans les premières années de vie et notamment tout au début de leur relation, juste après la naissance.

Tout ce que ressent l'enfant, tout ce qu'il veut exprimer passe par le corps et notamment par la bouche. **« Le premier organe qui se manifeste [...], dès la naissance est la bouche. Toute l'activité psychique est d'abord agencée pour procurer satisfaction aux besoins de cette zone. » (1)**

Dans les premières relations, le corps est la base de l'expression de l'enfant. C'est par lui que l'enfant manifeste ses besoins. La mère interprète ces messages corporels et les traduit en mots, elle peut alors y répondre. C'est la satisfaction de ces besoins primaires (faim, propreté...) qui vont permettre à l'enfant de comprendre le monde.

Il est donc extrêmement important de favoriser un contact le plus tôt et le plus souvent possible entre la mère et son enfant hospitalisé afin que ce dernier puisse bénéficier auprès d'elle de toutes les expériences qui lui permettront de construire sa psyché le plus physiologiquement possible.

I-4-2) M. Klein (1852-1960)

*« Le nourrisson éprouve également des sentiment de culpabilité en raisons des pulsions et fantasmes destructeurs qui sont dirigés contre son premier objet, sa mère, et, en premier lieu, le sein de sa mère, de cette culpabilité dérivent les tendances réparatrices à l'égard de l'objet. »(2)*

M. Klein porta un regard neuf sur la psychanalyse en s'intéressant directement à l'enfant en tant que personne, l'inscrivant dans la relation comme un partenaire actif, ce qui, à l'époque, constituait une révolution.

Comme Freud, elle explique que l'évolution de l'enfant se fait par stades, par étapes. L'enfant se construit petit à petit dans la relation à l'autre.

De plus, elle met en évidence l'importance de la qualité et de la continuité du lien.

L'enfant n'a pas seulement besoin d'être changé, nourri... la manière dont sont effectués les soins de base (avec attention, amour, patience...) est essentielle. C'est la mère qui est le mieux à même d'apporter avec justesse tout ces compléments entourant les soins. C'est pourquoi il est essentiel de favoriser les contacts répétés entre la mère et l'enfant et de permettre aussi souvent que cela est possible à la mère, d'effectuer elle-même, les soins de base de l'enfant.

I-4-3) R.Spitz (1887-1974)

*« Ces échanges entre mère et enfant se poursuivent de façon ininterrompue, sans pour autant que la mère en soit consciente, et ce mode de communication exerce une pression constante qui modèle le psychisme infantile. » (6)*

Ce psychanalyste s'oppose à tous ses prédécesseurs et contemporains par sa conception fondamentalement différente de la construction psychique des individus. Ils considèrent que la psyché du nourrisson se développe lentement parallèlement à son développement physique et physiologique. Il donne des compétences à l'enfant, qui joue alors un rôle actif dans le bon déroulement de la relation mère-enfant. Il affirme également que la relation mère-nouveau-né est inexistante à la naissance et qu'elle se construit progressivement. Il donne donc une responsabilité et ainsi une place essentielle aux premiers instants de la mise en place de la relation mère-enfant. Le bon déroulement de cette dernière dans les premiers jours et mois de vie est alors considéré comme déterminant quant à un risque ou non de potentiel d'un développement pathologique à l'adolescence ou à l'âge adulte.

I-4-4) J.Bowlby (1907-1990)

Dès 1958, J.Bowlby présente une notion nouvelle, celle de l'attachement qui selon lui « *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 ou celle qui en tient lieu répond à un besoin physiologique fondamental.* » (J.Bowlby - *Attachement et perte volume 1*)

J.Bowlby considère que l'attachement du bébé à sa mère et inversement, résulte d'un certain nombre de systèmes comportementaux définissant la conduite de l'attachement (sucrer, s'accrocher, suivre, pleurer, sourire). Il s'appuie sur les travaux de Harlow qui démontra en 1958 par une série d'expériences (chez l'animal), l'importance du besoin précoce d'attachement et les séquelles durables, voire définitives qu'une carence d'attachement peut provoquer. Il considère alors la conduite de l'attachement comme une conduite primaire, instinctive : le nouveau-né serait programmé génétiquement afin de vivre à proximité d'un adulte, toujours le même, qui deviendra l'objet d'une relation privilégiée.

En effet, l'enfant a besoin d'un tiers unique avec qui, il peut interagir par des pleurs, des mimiques etc....Il obtient alors des réponses attendues par lui. Plus le nombre de personnes s'occupant de l'enfant est important plus la possibilité de variabilité des réponses augmente. Il n'existe alors pas de cohérence entre la demande de l'enfant et la réponse apportée, ce qui peut perturber la construction psychique de l'enfant.

Par cette théorie J.Bowlby donne toute son importance à la continuité de la prise en charge de l'enfant.

De plus, il admet une relation entre des premières interactions mère-enfant inadaptées et un développement pathologique de la personnalité. Néanmoins, il n'attribue pas seulement les troubles de la personnalité aux difficultés relationnelles des premiers mois de vie mais à l'ensemble des difficultés rencontrées pendant la petite enfance.

Il est alors évident que la mère doit être en contact le plus souvent possible avec son enfant afin de pouvoir être « l'interlocuteur » principal de l'enfant, permettant d'interagir avec lui. Tous deux pourront alors apprendre à adapter leurs réactions l'un à l'autre et ainsi se connaître et se reconnaître.

I-4-5) D.W Winnicott (1896-1971)

*« La santé de l'adulte se forme tout au long de l'enfance, mais les fondations de cette santé, c'est vous, la mère qui les établissez au cours des premières semaines et des premiers mois de vie de votre bébé. »(7)*

D'après Winnicott, le nouveau-né n'existe pas sans sa mère. Son potentiel inné ne peut se révéler que grâce aux soins maternels. Il développe le concept de préoccupation maternelle primaire défini comme *« une maladie normale qui va donner à la mère la capacité de se mettre à la place de son bébé, de décoder ses besoins et donc d'y répondre ».* (7)

Lors d'une hospitalisation, la préoccupation maternelle primaire se change en préoccupation médicale primaire. (Toute l'attention de la mère est tournée sur la pathologie de l'enfant.)

Il est donc évident que les contacts répétés entre la mère et son enfant hospitalisé permettent à la fois à la mère de percevoir son enfant en tant que tel et non uniquement comme un enfant hospitalisé, malade, mais également permet au nouveau-né de développer ses capacités de communication et ainsi favorise l'établissement de la relation entre la mère et son bébé. En effet, le nouveau-né fait en permanence des expériences qu'il mémorise. Elles lui permettent de faire confiance au monde ou au contraire l'en empêchent.

Pour Winnicott la mère *« suffisamment bonne » (mère qui présente des défaillances transitoires mais qui ne sont jamais supérieures à ce que l'enfant peut éprouver) (8)* doit être capable de s'adapter aux besoins de son bébé, sans forcément tout comprendre. Il est d'ailleurs favorable au développement du nourrisson que la mère ne soit pas parfaite et puisse se tromper, ne pas comprendre la demande de son enfant. Elle ne doit pas pour autant en ressentir de la culpabilité. La relation mère enfant doit s'établir le plus naturellement possible et sans stress (pressions de l'entourage ou de la mère elle-même).

*« Il est des personnes qui pensent qu'un enfant est comme l'argile entre les mains d'un potier. Elles commencent à mouler le bébé et à se sentir responsables du résultat. Elles ont tort. Si c'est ce que vous éprouvez vous serez écrasée par des responsabilités que vous n'avez absolument pas besoin de prendre. Si vous acceptez l'idée qu'un bébé existe par lui-même, vous serez alors libre de retirer un grand intérêt de l'observation de ce qui se produit lorsque le bébé grandira, tout en étant heureuse de satisfaire ses besoins. (8)*

De plus Winnicott introduit trois concepts définissant, selon lui, la fonction maternelle il s'agit de :

-le holding qui correspond à la capacité maternelle à assurer un soutien physique (qui comprend la façon de porter, bercer l'enfant...) mais aussi psychique. L'enfant doit se sentir contenu à la fois dans son corps et dans sa psyché.

-le handling qui comprend toutes les manipulations de l'enfant (change, habillage, échanges cutanés tels que peau à peau, caresses...)

-l'objet-presenting qui est la capacité de la mère à mettre à la disposition de son bébé l'objet au moment précis où celui-ci en a besoin, ni trop tôt, ni trop tard, de telle sorte que l'enfant ait le sentiment de toute-puissance, d'avoir créé magiquement l'objet.

Il est évident que pour remplir ces rôles qui définissent la fonction maternelle, la mère a besoin de contact, d'intimité avec son enfant et si nécessaire de l'aide bienveillante des professionnels de santé dans des contextes si particuliers que sont ceux des séparations mère-bébé à la naissance. *« La mère épuisée physiquement [...] fortement dépendante de l'équipe médicale et de ses compétences, est l'unique personne capable de présenter le monde au bébé d'une façon qui ait un sens pour lui. » (7)*

#### I-4-6) L'état de connaissance aujourd'hui

*« Le bébé naît avec d'excellents moyens pour signaler ses besoins et sa gratitude à son entourage : de fait il peut même choisir ce qu'il attend de ses parents ou repousser ce qu'il ne veut pas. » (T.B Brazelton)*

Aujourd'hui aux théories anciennes définissant l'attachement comme une entité purement instinctive, on préfère considérer l'attachement comme un processus interactif. Suite aux travaux de J.Bowlby dans les années 1970 est apparu le terme de « bonding » qui définit le lien puissant se constituant rapidement après la naissance (dans les heures qui suivent l'accouchement) qui permet à la mère de s'attacher à l'enfant. Il est favorisé et consolidé par toutes les interactions pouvant avoir lieu dans les premières heures de vie de l'enfant.

D'après T.B Brazelton *« l'enfant ne peut être considéré comme un être passif, inerte mais au contraire comme un partenaire à part entière de la relation, capable de l'orienter et de l'influencer. »*

Ainsi, parents et enfants s'influencent mutuellement dans un processus de développement et de changement.

Il existe différents registres d'interactions

- le registre visuel (échanges de regards entre la mère et l'enfant)
- le registre corporel (contact peau à peau, holding)
- le registre vocal (paroles, intonations, vocalisations maternelles rassurantes, contenant que l'enfant connaît déjà de par ces expériences vécues in utero.)

Il existe une réciprocité possible des échanges entre la mère et le bébé au travers de chacun de ces registres. Lors des phases d'interactions il est possible d'observer les comportements tantôt d'approche tantôt de retrait de la part des différents acteurs de la relation (regard, frouissement, mouvement de tête).

Les mères ont alors une capacité étonnante à régresser pour pouvoir ajuster leur comportement aux besoins de leur enfant. Du point de vue du nouveau-né, ses capacités à interagir avec sa mère dépendent de ses compétences concernant « l'accordage » ou le modelage de son comportement par rapport aux réactions, conduites maternelles.

Quant à la mère il est essentiel qu'elle sache être à l'écoute des différents états de vigilance de son enfant. Il est donc capital d'apprendre aux mères à reconnaître ses différents états :

-sommeil profond, sommeil léger, éveil somnolent, éveil calme (propice aux échanges)..., afin d'initier les jeux, proposer les interactions aux moments les plus opportuns favorisant ainsi des réponses de son enfant.

La notion d'ajustement parental est également très importante pour favoriser des échanges de qualité. En effet, afin que les interactions puissent avoir lieu dans les meilleures conditions, les parents doivent pouvoir modifier leur comportement en fonction du bébé (état de vigilance...), la modification doit être adaptée à la demande et la réponse doit être constante c'est-à-dire prévisible par l'enfant ce qui lui permettra de développer une sécurité de base à partir de laquelle il pourra explorer son environnement et donc s'ouvrir au monde extérieur (Annexe V).

Cet ajustement, est un apprentissage naturel lors d'une prise en charge continue de l'enfant mais qu'il faut accompagner en cas de séparation du fait de la discontinuité des rapports entre la mère et son enfant.

Dans les situations où il ne peut y avoir de contact précoce au moment de l'accouchement, le « bonding » ne peut s'établir convenablement. La mise en place de l'ajustement parental (annexe III) peut-être plus difficile. Les parents peuvent rencontrer de nombreuses difficultés d'adaptation aux différents stimuli envoyés par leur enfant et y répondre de façon inadaptée, pouvant entraîner une dynamique relationnelle

pathologique. Il est important lorsque cela est nécessaire d'aider les enfants et leurs parents à réajuster leur comportement afin que la relation mère enfant puisse s'établir le plus rapidement et justement possible.

Enfin, il faut préciser qu'en matière de psychologie rien n'est jamais irrattrapable. En effet, l'être humain est capable de surmonter certaines épreuves, certains traumatismes graves grâce à ses qualités individuelles et aux opportunités offertes par son environnement. C'est ce que Boris Cyrulnik appelle *la résilience*. Il convient donc de toujours favoriser la rencontre mère-enfant même si cela n'a pas eu lieu dans les premiers jours de vie car rien n'est jamais perdu en ce qui concerne les prémices de l'établissement de la relation mère-enfant.

## **II | Favoriser l'établissement de la relation mère-enfant : les outils**

### **II-1) L'évolution des conditions d'hospitalisation des nouveau-nés et la mise en place de moyens favorisant le contact mère enfant (31).**

Dans le cadre de ce mémoire il m'a semblé important de retracer dans les grandes lignes de l'évolution des services d'hospitalisation des nouveau-nés en ce qui concerne la prise en charge des enfants et la place des parents au sein de ces services. Nous prendrons comme exemple celui de la réanimation pédiatrique du CHU de Rouen puisque les innovations au sein de ce service ont souvent été pionnières. De plus, dans ce service où l'état des enfants nécessite l'intervention des soignants de façon plus régulière se pose le problème de la place des parents.

Dès son ouverture en 1977, le service de réanimation de Rouen était ouvert aux parents, ce qui à l'époque présentait une attitude innovante en ce point de vue.

Déjà, les parents pouvaient toucher leur bébé, apporter un mouchoir, un doudou avec leur odeur... L'accès y était toutefois bien plus difficile que maintenant.

En effet, ayant favorisé la proximité du plateau technique de pédiatrie, le service de réanimation se trouvait jusqu'en 1991 à distance de la maternité, ce qui rendait, les premiers jours, l'accès difficile aux mères fatiguées et fragilisées par l'accouchement.

De plus les visites étaient interdites le matin mais illimitées le soir. La configuration de l'époque obligeait à axer la prise en charge des enfants sur la technique : il fallait dans un premier temps qu'ils survivent (le surfactant à type de curosurf, célestène etc... ayant permis d'améliorer considérablement la survie des prématurés) et peu sur le

développement de l'enfant. Au-delà de son développement purement physique (ventilation, oxygénation, prise de poids...) le nouveau-né et à fortiori le prématuré, étaient considérés comme n'étant pas sensibles à la douleur du fait de l'immaturation de leurs systèmes nerveux.

Ce n'est qu'en 1989 qu'a été mis en place un protocole d'évaluation de la douleur (par une échelle propre au C. H. U. puis l'échelle de la douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN) en 1995 (Annexe V) permettant une sédation du nouveau-né si cela s'avérait nécessaire.

Cette attitude eut une répercussion très positive chez les parents qui se sont sentis réconfortés par cette nouvelle considération portée à leur enfant.

Dès le début des années 1980, une attention particulière est portée sur l'établissement de la relation mère enfant. En effet, la séparation brutale à la naissance étant un événement traumatisant à la fois pour la mère et pour l'enfant il est apparu comme nécessaire d'inclure, dès que possible, les parents dans les soins au nouveau-né (toilette, appel lors des phases d'éveil...).

C'est en 1992 que les frères et sœurs ont commencé à pouvoir entrer au sein du service de réanimation (seulement pour les nouveau-nés souffrant de pathologies chroniques) et ainsi rendre visite à leur petit frère ou petite sœur. Ceci a été une étape très importante qui a sans doute favorisé l'établissement du processus de parentalité.

En effet, la présentation à la fratrie du bébé par les parents permet à ces derniers d'inclure l'enfant en tant que tel au sein de la famille et ainsi de la société. Depuis quelques années seulement, une psychologue intervient avant que la rencontre entre les frères et sœurs et l'enfant n'ait lieu. Il est également conseillé aux parents de préparer les enfants à cette rencontre au sein d'un univers médicalisé par des films, des photos ou encore un fascicule prévu à cet effet depuis environ quatre ans.

Malgré ces efforts, la séparation à la naissance entraînant une rupture du lien plus ou moins longue et importante, la médicalisation de la naissance et de la prise en charge néonatale, la sensation d'impuissance des parents, la culpabilité d'un accouchement « raté », de ne pas avoir su finir sa grossesse ou protéger son enfant, la présence d'un tiers soignant rendent difficile l'établissement du lien « d'attachement », le processus de parentalité. C'est pourquoi depuis 1982 a été mis en place un suivi des parents vivant cette séparation par une psychologue. Malheureusement, une seule vacation par semaine était prévue à cet effet.

Ce n'est qu'en 1991 que la création d'un nouveau poste de psychologue a permis d'élargir le suivi des parents dont l'enfant a été hospitalisé à la naissance mais également des mères hospitalisées en unité de grossesse pathologique dont l'enfant risque d'être hospitalisé à la naissance. Cette démarche permet un suivi des familles tout au long de ce parcours et ainsi favorise une continuité de la prise en charge : de l'annonce de la probable hospitalisation du nouveau-né à la naissance jusqu'à la sortie définitive de l'enfant. Ceci dans le but de favoriser le dépistage et la prise en charge des troubles et difficultés engendrés par la séparation précoce mère-enfant.

Récemment, un groupe de paroles entre parents dont l'enfant est hospitalisé ou a été hospitalisé a été mis en place permettant d'offrir à ces parents un lieu d'expression dans lequel ces pères et ces mères se retrouvent, peuvent partager et se sentent compris par d'autres qui vivent les mêmes épreuves.

L'évolution la plus récente en matière de soins des nouveau-nés est sans doute la mise en place des soins de développement et des soins centrés sur la famille qui sont basés sur la reconnaissance de la compétence de l'enfant et de sa famille, et la nécessité de favoriser leur développement harmonieux.

Issue du NIDCAP (Néonatal Individualised Developmental Care and Assessment Program) programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement mis au point par Als et grâce notamment au travail des services de réanimation pédiatrie de Brest, les soins de développement ont pour but de favoriser le développement harmonieux de l'enfant dans ses composantes physiologiques, neurologiques, comportementales et relationnelles par la diminution de certains stress évitables du nouveau-né hospitalisé (diminution de l'intensité lumineuse, établissement d'un rythme nyctéméral, diminuer l'intensité sonore, favoriser la position en flexion, mis en place de « cocons » qui permettent d'éviter certain stress de l'enfant n'ayant aucun repère dans l'espace autour de lui, respecter le rythme propre de l'enfant en effectuant les soins durant les phases d'éveil.)

En même temps que ces soins de développement, se mettent en place les soins centrés sur la famille répondant en toute sécurité aux soins physiques, psychologiques et culturels de l'enfant et sa famille et dont les buts principaux sont d'organiser les soins basés sur la compréhension des besoins individuels des familles, d'accepter et intégrer l'importance de la relation entre les soignants et les parents, de développer la cohérence entre les professionnels afin d'assurer la continuité des soins et à fortiori de faciliter l'accès des parents au service de réanimation ou néonatalogie et de favoriser leur

autonomie quant aux soins de leur enfant (leur apprendre à reconnaître les différentes phases de sommeil, les phases d'éveil, les bains enveloppants, le gavage tulipe, le peau à peau, les changes etc.) de façon à ce que ces derniers se sentent acteurs de l'évolution et du bien-être de leur enfant.

Les soins de développement ont montré leur utilité médicale en termes de bénéfices : diminution de la durée de la ventilation assistée, de l'oxygénothérapie, du gavage, allaitement maternel plus précoce, diminution de la durée d'hospitalisation.

À long terme, l'American pediatric society a montré un meilleur développement cognitif et psychomoteur de l'enfant à deux ans ayant bénéficié de soins de développement comparés à ceux n'en ayant pas reçu.

Concernant le vécu des parents, la prise en compte de la douleur, la prise en charge individualisée et personnalisée, les soins centrés sur la famille ainsi que le suivi psychologique tendent à rendre les parents acteurs, autonomes dans les soins de base de leur enfant. Cela permet également de favoriser le développement de l'information partagée entre les patients, les familles et les soignants plutôt que l'information sélectionnée par les soignants ; à mettre en valeur la collaboration entre les parents, l'enfant et les soignants et ainsi valoriser les parents en tant que tels et améliorer l'instauration et la pérennisation du lien mère-enfant.

Les parents se sentent moins exclus et peuvent plus facilement se sentir parents dans leur corps, dans leurs actes, dans leur psyché.

Dans un même but, les enfants « fragiles » (petit poids, petits prématurés, certains syndromes de sevrage...) mais dont l'état de santé le permet sont systématiquement hospitalisés auprès de leur mère avec une surveillance médicale accrue en service de suites de couches (dextros, surveillance de l'alimentation, de la prise de poids, du comportement...). Ainsi, les mères sont invitées à rester auprès de leur enfant en service de suites de couches un peu plus longtemps afin de conserver leur proximité et d'éviter toute séparation potentiellement traumatisante pour la mère et l'enfant.

Enfin à l'initiative des services de néonatalogie ont été mis en place « les visites du bébé à sa mère ». Lorsque l'état de l'enfant le permet et si la mère ne peut se déplacer du fait de son état (fatigue, premiers jours de suites de césarienne, pathologies particulières...) le nouveau-né est accompagné un moment dans la chambre de sa mère. Cette initiative permet d'établir un contact le plus précocement possible entre la mère et son enfant afin de favoriser l'établissement du lien.

Dans cette continuité idéologique de la conservation du lien mère-enfant, de la nécessité de ne pas séparer mère et enfant à la naissance et dans les premières semaines suivant la

naissance, s'impose le système d'unités d'hospitalisation mère-enfant aussi appelée « unités kangourou » dans laquelle l'enfant nécessitant une surveillance particulière (scope, saturation, incubateur...) est hospitalisé avec sa mère.

La chambre est généralement composée de deux parties : une chambre conventionnelle où la mère peut se reposer, accueillir ses visites ou s'occuper de son bébé en toute intimité. S'y ajoute une pièce servant aux soins du bébé ou à l'accueillir lorsque la mère a beaucoup de visites et que l'enfant dort ou lorsqu'elle se repose elle-même et ne peut le surveiller. Cette pièce vitrée permet une surveillance de l'enfant par les soignants et un accès direct auprès de lui si une intervention s'avérait nécessaire.

Ces unités existent déjà dans plusieurs hôpitaux dans la région (Mont Saint-Aignan, Évreux...) et est en projet au pavillon mère enfant de Rouen (les travaux de sept chambres ont débutés en septembre 2007 et leur ouverture est prévue pour mars 2008).

L'évolution constante des techniques médicales ayant permis l'augmentation considérable de la survie des nouveau-nés prématurés, souffrant d'une pathologie, d'une malformation a imposé la remise en question des habitudes des soignants afin de laisser une place de plus en plus importante aux parents. Ce qui tend à favoriser l'évolution des processus de parentalité, d'attachement et l'instauration du lien mère-enfant. Toutefois il est important de souligner que les efforts sont à poursuivre et notamment en ce qui concerne la cohérence du discours de l'ensemble des professionnels, il faut prendre garde à ce que tous les services et tous les soignants quelle que soit leur fonction (puéricultrice, auxiliaire de puériculture, sage-femme, médecin) aient le même discours. Cette notion est essentielle puisque nous devons à ces parents fragiles, en quête de repères, une aide constructive et cohérente.

## II-2) Sensibiliser la mère aux capacités de son nouveau-né

Il a été démontré que l'interaction précoce était facilitée lorsque la mère avait reçu une information concernant les capacités de son nouveau-né en termes de comportement. En effet, dès la naissance l'enfant a de multiples compétences qu'il exploite afin d'initier ou non une interaction.

### II-2-1) Les compétences sensorielles

Les compétences visuelles : l'enfant est naturellement attiré par les visages humains et notamment par le regard. L'échange des regards mère-nouveau-né à la naissance est une des étapes essentielles de l'instauration du lien mère-enfant.

Les compétences auditives : le nouveau-né est capable de tourner les yeux, la tête vers les sons et est particulièrement attentif à la voix de sa mère qu'il reconnaît puisqu'il l'a déjà entendu pendant toute la gestation. Il est également capable de reconnaître son prénom selon D.Querleu.

Les compétences olfactives et gustatives : dès le troisième jour de vie le nouveau-né est capable de reconnaître l'odeur de la peau de sa mère, de son sein (par rapport à ceux d'une autre femme), ainsi que son lait qu'il apprécie plus que tous les autres laits. Le nouveau-né est également capable de discriminer les principales saveurs : sucré, acide, salé et amer.

### II-2-2) Les compétences motrices

La motricité est essentiellement réflexe les premiers jours de vie (suction, grasping, fousissement...). Celle-ci apparemment désordonnée intervient dans les interactions servant de support aux parents pour forger la représentation de l'enfant.

### II-2-3) Les compétences sociales

Dès la deuxième heure de vie le nouveau-né bouge selon des rythmes précis, coordonnés à la voix humaine. Il réagit aux stimuli extérieurs : bruit, lumière, mouvement... Puis il sera rapidement capable d'imiter autrui : imitation de la mère qui ouvre ou ferme les yeux, sourit...

Afin de que les interactions entre la mère et l'enfant puissent être initiées aux moments les plus opportuns, il est essentiel que la mère soit au fait des compétences innées de son enfant mais aussi des rythmes physiologiques de celui-ci. Ainsi, elle doit savoir reconnaître les périodes d'éveil calme de son enfant propices aux interactions mais également les périodes de sommeil profond et superficiel permettant ainsi de respecter ces phases de récupération nécessaires à l'enfant que les interactions fatiguent.

Les évolutions de la technique, des moyens et des mentalités grâce, à la fois aux différents travaux des psychanalystes, mais également aux études au sein des établissements de santé ont permis d'améliorer la prise en charge de la mère et l'enfant lorsqu'a lieu une séparation à la naissance.

Malgré toutes ces avancées la séparation mère-enfant reste une situation douloureuse nécessitant encore une réflexion importante des différents professionnels et notamment autour de l'harmonisation des pratiques.

En effet, le CHU bénéficie d'un grand nombre de personnels intervenant auprès de la mère et de l'enfant après la naissance. Cet effectif est encore majoré lorsque l'enfant est

hospitalisé puisqu'une équipe supplémentaire (auxiliaires de puériculture, infirmières, puéricultrices, pédiatres de néonatalogie ou réanimation) intervient auprès de la mère et du nouveau-né. Il faut alors être vigilant à ce qu'une telle situation n'entraîne pas un morcellement de la prise en charge.

### **III ] Les effets de la séparation mère-enfant à la naissance**

#### **III-1) du point de vue de la mère**

Dans les premiers jours suivant l'accouchement la mère se trouve dans un état d'extrême sensibilité dû aux différents processus psychologiques qu'elle doit affronter (le deuil de l'enfant imaginaire, le nouveau schéma corporel : ce corps modifié par la grossesse et qui se trouve maintenant comme « vide ») mais cet état de sensibilité trouve également des causes biologiques (chute de la progestérone et surtout des œstrogènes qui entraîne une forte labilité émotionnelle, fatigue due au travail et à l'accouchement...)

De plus les premiers jours de post partum sont marqués par un état particulier de la mère, ce que Winnicott appelle la « préoccupation maternelle primaire ». Celle-ci évolue en « préoccupation médicale primaire » lorsque son enfant est hospitalisé à la naissance. Pendant cette période la femme n'est préoccupée que par la santé, les besoins de son enfant et sa capacité à s'en occuper.

La séparation à la naissance de la mère et de son enfant rend cette dernière encore plus vulnérable puisqu'il existe chez elle une inquiétude exacerbée quant au risque vital pour son enfant du fait de son hospitalisation. En effet, les parents, influencés par l'aspect fragile de leur enfant du fait de sa totale dépendance, pensent que les nouveau-nés n'ont aucune défense, ce qui majore leur inquiétude. Celle-ci peut donner naissance à un sentiment de culpabilité chez la mère. C'est en partie à l'équipe soignante que revient le rôle de déculpabiliser la mère et de favoriser sa place auprès de son enfant permettant ainsi l'instauration précoce de la relation entre la mère et l'enfant.

Un des problèmes majeurs que pose l'hospitalisation des enfants dès la naissance est l'absence de premier contact. Ce dernier facilitant grandement l'établissement de la relation mère enfant. C'est l'instant de découverte de l'un et de l'autre.

Le taux des « hormones » du stress : les catécholamines, est particulièrement élevé chez le nouveau-né à la naissance. C'est notamment cette « hormone » qui permet à l'enfant un éveil calme et attentif pendant lequel, en peau à peau sur sa mère, il cherche son regard, est attentif au son de sa voix, il reconnaît son odeur et cherche son sein ou se

love contre son cou par des mouvements de foussements : son odeur le rassure. Ce premier contact est un moment unique et particulièrement important dans l'établissement de la relation mère-enfant, c'est par ces interactions que la mère se rend compte que son enfant la « reconnaît ». Lorsque ces échanges n'ont pas lieu la mère ne sait pas que son enfant peut la reconnaître parmi différentes personnes. Elle peut donc s'imaginer que son bébé peut prendre comme « mère » n'importe quelle personne qui s'occupe de lui. Pour elle, sa capacité, sa fonction de mère est encore mise à l'épreuve. C'est pourquoi il est important de favoriser ce premier contact lorsque cela est possible, même s'il n'est que bref. Parfois, les réalités médicales reportent ce premier contact mais il est nécessaire qu'une mère puisse au moins voir et toucher son enfant à la naissance puisque dans la majeure partie des cas la technique nous le permet. Puis, lorsqu'elle lui rend visite les contacts cutanés (peau à peau), visuels, et auditifs doivent être, autant que possible, favorisés. Souvent, il existe également un sentiment puissant des mères quant à leur incapacité à prendre leur place auprès de leur enfant, à s'occuper de lui. Le matériel médical (respirateur, perfusions...) impressionnent souvent les parents qui craignent de blesser leur enfant. Dans ces contextes particuliers, il est important de favoriser la place de la mère dès les premiers jours et notamment lors des soins d'hygiène (change, toilette) car lors de ces soins l'enfant est souvent éveillé, ce qui favorise les interactions avec sa mère. Le « handling » et le « holding » définis par Winnicott sont également présents lors de ses soins d'hygiène, et sont des piliers indispensables au développement affectif de l'enfant. Le fait de s'occuper de son enfant, de subvenir à ses besoins est très valorisant pour la mère. Toutefois, il faut être vigilant car une mère trop angoissée devant un enfant malade, peut solliciter son enfant de manière inadéquate, pouvant entraîner des réponses mal adaptées de la part du nouveau-né, manifestant ainsi son insatisfaction. La mère le ressentant va conforter son comportement, ces attitudes, aggravant encore l'insatisfaction de son enfant. Le personnel doit veiller à ce que ce cercle vicieux ne s'installe pas.

La fatigue, la fuite oestrogénique importante après l'accouchement rendent les femmes vulnérables. La séparation, la culpabilisation maternelle ainsi que sa dévalorisation peuvent aggraver cet état. En effet, la dépression du post partum est deux à trois fois plus fréquente chez les femmes dont le nouveau-né est hospitalisé à la naissance (5). Plus qu'un simple « Baby blues », qui est un état dépressif transitoire sans gravité et très court, la dépression du post partum est un état dépressif grave conforté par des sentiments d'incapacité et de culpabilité : « je ne suis pas une bonne mère puisque j'ai été incapable de faire un bébé en bonne santé, dont je ne peux m'occuper toute seule ».

Cet état se développe généralement après la fin de l'hospitalisation de l'enfant et dure dans le temps. Il est important de repérer les signes précurseurs d'une dépression du post partum qui peuvent avoir des répercussions à long terme à la fois sur la femme, le couple mais également sur le bon établissement de la relation mère-enfant.

Concernant l'allaitement sa mise en route est une réelle épreuve dans la vie d'une mère. Un geste qui semble si naturel s'avère souvent être un chemin semé d'embûches. L'allaitement maternel nécessite une grande patience, une grande adaptabilité. Il peut être parfois douloureux (montée de lait, crevasses) mais il apporte beaucoup à la mère et à l'enfant à la fois sur le plan biologique mais également relationnel. Il est donc nécessaire de bien soutenir les femmes qui décident d'allaiter leur enfant hospitalisé. Il est important de mettre à leur disposition un tire lait et tout le matériel stérile nécessaire, et de bien leur expliquer l'importance de tirer leur lait régulièrement afin de favoriser la montée de lait, ainsi que tous les bienfaits que peut apporter leur lait à leur enfant car les mères en ressentent une joie immense. Elles se sentent utiles et revalorisées : il n'y a qu'elles qui peuvent donner la nourriture qui conviendra le mieux à leur enfant : leur lait. Mais l'usage du tire-lait peut être pénible et déprimant. En effet, les mères n'ont souvent pas l'enfant à leur côté lorsqu'elles tirent leur lait. La relation s'établissant lors de la mise au sein, ne peut être vécue par la mère dans un premier temps, lorsque l'enfant est trop faible pour téter. De plus, la fatigue, l'état dépressif et la douleur d'être éloigné de son enfant peuvent rendre encore plus difficile la mise en route de l'allaitement. Les mères portent d'ailleurs souvent une grande importance aux quantités de lait recueillies qui contrairement au sein peuvent être comptabilisées. Cette visualisation de la quantité de lait produite est souvent une source d'angoisse et de culpabilité pour les mères qui pensent qu'elles ne suffisent pas à leur enfant. Il faut donc bien informer, rassurer et accompagner les mères désirant allaiter leur enfant hospitalisé afin que ce projet s'accomplisse dans les meilleures conditions possibles.

La séparation de la mère et de son enfant à la naissance a donc de multiples conséquences que ce soit du point de vue de l'instauration de la relation mère-enfant, de la mise en place de l'allaitement ou encore de la santé psychique de la mère (dépression du post partum, ...). Il est donc essentiel de prêter une attention particulière à ces mères souvent fragiles.

### III-2) du point de vue du nouveau-né

Lorsqu'un nouveau-né est séparé de sa mère à la naissance il vit de nombreuses expériences auxquelles il n'est pas préparé. En effet, il n'existe pas ou peu de premier contact rassurant pouvant compenser le « stress » provoqué par tant de perceptions nouvelles. De plus, l'instauration du lien mère-enfant peut être altérée par une difficulté d'adaptation du comportement maternel du fait de la situation particulière. En effet, le manque d'intimité, la fragilité de l'enfant etc... peuvent modifier le comportement maternel et ainsi troubler l'établissement de la relation mère-enfant.

#### III-2-1) l'absence du premier contact

La naissance est une situation unique dans la vie, particulièrement stressante et sans doute éprouvante. Pour faire face à tant de nouveautés (les sons amplifiés, la lumière, le froid...) le nouveau-né a besoin de retrouver des expériences rassurantes qu'il a déjà « vécues ». Lors du premier contact avec sa mère, l'enfant la regarde attentivement, il reconnaît sa voix, le contact peau à peau le réchauffe, le contient, l'enveloppe, l'apaise et cette odeur « connue » le rassure.

Le bon développement du nouveau-né ne peut avoir lieu que s'il existe un équilibre entre les expériences nouvelles, stressantes et celles déjà connues, rassurantes. C'est le contact avec la mère qui permet de maintenir cet équilibre. Lors d'une séparation précoce, la mère ne peut jouer ce rôle important et le développement harmonieux de l'enfant peut être mis à mal.

#### III-2-2) Les effets d'une hospitalisation

Les soins de développement sont au cœur de ce problème et ils tendent à diminuer les stress des expériences nouvelles et des stimulations excessives inappropriées (lumière, sons agressifs, soins, non-respect des rythmes veille sommeil) en maintenant l'enfant dans un environnement le plus calme et rassurant possible (diminution des sons, lumière, cocons, peluche avec l'odeur de la mère, musique que l'enfant connaît...).

Ces dispositions ont des effets notables sur le plan cardio-respiratoire (augmentation de l'oxygénation autonome, diminution des apnées, des bradycardies, des ralentissements cardiaques...) et tendent à diminuer le temps d'incubation et d'hospitalisation des nouveau-nés en services spécialisés, permettant ainsi de minimiser les conséquences (cardiorespiratoires, relationnelles, etc.) de l'hospitalisation.

### III-2-3) Les effets du comportement maternel

Dans ce contexte particulier, la séparation, l'hospitalisation de l'enfant dans des services où il n'existe pas d'intimité, peuvent modifier le comportement maternel. La mère mal à l'aise ne trouvant pas sa place et se sentant épiée, surveillée peut ne pas oser entrer en interaction avec son enfant ou au contraire l'hyper-stimuler. Ces stimuli mal adaptés peuvent provoquer des troubles iatrogènes de la relation mère enfant.

La séparation à la naissance est vécue par les nouveau-nés comme la disparition maternelle. C'est une souffrance à la fois physique et psychique pour ces enfants qui arrivent dans un monde inconnu et très stressant. Favoriser la présence de la mère auprès de son enfant, le plus fréquemment possible permettra de l'apaiser, de le rassurer et lui permettra de débiter la vie le plus aisément possible.

Il n'y a pas de preuve selon laquelle il existerait une période critique où devrait s'instaurer la relation mère-enfant et durant laquelle une séparation entraînerait de manière générale des dysfonctionnements. Toutefois il a été démontré une corrélation entre une séparation longue à la naissance et des troubles de la relation mère-enfant dans les années suivant la naissance (notamment une augmentation de la maltraitance). Il est donc essentiel de favoriser un contact précoce entre la mère et l'enfant et de mettre en place tous les dispositifs disponibles afin de dépister et d'aider à résoudre les troubles précoces de la relation mère-enfant.

# NOTRE ENQUETE

## II METHODOLOGIE

### I-1) Choix du thème

Nous sommes tous, professionnels de la naissance, un jour ou l'autre confrontés à la détresse des mères dont l'enfant a été transféré en néonatalogie ou réanimation dès la naissance et à fortiori lorsque ce transfert n'est pas prévisible. Nous nous sommes demandés ce que peuvent ressentir ces mères et quelles conséquences cette séparation précoce peut avoir sur la relation mère-enfant et sur les doutes que peuvent émettre certaines mères quant à leurs capacités à s'occuper de leur enfant.

### I-2) Objectif général

La séparation à la naissance est une situation particulière à la fois pour la mère et pour l'enfant qui, après neuf mois de vie passé au rythme l'un de l'autre, se voient séparés à la fois physiquement mais également par le lieu d'hospitalisation.

Grâce à cette enquête nous voulons mieux connaître le ressenti de ces mères, notamment en ce qui concerne l'établissement et l'évolution du lien mère-enfant mais également mieux appréhender les craintes, les doutes et les obstacles que ces femmes peuvent rencontrer.

### I-3) Choix du type d'enquête

Cette étude porte essentiellement sur le ressenti des mères, sur leur vécu. Il s'agit d'une enquête prospective. La méthode par entretien nous a semblé donc la plus adaptée, permettant l'échange et l'interaction.

En effet, certaines manifestations inconscientes telles que certaines intonations de voix, regards, mimiques etc, pouvant être ressentis par la personne qui mène cette enquête, ne peuvent être retranscrits par le biais d'un questionnaire.

Nous avons opté pour une méthode d'entretien semi-directif structuré par des grilles (Annexes I et II) reprenant les thèmes essentiels à aborder. Ces entretiens ont été enregistrés par magnétophone, retranscrits sur ordinateur puis réorganisés par thèmes afin de faciliter leur analyse.

Cette méthode laisse place à un dialogue ouvert, tout en permettant de ne pas s'éloigner de l'idée directrice de notre sujet d'étude.

De plus, la prise de notes simultanée à l'entretien nous semble être une méthode inappropriée étant une barrière à la spontanéité des femmes interrogées et un frein à notre écoute. En effet, dans ce cas, une partie de notre attention est portée sur la prise de notes elle-même.

#### I-4) L'échantillon

##### I-4-1) Effectif

Le but de cette étude n'est pas d'établir un profil type, reproductible des mères dont l'enfant a été hospitalisé à la naissance mais plutôt de voir dans des situations assez similaires un panel de ressenti de ces femmes. Afin d'obtenir une population suffisante, permettant l'analyse nous avons choisi de faire sept entretiens dans chaque groupe ( 7 femmes prévenues en anténatal du transfert de leur enfant à la naissance et 7 non prévenues ) soit un total de 14 entretiens.

En réalité, nous avons dû effectuer un entretien de plus dans la population A, puisque dans cette dernière, un des entretiens a été peu fructueux (réponses brèves, non approfondies malgré nos sollicitations). Nous avons donc choisi de faire un entretien supplémentaire dans cette catégorie tout en conservant l'entretien qui fut peu productif pour l'analyse.

Nous arrivons donc à une population totale de 15 mères dont l'enfant a été hospitalisé à la naissance.

##### I-4-2) Composition

Nous avons voulu grâce à cette enquête étudier le vécu des femmes dont l'enfant a été hospitalisé à la naissance. Dans ce cadre, il nous a semblé intéressant de prendre en compte l'aspect prévisible ou imprévisible du transfert de l'enfant à la naissance.

Nous avons donc établi deux sous populations.

La population A est composée de huit femmes non prévenues de l'hospitalisation de l'enfant la naissance c'est-à-dire dont le transfert n'était pas envisagé en pré-partum. Celui-ci a eu lieu à la suite de différents événements pendant ou après le travail (suspicion d'infection materno-fœtale, anoxie périnatale...)

La population B est composée de sept femmes. L'hospitalisation de leur enfant à la naissance était prévisible, l'enfant nécessitant des soins particuliers du fait d'une malformation diagnostiquée en anténatal, d'une prématurité et dont le pronostic est favorable.

Nous espérons voir ainsi, de quelle façon une information en prénatale peut influencer le ressenti de ces mères.

Pour mener cette étude dans le plus grand respect de la souffrance de ces mères dont l'enfant est hospitalisé et afin que l'annonce d'un pronostic défavorable n'influence pas nos recherches nous avons exclu tous les enfants dont la malformation serait létale ou de mauvais pronostic à court ou moyen terme.

De même, dans un premier temps, nous avons décidé de n'inclure que les enfants nés après 37 semaines d'aménorrhée. Cependant, les enfants nés après trente-six semaines d'aménorrhée et dont le poids de naissance est supérieur à deux mille cinq cents grammes restent dans le service de suites de couches avec leur mère, sauf s'il existe une pathologie se surajoutant (infection materno-fœtale, hypothermie, hypoglycémie...). Cette initiative favorisant le contact des mères et de leur enfant, restreint de façon significative notre effectif. Nous avons donc dû élargir notre échantillon aux enfants nés après 34 semaines d'aménorrhée (34 semaines d'aménorrhée plus 1 jour).

Nous avons choisi ce terme puisque la maturation pulmonaire à cet âge est complète ce qui améliore considérablement le pronostic vital de ces enfants. De plus, la prématurité rend les enfants plus à risque d'hypothermie, d'hypoglycémie ce qui nécessite tout de même une surveillance plus accrue et donc une hospitalisation.

À ce terme le risque d'infection materno-fœtale est également important puisque c'est la première étiologie de la prématurité. L'état de l'enfant, sans mettre en jeu son pronostic vital, nécessite une surveillance particulière, un traitement et donc une hospitalisation.

Un autre de nos critères de sélection était la primiparité. Nous avons voulu au début de notre recherche n'inclure que les femmes primipares afin qu'elles ne puissent pas être influencées par un précédent accouchement.

Au cours de notre prospection, le faible effectif, notamment de la population B, ainsi que le temps imparti par les exigences du mémoire nous ont poussé à interroger des paucipares et multipares, n'ayant pas eu d'enfant hospitalisé à la naissance lors de leurs accouchements antérieurs. Nous avons alors constaté que leur vécu précédent, leurs

expériences, rendent leur vision, leur ressenti, leur vécu différents. Plutôt que de fausser notre étude, cela l'enrichissait.

Nous avons donc décidé de conserver cet entretien et d'élargir notre échantillon aux femmes paucipares et multipares pour nos deux sous populations.

Afin d'éviter tout biais lors de notre étude nous avons exclu de celle-ci, les femmes présentant une pathologie (diabète, hypertension...) pensant que la connaissance de leur pathologie peut avoir un retentissement sur leur ressenti, leurs impressions et sur leur information quant à une hospitalisation de leur enfant à la naissance.

Nous avons également exclu de notre étude les grossesses gémellaires plus à risque de naissances prématurées, malformations, anoxie périnatale...

L'objectif lors des entretiens est de rencontrer les mères en compagnie de leur enfant, nous avons dans la mesure du possible, tenté de remplir cet objectif afin d'éviter de heurter de façon trop importante la sensibilité de ces mamans encore fragiles et de pouvoir mieux observer la relation mère- enfant établie. Malheureusement, lors des entretiens, seulement neuf sur les quinze ont pu être réalisés en présence de l'enfant.

Enfin, nous n'avons interrogé que des femmes parlant couramment le français afin que la barrière de la langue ne fausse pas les réponses obtenues.

#### I-4-3) Le recrutement

##### ❖ LIEU

Le recrutement a eu lieu au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. L'étude unicentrique nous est apparue la meilleure solution.

En effet, la maternité de cet hôpital, du fait, à la fois de la présence des services de réanimation néonatale et néonatalogie (niveau 3) et la disposition des locaux, offre à toutes les mères accouchées au CHU et dont l'enfant a été hospitalisé à la naissance, la possibilité de rendre aisément visite à leur enfant. Elargir notre étude à d'autres centres dans lesquels une telle proximité est impossible, aurait créé de nombreux biais.

Nous avons considéré que le vécu, le ressenti de ces mères hospitalisées à distance de leur enfant, ne pouvant pas lui rendre visite dans les premiers jours suivant la naissance étaient forcément différents de celui des mères hospitalisées au CHU. Aucune comparaison n'aurait alors été possible.

De plus, cet éloignement n'aurait pas permis d'étudier l'établissement de la relation mère-enfant dans les premiers jours de vie, comme nous le voulions.

Le recrutement a eu lieu de juillet 2007 à décembre 2007

## ❖ DEROULEMENT

Nous nous sommes rendus dans les services de suites de couches (obstétrique I et II) et de salle de naissance tous les jours (sauf le week-end lorsque nos stages nous imposaient des horaires de semaine) le midi et le soir afin de repérer les couples mères-enfants répondant aux critères de notre étude. Nous avons sélectionné ces couples grâce aux indications obtenues auprès des professionnels du service (sages-femmes, puériculteurs, auxiliaires de puériculture...), du dossier de la mère et de l'enfant et de l'état de santé du nouveau-né (nous avons téléphoné dans le service d'hospitalisation de l'enfant pour prendre des nouvelles de ce dernier avant chaque intervention : celle de présentation, celle de l'entretien). Si tous les critères requis étaient présents nous allions rencontrer les mères dans leur chambre afin de leur demander si elles acceptaient de participer à notre étude et leur présenter les objectifs de celle-ci. Les mères étaient également informées sur la durée et le fait que les entretiens seraient enregistrés, anonymisés et utilisés uniquement dans le cadre de ce mémoire. Nous déterminions alors une date et une heure selon leur disponibilité et la nôtre. Lorsque cela était possible nous favorisions un entretien en présence de l'enfant.

Sur dix-sept femmes sollicitées quinze ont répondu positivement. Les deux refus ont été faits par des femmes africaines l'une pour un problème de compréhension (barrière de la langue) et l'autre femme refusa catégoriquement, malgré notre sollicitude. Selon ses termes elle n'avait « rien à dire », « tout s'est bien passé ».

## ❖ L'ENTRETIEN

Chaque entretien s'est déroulé dans le lieu choisi par la mère : sa chambre le plus souvent, un local neutre (bureau, salon d'accueil des familles...). La durée de ce dernier a été très variable. La durée la plus courte étant de 21 minutes et 1h15 pour l'entretien le plus long. La durée moyenne étant de 45 minutes. La conception de la grille d'items (annexes N° à préciser ultérieurement) a pour objectif de limiter l'entretien à une heure environ afin que ce dernier ne soit pas trop éprouvant pour les mères.

De plus, une telle durée nous a permis à la fois d'évoquer bon nombre de sujets en laissant parler librement les femmes, tout en conservant une écoute attentive tout au long de l'entretien.

En effet, l'écoute, l'interaction, la concentration exigées lors de ces entretiens, permettant d'approfondir, de rebondir sur certains sujets semblant être plus important pour telle ou telle mère est un exercice très difficile et nécessite beaucoup de concentration et d'adaptabilité. Une durée excessive n'aurait pas permis une attention suffisante lors d'un tel exercice.

Au total nous avons donc pu, interroger 15 mères dans de bonnes conditions, c'est à dire que nous avons choisi d'interroger les femmes au plus tôt le deuxième jour suivant leur accouchement (J2) afin qu'elles aient pu récupérer de la fatigue liée au travail et à l'accouchement (disponibilité physique).

Le jour de l'entretien a été également déterminé en fonction de la disponibilité intellectuelle des femmes c'est à dire qu'elles ne devaient pas attendre de visites, ni se libérer pour allaiter leur enfant ou bien encore aucune intervention sur leur enfant (chirurgicale par exemple) ne devait être prévue ce jour là.

#### I-5) Les objectifs de la recherche

Par nos entretiens, nous avons voulu étudier la qualité de l'information telle qu'elle a été perçue par les femmes. Il ne s'agit pas de juger de la qualité réelle de l'information reçue par les femmes mais plutôt de voir leur impression concernant celle-ci : les femmes de notre étude se sentent-elles assez informées ?

Nous avons donc choisi d'étudier ce critère à différents moments :

##### -En anténatal

- Au cours des visites prénatales ou de la préparation à la naissance (pour les deux populations)
- Au moment de l'annonce du transfert à la naissance du fait d'une malformation (pour la population B)

##### - A la naissance

- Lors de la découverte de la nécessité de transfert (pour la population A)
- Au cours du post partum immédiat (pour les deux populations)

##### -Au cours de l'hospitalisation de l'enfant

- L'information reçue en suites de couches.
- L'information reçue dans le service d'hospitalisation du nouveau-né.

Notre deuxième objectif a pour but de voir si les femmes interrogées sont informées sur les compétences du nouveau-né, les soins de développement et les phases veille/sommeil et si cela leur semble important, aidant, dans l'établissement de la relation mère-enfant.

Nous avons donc interrogé les mères sur leur connaissance et leur information dans les services concernant les soins de développement, les compétences du nouveau-né et les cycles veilles/sommeil de leur enfant.

Nous avons également voulu savoir si ces informations, selon elles, pouvaient les aider à l'établissement du lien mère-enfant.

Enfin nous nous sommes intéressé au vécu de ces mères au cours de leur grossesse (population B), à la naissance et dans les jours suivant celle-ci, ainsi qu'à l'influence de ce vécu sur l'établissement du lien mère-enfant.

#### I-6) Analyse des résultats

Les résultats de notre étude sont directement issus du vécu des patientes exprimé lors de nos entretiens. La majorité des réponses ne peuvent donc pas être reformulées sans risque d'interprétation de notre part et/ou d'une perte de sens ou d'informations. Nous avons donc choisi de formuler, en grande partie, nos résultats sous forme de citations. Certains de ces résultats seront exprimés en nombres de patientes par type de réponses.

Certaines patientes ont répondu très rapidement et succinctement aux questions dans un premier temps. Notre grille de critères (Annexes I et II) nous a permis d'approfondir avec elles les thèmes en relation avec notre étude. Cependant afin de ne pas influencer les réponses des patientes, nous avons essayé de rester le plus neutre possible dans la formulation des items.

## II) RESULTATS

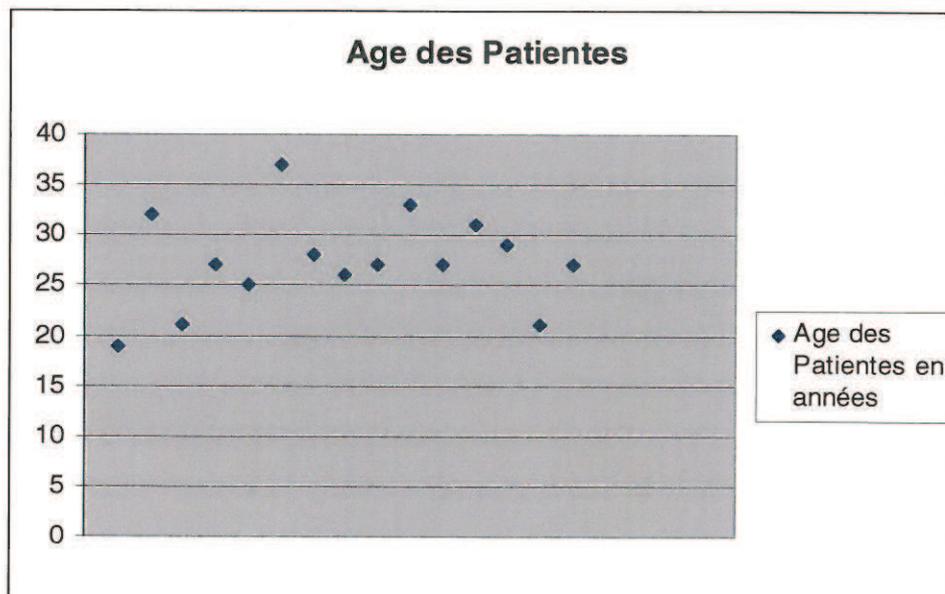
Nos entretiens ont comme objectifs d'étudier le vécu de femmes dont l'enfant a été hospitalisé à la naissance. Nous avons voulu voir comment l'anticipation de cette situation (population prévenue ou non prévenue), l'information sur le transfert, l'état de santé de l'enfant et ses compétences ou encore le contact avec l'enfant à la naissance peut influencer ce vécu. Ainsi nous avons analysé chacun des entretiens selon trois axes

- l'annonce du transfert et l'information sur l'état de santé de l'enfant.
- l'information et les connaissances sur les compétences du nouveau-né, les phases veille/sommeil et les soins de développement.
- l'établissement du lien mère enfant et le vécu des femmes.

Avant toute chose, il nous a semblé important de présenter notre population d'étude ainsi que les conditions des différents entretiens.

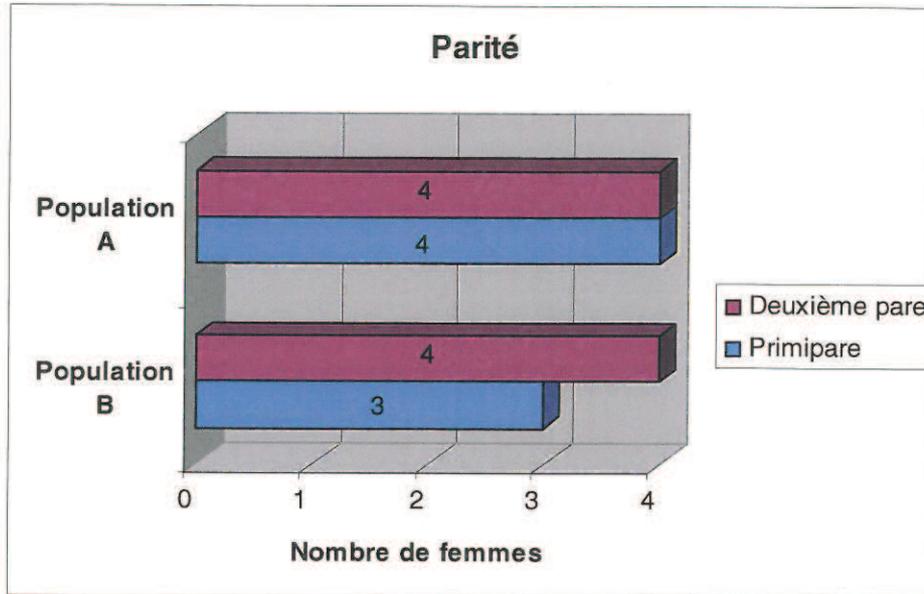
### II-1) Notre population

#### II-1-1) L'âge



L'âge des femmes interrogées s'étend entre 19 et 37 ans.

## II-1-2) La parité

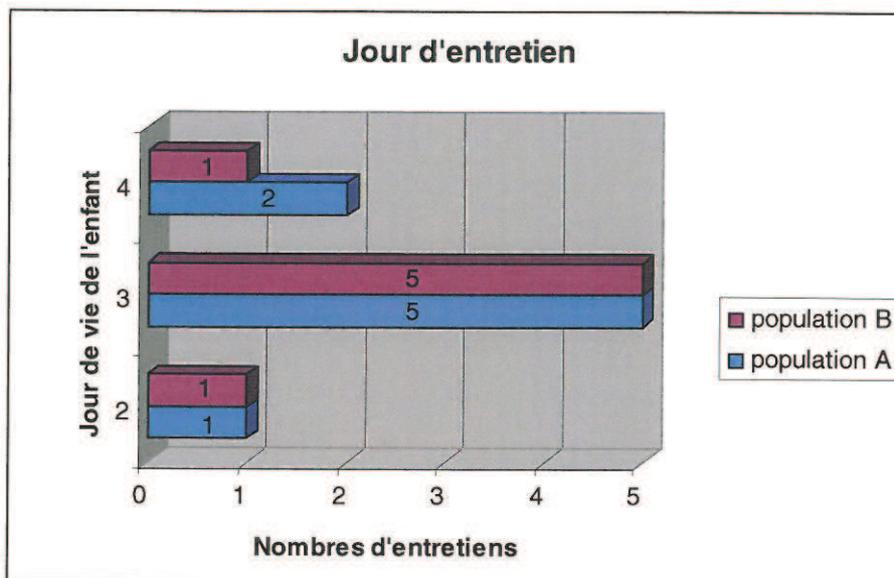


Nous retrouvons dans la population A autant de primipares que de deuxièmes pares, quant à la population B, nous avons interrogé trois primipares et quatre deuxièmes pares.

## II-1-3) Les conditions d'entretiens

### ❖ Le jour d'entretien

Pour une compréhension plus aisée nous avons décidé de le noter en jour de vie de l'enfant. Ainsi J4 correspond au quatrième jour de vie de l'enfant.

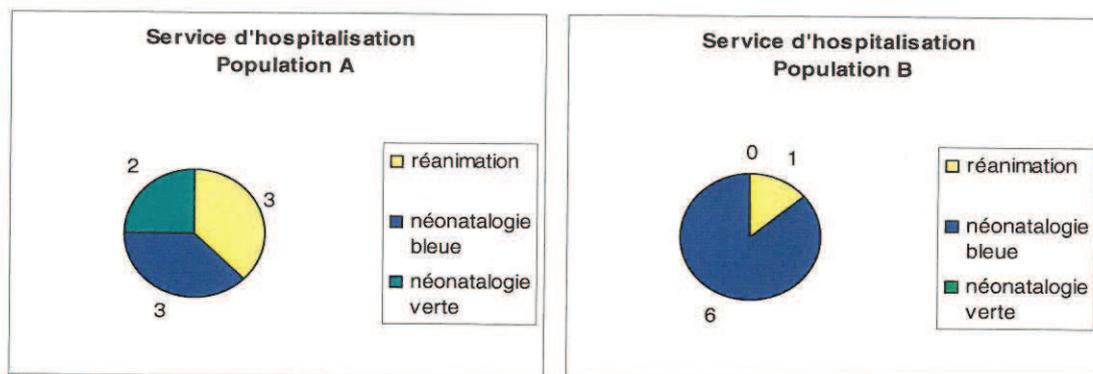


La majorité des entretiens a été effectuée au troisième jour de vie des enfants (5 pour les deux populations soit 10 sur les 15 entretiens effectués.)

Seulement deux entretiens ont été effectués au deuxième jour de vie des enfants concernés (un dans chacune des populations) et ceci à la demande des femmes pour des problèmes d'organisation.

Deux entretiens dans la population A et un de la population B ont été effectués à J4.

Service d'hospitalisation des nouveau-nés (Les tableaux suivants sont exprimés en nombre d'enfants par catégories)



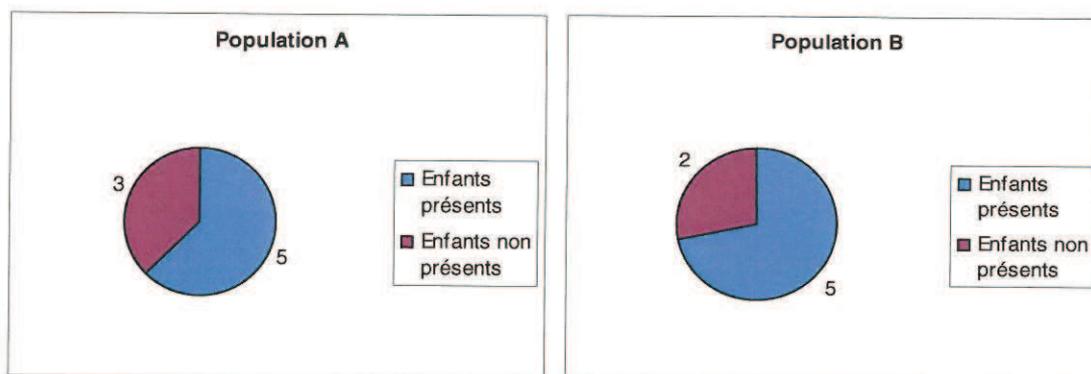
Au sein de la population A, trois enfants ont été hospitalisés en réanimation, trois en néonatalogie bleue et deux en néonatalogie verte.

Au sein de la population B, six enfants ont été hospitalisés en néonatalogie bleue et un en réanimation.

Cette grande disparité entre les deux populations s'explique par le fait que la majorité des enfants de la population B souffre d'une malformation cardiaque (cinq sur sept) qui est une pathologie, habituellement prise en charge en néonatalogie bleue.

❖ Présence des enfants pendant l'entretien.

(Les tableaux suivants sont exprimés en nombre d'enfants par catégories)



Au cours de nos entretiens nous avons tenté de favoriser la présence des enfants.

Néanmoins, cinq des quinze entretiens n'ont pu être effectués en présence de l'enfant. En effet, leur pathologie nécessitant une durée hospitalisation supérieure à celle de leur mère. Cela ne nous aurait pas permis d'interroger les mères lors de leur séjour de suites de couches comme notre méthodologie le prévoit.

❖ En résumé

Les conditions de ces différents entretiens sont résumées dans les tableaux ci-dessous :

Population A

<i>Couple</i>	<i>Age</i>	<i>Parité</i>	<i>Accouchement</i>	<i>Lieu et Motif de transfert</i>	<i>Jour d'entretien</i>	<i>Présence de l'enfant</i>
<i>A</i>	21ans	1	- T: 40+4SA - APD - VB	Néonatalogie bleue Inhalation méconiale+IMF	J3	Non
<i>B</i>	26ans	2	-T: 35+5 SA - APD - VB	Réanimation Chorioamniotite LA méconiale	J3	Non
<i>C</i>	33ans	1	- T: 40+4SA - APD - VB forceps	Néonatalogie bleue Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine	J4	Oui
<i>D</i>	32ans	2	-T: 40+3SA - APD - VB	Réanimation Inhalation méconiale+IMF	J2	Non
<i>E</i>	27 ans	1	- T: 40+2SA - APD - VB	Néonatalogie bleue Inhalation méconiale+IMF	J3	Oui
<i>F</i>	36ans	2	-T: 41+3SA - APD R - césarienne	Néonatalogie verte ARCF+suspicion IMF	J4	Oui
<i>G</i>	27ans	1	-T: 40+4 - APD - VB forceps	Néonatalogie verte Anoxie périnatale	J3	Oui
<i>H</i>	21ans	2	-T : 37SA - APD R - césarienne	Réanimation Anoxie+ suspicion IMF	J3	Oui

Légendes des tableaux récapitulatifs population A et population B :

**T : terme d'accouchement**

**APD : analgésie péridurale**

**APD R : analgésie péridurale complétée pour la césarienne d'une rachianesthésie**

**LA : liquide amniotique**

**VB : voie basse**

**IMF : infection materno-fœtale**

**ARCF : anomalies du rythme cardiaque foetal**

## Population B

<i>Couple</i>	<i>Age</i>	<i>Parité</i>	<i>Accouchement</i>	<i>Lieu et Motif de transfert</i>	<i>Jour d'entretien</i>	<i>Présence de l'enfant</i>
1	25 ans	1	-T: 39+6 SA -APD -VB	Néonatalogie bleue Tétralogie de Fallot	J2	Oui
2	29 ans	1	-T: 39+6 SA -APD -VB	Néonatalogie bleue Tétralogie de Fallot	J3	Oui
3	31 ans	2	-T: 40+3 SA -APD -VB	Néonatalogie bleue Tachycardie fœtale + Dystocie des épaules et plexus brachial (anoxie)	J3	Oui
4	28 ans	2	-T: 39 SA -APD -VB	Néonatalogie bleue Coarctation de l'aorte	J3	Oui
5	27 ans	2	-T: 38+2 SA -APD -VB	Néonatalogie bleue Tétralogie de Fallot	J3	Oui
6	19 ans	1	-T: 39+1 SA -APD -VB	Réanimation Hernie diaphragmatique	J4	Non
7	37 ans	1	-T : 36+4 SA -APD -VB	Néonatalogie bleue Prématurité Hypotrophie LA méconial	J3	Non

## II-2) L'information

### II-2-1) L'information en anténatal

Toutes les femmes de la population B se sentent très bien informées.

4 d'entre elles ont bénéficié d'un transfert in utero.

Toutes ont rencontré les pédiatres du CHU ou les cardio-pédiatres du CHU et 5 ont pu visiter la néonatalogie.

« Le cardiologue, elle nous a expliqué du début à la fin »

« Elle m'avait dit un petit peu ce qui pouvait arriver du meilleur au pire donc ... on savait vraiment à quoi s'attendre. »

« Elle a pris le temps pour tout m'expliquer, dire tout ce qu'elle (sa fille) avait, son intervention, son hospitalisation à la naissance. C'était beaucoup de questions auxquelles elle a pris le temps de répondre. »

« Au moment que j'étais hospitalisée j'ai vu les sages-femmes et les pédiatres qui m'ont bien expliqués, j'étais bien entouré (...) toutes les questions que j'avais, tout le monde y répondait. »

« On a vraiment eu de bonnes informations »

En ce qui concerne le vécu de ces femmes, au moment de l'annonce du transfert les expressions « déçue », « ça fait quelque chose », « ça m'a fait mal », « On se prend une claque » reviennent de façon récurrente.

Concernant la population A,

6 femmes n'ont pas été informées pendant la grossesse d'une éventualité de transfert à la naissance en cas de survenue d'éléments imprévus le nécessitant. 5 d'entre elles ont suivi des cours de préparation à la naissance.

Toutefois seulement 2 auraient apprécié d'être informées de la possibilité de transfert à la naissance, et pensent que cela leur aurait permis de mieux vivre cette situation.

Les 4 autres femmes pensent que cela aurait majoré leur inquiétude.

1 femme a choisi d'accoucher au CHU après une information, par son médecin généraliste, concernant la possibilité de transfert à la naissance.

« Il m'a dit si y'a un problème pour le bébé, on monte un étage et on va voir le bébé... »

1 femme s'est sentie bien informée sur ce sujet au cours de la grossesse.

« La petite de ma cousine aussi elle a été hospitalisée alors je connaissais, les locaux et tout, comment c'était fait et tout, ça m'a beaucoup aidé. »

Toutes les femmes ayant pu anticiper cette situation pensent que cela a amélioré leur vécu.

« Dans mon esprit je savais que quand il arriverait, il y aurait une petite hospitalisation donc ça m'a pas perturbé du tout. »

« J'étais préparée, ça m'a énormément aidé »

« C'est marrant parce que, après que je sois montée en néonatalogie, elle m'a donnée des contractions plus fortes, elle a du me sentir plus détendue, je sais pas... Elle a du se dire ça y est, maman elle commence à être prête. »

« C'est vrai en salle de naissance quand on l'a prise, j'ai visualisé bien. Je me demandais pas où elle allait être, je savais que c'était l'étage au dessus, je visualisais l'étage, l'appareillage, donc ça fait beaucoup »

« C'est vrai que dans notre misère, on a quand même eu un peu de bonheur, on a réussi à savoir avant pour se préparer, parce que y'a des personnes qui le savent qu'à la naissance, c'est plus brutal et là c'est plus dur ! »

Toutes les femmes ayant visitée la néonatalogie avant la naissance de leur enfant (n=5) pensent que cela les a beaucoup aidées au moment de la séparation.

Toutefois elles ont dû, elles mêmes, en faire la requête, ce qu'elles trouvent « dommage ».

« J'aurais préféré qu'on me propose. »

3 femmes n'ayant pu visiter la néonatalogie avant le transfert de leur enfant le regrettent et pensent que cela aurait contribué à diminuer leur inquiétude et aurait amélioré leur vécu.

Les 7 autres femmes qui n'ont pas eu cette opportunité n'en expriment pas le désir a posteriori.

## II-2-2) L'information à la naissance

En ce qui concerne cette partie nous avons choisi de ne pas différencier les deux populations.

En effet, malgré l'anticipation possible des femmes de la population B, la perception de qualité de l'information est très variable. Et cela indépendamment de la population à laquelle les femmes appartiennent.

En salle de naissance, du temps est souvent nécessaire aux professionnels pour établir un diagnostic et un pronostic précis et ainsi donner des informations explicites.

Le traumatisme lié à la séparation précoce mère-enfant et l'anxiété qui accompagne habituellement l'accouchement et la naissance rendent la communication entre les parents et les équipes difficiles.

En effet, les parents peuvent être noyés dans un flot d'informations parfois complexes et pas toujours précises.

Quant aux professionnels, ils ne peuvent souvent pas se prononcer sur les suites exactes, les conséquences et conditions d'hospitalisation tout de suite après la naissance.

L'urgence de la situation peut également faire que l'équipe se focalise sur l'enfant en priorisant sa prise en charge et limitant alors l'information.

Le vécu de l'information à la naissance est très différent en fonction des mères interrogées.

8 femmes dont 4 appartiennent à la population B, ont trouvé l'information tout à fait satisfaisante.

« On nous a tout bien expliqué. Si j'ai pas compris je pose les questions et on m'a bien ré expliqué doucement. »

« C'est le pédiatre, il m'a bien expliqué avec celle qui m'a accouchée, ils ont bien expliqué pour que je comprenne. »

« Ils m'ont bien expliqué, j'ai bien compris pourquoi. »

« On nous laisse pas sans rien nous dire. »

7 femmes dont 3 appartiennent à la population B ont pensé que les informations concernant le transfert et l'état de santé de leur enfant étaient insuffisantes ou difficilement compréhensibles.

« Ce que je n'aime pas c'est qu'elles (les sages-femmes) parlent dans leur langage et tout, on sait pas si c'est grave ou si c'est pas grave. Ça c'est un peu contrariant pour les parents. »

« Les termes ils sont pas bien adaptés pour les gens. »

« Ils m'ont pas dit du tout ce qu'ils lui ont fait »

« Ils répondaient pas à mes questions, peut être qu'ils m'ont expliqué des choses mais ils l'ont pas fait comme il fallait parce que j'ai rien compris. »

« On nous a pas donné trop d'explications. »

« J'ai pas eu des infos tout de suite, ils l'ont emmenée et après ils sont venus m'expliquer un petit peu mais j'ai rien compris.»

« La sage-femme elle était pas claire, elle restait toujours vague, elle disait pas des trucs précis. »

### II-2-3) L'information au cours de l'hospitalisation

Au cours de nos entretiens, il nous est apparu qu'une disparité existait entre l'information reçue par les femmes dans le service de suites de couches et celle reçue dans les services d'hospitalisation de l'enfant.

Il ne s'agit en aucun cas de porter un jugement sur la qualité de l'information tel ou tel service mais simplement de rendre compte de ce que les femmes de notre population ont pu ressentir à ce propos.

❖ Dans les services d'hospitalisation des enfants

(Réanimation, néonatalogie bleue et néonatalogie verte)

La majorité des femmes de notre étude (n=13) se sentent très bien informées sur l'état de santé de leur enfant au sein de son service d'hospitalisation.

« J'ai bien compris parce qu'ils m'ont bien expliqué et ils m'ont dit pourquoi ils faisaient telle ou telle chose. »
« Ils m'ont bien expliqué le matériel, à quoi ça servait, ce qu'ils allaient lui faire et tout. »
« Ils m'ont tout bien expliqué là-haut. »

7 de ces 13 femmes se disent très satisfaites quant au caractère spontané des nouvelles

« Ils nous appellent quand il est réveillé et ça c'est bien. »
« Quand on arrive ou même au téléphone, ils nous disent tout ce qui se passe. Moi le médecin il met à peine un pied dans le service que j'ai un coup de fil. »
« A chaque fois qu'ils me voient ils viennent vers moi, et tout de suite ils sont autour de moi. On discute, et on discute de tout. »

Ces 13 femmes se disent être totalement satisfaites des équipes de néonatalogie et réanimation.

Les termes suivants sont ceux les plus rencontrés :

« Ils savent nous mettre en confiance », « rassurants », « disponibles », « on se sent bien accueilli », « chaleureux », « on ne se sent pas abandonnée », « on redescend apaisée ».

Beaucoup de femmes évoquent l'importance de la disponibilité des équipes et de l'accueil.

« Ils nous font bien comprendre qu'on est les bienvenus, qu'on peut venir à toute heure, ils ne le disent pas juste une fois comme ça ils le répètent donc on sait que c'est vrai et ça, c'est vraiment très important. »

3 femmes se sont plaintes de l'information reçue dans les services d'hospitalisation.

« Ils parlent dans leur *jargon*. Et puis quand on est fatigué, on n' a pas forcément la force de redemander»

« En haut les informations c'était pas clair. En fait j'ai compris tout hier (J3), parce que j'ai un frère qu'est hémophile et j'ai été voir son médecin parce que j'avais peur que mon bébé ait la même maladie (son petit garçon a été hospitalisé pour inhalation méconiale et suspicion d'infection materno-fœtale) et c'est lui qui m'a tout expliqué il m'a fait des dessins et tout. »

« Je comprenais pas bien parce qu'ils restaient toujours dans le flou. »

« Non, il faut toujours demander, ils nous disent jamais rien tout seul. »

2 de ces 3 femmes disent avoir beaucoup culpabilisé du fait de ce manque d'information.

« Je croyais que c'était ma faute parce que j'étais fumeuse. »

« Je pensais les deux premiers jours que l'infection c'était à cause de moi parce qu'on m'avait pas bien dit les trucs. Déjà que j'ai pas réussi à le garder jusqu'à la fin, en plus si je lui ai donné une infection. On se sent coupable, c'est dur. »

#### ❖ Information en suites de couches

Seulement 4 femmes ont le sentiment d'avoir bien été informées à propos de leur enfant dans le service de suites de couches.

« Ils sont venus me voir tout de suite pour me dire *votre fille va bien*. »

« Le matin, ils sont venus me dire comment il allait et que je pouvais monter le voir aussi souvent que je pouvais. »

« Quand je suis arrivée dans ma chambre, ils m'ont dit : *votre fils va bien, ils l'ont nourri* et tout et que je pouvais aller le voir. »

11 femmes de notre population ont eu l'impression de ne recevoir aucune information concernant leur enfant dans le service de suites de couches.

« En bas on n'a jamais de nouvelles. »

« Le premier jour personne ne m'a rien dit, c'est moi qui demandais des nouvelles et à chaque fois on me disait : *je vais me renseigner* et on revenait pas. Alors le premier jour je suis restée dans le doute. »

« Ici, les sages-femmes, bah elles donnent pas d'information, c'est plutôt là-haut, elles ont déjà les mamans qui ont leur bébé et nous on n'a pas de bébé donc... »

« J'aurais bien aimé qu'on vienne me voir mais on est étranger et on parle pas bien français, alors y a des choses que je comprends pas mais là, on m'a rien dit alors j'ai pensé que c'était grave. J'aurais bien aimé savoir plus tôt avant le deuxième jour parce que je me serais moins inquiétée. »

Seules 4 femmes regrettent ce manque d'information. Les 8 autres femmes pensent que plus d'information n'est pas nécessaire puisqu'elles en obtiennent suffisamment dans le service d'hospitalisation de leur enfant ou grâce à leur mari.

En effet, nos entretiens nous ont permis de nous rendre compte que les pères ont un rôle essentiel en ce qui concerne la transmission de l'information de la naissance jusqu'à la première visite des mères à leur enfant. Ce qui pose de nombreux problèmes et notamment concernant l'accompagnement des pères (compréhension de l'information, qualité de la transmission, responsabilités lourdes portées par les pères et vécu difficile non pris en compte...)

On remarque que les 4 femmes restées sans nouvelles de leur enfant plus de 24h (24 à 36h) sont des femmes isolées (sans compagnon) ou dont le mari ne parle pas français (ne pouvant donc pas palier au manque de nouvelles de leurs femmes).

Au sein de notre population d'étude, 6 femmes se plaignent de la cohérence des informations entre le service d'hospitalisation de leur enfant et le service de suites de

couches. Et notamment concernant les sujets de l'allaitement et des soins du nouveau-né. Seulement une concernant la santé de son enfant.

« Les informations ne sont pas cohérentes, c'est vraiment en fonction de la personne qui est de service, ça change complètement. »

« A chaque fois que le personnel change, j'ai l'impression de repartir de zéro. »

7 femmes évoquent le fait qu'il n'y a pu avoir d'incohérence dans les informations puisqu'elles ont le sentiment de n'en avoir reçu aucune en suites de couches.

2 femmes trouvent qu'il n'y a eu aucune incohérence dans les informations reçues.

« Les infos, tout était vraiment carré, y'a eu une bonne communication entre ici (suites de couches) et là-haut (néonatalogie). »

« Non, de la salle de naissance au service de néonatalogie et de suites de couches c'est vraiment une continuité. »

### II-3) Informations et connaissances

#### II-3-1) les soins de développement

Parmi les 15 femmes de notre population d'étude,

4 femmes ont reçu une information sur les soins de développement et trouvent cette information « très importante ».

« C'est très bien, on était content avec mon mari de savoir pourquoi ils (les professionnels) faisaient tout ça. Quand on sera à la maison, avec le grand lit on lui laissera sûrement cette installation là pour qu'il se sente bien. »

Toutes les femmes qui ne pensent pas avoir reçu l'information avant notre intervention auraient été intéressées de la recevoir au sein du service.

#### II-3-2) Les compétences du nouveau-né

Seulement 2 femmes se sentent assez informées sur les compétences du nouveau-né.

Cependant, 10 femmes sur 15 ont été sollicitées pour apporter un « doudou » avec leur odeur et trouvent cela essentiel.

« Comme ça elle sait que je suis pas loin. »

« Le peu de temps que j'étais pas là je voulais qu'elle sache que j'étais pas loin et elle le sait parce que quand maman est là, elle ouvre un œil et hop : MAMAN ! »

8 femmes pensent ne pas avoir été suffisamment informées sur les compétences de leur enfant à la naissance et le regrettent.

« J'aurais bien aimé qu'on me raconte tout ce qu'un bébé sait faire dès la naissance, s'il nous sent, comment il nous voit et tout. »

2 femmes ne trouvent pas cette information nécessaire.

« On ne m'a pas parlé de ça mais ça nous a pas manqué plus que ça. »

3 femmes n'ont pas trouvé cette information utile puisqu'elles estiment leurs connaissances à ce sujet suffisantes mais pensent que c'est une information très importante à faire passer.

« On ne m'en a pas parlé mais je pense que c'était du fait que c'est mon deuxième enfant. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut faire parce que si les gens savent pas qu'un bébé ça ressent tout (...) ils laissent leur enfant et ils s'en occupent que quand il pleure. »

« C'est important de savoir qu'il sent, qu'il voit, qu'il nous reconnaît, qu'il reconnaît notre voix. Ça permet de se rendre compte que c'est le notre, que c'est une continuité avec quand il est dans notre ventre. »

4 femmes ne savent pas si leur bébé les reconnaît et s'en inquiète.

« Bon moi c'est mon premier et je savais pas (concernant les compétences du nouveau-né), ce qui est normal donc on sait pas s'il nous reconnaît, comment il nous voit et tout ça. »

« Je me demande, je ne sais pas, peut être il sait que c'est moi. »

« Moi je sais pas encore parce qu'il dort encore beaucoup, il est encore beaucoup fatigué. (Et le père ajoute) C'est normal il a fait la route... »

2 femmes n'ont pas répondu ou compris cette question.

9 femmes pensent que leur bébé les reconnaît.

« Elle reconnaît son petit monde. »

« Oui, il me reconnaît parce que quand je lui fais des bisous il me regarde et tout. »

« En néonate, j'avais l'impression qu'il me sentait qu'il reconnaissait mon odeur. »

### II-3-3) Cycles Veille/Sommeil

Aucune femme n'a été informée sur les cycles veilles/sommeil de leur enfant.

9 auraient désiré recevoir cette information avant notre entretien « pour éviter de le réveiller quand il ne faut pas (sommeil agité). »

### II-4) Vécu et établissement du lien mère-enfant

#### II-4-1) A la naissance

Au sein de la population B, 4 femmes sur 7 ont pu rester avec leur enfant pendant la période du post partum immédiat, soit 2h à 2h30.

Les 4 femmes dont l'enfant souffrait d'une tétralogie de Fallot ont pu ainsi rester avec leur enfant, le voir, le toucher et ainsi établir un contact précoce avec ce dernier.

« Je l'ai eu 2h, on a essayé de la mettre au sein. Elle était réveillée, elle avait les yeux ouverts, j'ai eu l'impression qu'elle me reconnaissait, elle reconnaissait ma voix. Elle me cherchait, elle me regardait moi. »

« Ils m'ont laissée vraiment tranquille, tranquille. Ils m'ont laissée faire connaissance avec elle. »

« La rencontre c'est même plus fort qu'avec mon premier enfant parce qu'on a partagé tellement de stress, il y a eu tellement d'angoisse. Ça c'est super bien passé, ils ont tout fait pour qu'on puisse être bien toutes les deux avant la séparation. »

Au sein de la population B, 4 femmes ont rendu visite pour la première fois dans le service de néonatalogie, à leur enfant, entre 2 et 4h après la naissance de celui-ci.

1 femme a attendu 7h pour aller voir son enfant (fatigue).

2 femmes ont attendu 12h et plus (le lendemain.)

Parmi les femmes ayant rendu précocement visite à leur enfant (entre 2 et 4H), 3 évoquent le fait que le personnel de suites de couches leur ait proposé à leur arrivée de salle de naissance. Toutes ces femmes pensent que cela a favorisé leur visite précoce.

« J'étais contente parce qu'ils m'ont proposé d'aller le voir. »

On remarque que les 2 femmes ayant rendu visite à leur enfant plus de 12h après sa naissance, n'avaient pas eu l'impression d'établir un contact avec celui-ci en salle de naissance.

Concernant la population A, 3 femmes ont rendu visite à leur enfant 3 à 4h après sa naissance. 5 ont attendu le lendemain (plus de 12h) voir une journée et demi après la naissance de leur enfant. Parmi ces femmes 4, n'ont pas eu l'impression de pouvoir créer un lien avec leur enfant à la naissance.

Ces 5 femmes se plaignent d'un manque d'information concernant la possibilité d'aller voir leur enfant.

« Quand j'ai demandé si je pouvais aller le voir le lendemain, on m'a dit que oui, on allait me monter en fauteuil et après j'ai dû attendre une heure et demander à trois personnes différentes parce qu'on me disait toujours *je reviens* et personne revenait. »

« Vous savez c'est long une heure quand on attend pour voir son enfant. »

Lors de cette première visite la majorité des femmes des deux populations a été accompagnée par leur mari ou un membre de la famille (mère de la femme le plus souvent). Lorsque l'on demande à chacune des femmes des deux populations si le fait d'être accompagnée leur semble important, aucune ne trouve cela important. Elles disent ne pas penser à cela, elles veulent « voir », « toucher », « prendre » leur enfant en priorité.

« Ça, ça m'est égal. Vous savez si j'avais du y aller à quatre pattes j'y serais allée à quatre pattes. »

10 femmes de notre population (A et B) pensent avoir pu établir un contact avec leur enfant dans son service d'hospitalisation. Toutes allaitent leur enfant, ont pu échanger des regards avec lui, le toucher, le prendre dans leur bras et faire du peau à peau.

« J'ai su tout de suite, parce qu'elle faisait les mêmes mimiques que in utéro c'est-à-dire que je sentais à sa façon de bouger à l'intérieur et à l'extérieur que c'était elle. »
« Je l'ai pris dans mes bras, depuis le temps que j'attendais... ! J'ai eu l'impression qu'il était tout petit mais j'ai reconnu que c'était mon bébé.»
« Je lui faisais des bisous, il avait des petites réactions et puis il me regardait et tout. »
« Le soir où j'ai accouché, quand je suis allé le voir, il avait ses petits yeux grands ouverts et je lui faisais des caresses et je lui parlais, et avec ses petits yeux, il me regardait. Il avait ces petits yeux tournés vers moi et c'était fort, très fort. Ça a vraiment contribué au contact. »
« Le regard, ça m'a aidé à faire le contact, ce qui m'a aidé surtout c'est qu'il a mes yeux, quoi, comme ça je sens que je suis sa maman. »
« Je sens qu'il me reconnaît parce que quand je vais le voir, il tient toujours mon doigt et en plus il me regarde avec ses grands yeux. »

L'allaitement est souvent évoqué par les mères à la fois cause de stress et puissant outil de contact entre la mère et son enfant.

« Quand j'allaiter, ça crée un lien parce qu'elle est sur moi et je sers vraiment à quelque chose. »
« Il n'y a que moi et puis des fois je peux pas la porter, je peux rien lui faire, tout ça. Là je sers vraiment à quelque chose, c'est important. »
« C'est la seule chose que je suis la seule à pouvoir faire, c'est la relation entre la maman et sa fille. C'est le moment où on a le plus de câlin. »
« Il avait les yeux ouverts quand il tétait et donc aujourd'hui (J3) c'était vraiment... Y'avait un vrai contact, il me regardait et tout. C'était la première fois qu'il ouvrait les yeux. Il cherchait mon sein, c'était vraiment agréable. J'ai senti que c'était le mien.»

5 femmes de notre population pensent que la séparation a mis une « barrière » entre eux et ne leur a pas permis à ce jour d'établir un contact (J2 et J3) ou a rendu son établissement plus difficile. Parmi ces femmes, une n'a pu prendre, ni faire de peau à

peau avec son bébé, son vécu est très négatif. Les autres ont toutes pu échanger des regards avec leur enfant, le prendre dans leur bras et faire du peau à peau.

« Le contact a été plus difficile, parce que moi, j'avais plus besoin de le toucher, de le caresser. »

« Le premier jour, il dormait tout le temps donc on a pas trop pu faire connaissance. »

« Au début, je me suis beaucoup dit que c'était ma faute alors ça a mi comme une distance entre nous. C'était dur de se sentir coupable de tout ça. »

4 femmes pensent que leur enfant est plus fragile du fait de leur hospitalisation, ce qui crée « une barrière » entre eux.

« Le bébé, il est plus fragile parce que il est en retard d'une semaine et aussi il a eu beaucoup de contractions, alors moi je fais plus attention, c'est plus difficile, j'ai peur de lui faire mal. »

« J'ai peur qu'elle soit plus fragile. Un problème au cœur ça reste marqué dans l'esprit. »

« C'est plus difficile parce que si elle était avec moi ça va mais là, il faut faire plus attention, elle est plus branchée, elle est plus fragile. On ne sait pas comment réagir, tout ça. Ça met quand même de la distance entre nous.»

13 femmes ont pu changer et faire la toilette de leur enfant. Toutes pensent que cela a contribué à établir une relation avec leur enfant.

« Les premiers contacts je l'ai eu dimanche et lundi (J1 et J2), vraiment quand je lui ai donné son bain, c'était magique, c'était le mien quoi. »

« Ils m'ont attendu pour le baigner. Le premier bain c'était avec moi donc je n'ai pas été frustrée. »

« On me proposait *vous voulez le changer, le baigner* donc je ne me suis pas sentie exclue. »

« Au début j'avais l'impression qu'on m'éloignait et puis c'est dur parce qu'ils font tout ce qu'on a envie de faire : le laver, le changer, alors c'est dur. Maintenant, je fais tout, alors ça va. »

Les 2 femmes n'ayant encore pu faire les soins de leur enfant le regrettent.

« Il me tarde de faire tout toute seule mais ils lui ont enlevé son petit 'cvo\*' aujourd'hui donc je pense que je pourrais le faire demain. »

\*Cvo : *cathéter veineux ombilical*.

« J'ai pas encore pu le changer, le baigner, ça me manque beaucoup ça aussi. »

Pour 11 femmes, le milieu médicalisé n'a pas créé de distance entre elles et leur enfant.

« Les tuyaux, ça m'a pas embêté parce que j'étais trop contente de voir mon bébé. »

« Ça m'a pas gêné, c'est impressionnant mais c'est pour son bien donc ça m'a pas gêné du tout. »

« Ça m'a pas gêné parce que j'aime bien le milieu médical alors j'avais aucune appréhension. »

« Ça fait quelque chose quand même, c'était difficile mais la mienne elle était pas vraiment branchée, c'était juste la perfusion. Ça fait mal de voir son petit tout branché de partout. Oui ça fait mal, on a un petit pincement au cœur mais ça m'a pas empêché d'avoir un contact avec elle parce qu'elle était pas trop branchée. »

Pour 4 femmes les locaux, le matériel ont été un frein à l'établissement de la relation mère-enfant.

« Quand j'ai vu les horaires sur la porte, j'ai cru que c'était pour les parents aussi, alors je venais pas trop et après on m'a dit non, c'est pas pour les mamans. Les mamans c'est quand elles veulent, même la nuit, alors ça c'est bien, même la nuit. »

« C'est quand vous voulez aller voir votre bébé, il faut sonner à une porte. Quelque part c'est le votre mais c'est pas encore le votre. »

« Quand on est allé le voir, il était intubé de partout. On est habitué à voir des images comme ça à la télé et tout mais après on voit bien qu'il est piqué de partout. Y'a de la souffrance simplement. »

5 femmes évoquent un manque d'intimité, les 10 autres pensent que le personnel a su respecter leur intimité.

« C'est un peu plus difficile du fait de l'hospitalisation parce qu'on peut pas parler comme on veut. On peut pas dire ce qu'on veut parce qu'il y a plein de gens. J'aimerais lui dire que je serais toujours là pour lui et que je l'aime très fort. »

« J'ai pas de problème, parce que quand j'arrive, ils s'en vont, comme ça on a notre intimité. »

Parmi les femmes interrogées 10 se sont senti soutenues.

« Oui, ils nous comprennent, on sent qu'ils ont l'habitude de travailler avec des mamans qui sont en détresse. »

« On est bien entourée, soutenue. »

« Je me suis bien sentie soutenue parce qu'en plus les gens qui m'avaient accouchée, ils sont revenus plusieurs fois me voir, pour voir comment ça allait, prendre des nouvelles du bébé. On sent qu'ils s'intéressent, qu'ils s'en foutent pas et ça c'est vraiment important. »

5 femmes n'ont pas ressenti le soutien de l'équipe.

« Soutenue, bof, ils nous comprennent mais de la à soutenir. »

« A non pas du tout soutenue. »

« Du soutien aussi ça m'a manqué, non il n'y en a pas eu. »

14 femmes ont pu présenter leur enfant à la famille. Toutes trouvent cette étape très importante.

Le terme « fière » revient à chaque entretien.

« C'est important de pouvoir montrer ce qu'on a fait, que c'est notre bébé. »

« Pour voir à qui il ressemble. »

« C'était important de la présenter pour moi parce que ça veut dire que malgré ses problèmes, elle est là quoi. On assume et on est auprès d'elle à 100% quoi, on la laisse pas tomber. »

« C'est vrai que quand on nous a parlé de risque de trisomie et d'IMG\*, le fait qu'elle aille bien, avec tout ce qu'on a traversé et tout. C'est la fierté aussi, c'est la fierté de dire

« bah oui regardez : elle est finie jusqu'au bout », elle est là quoi donc ça veut dire que c'est une battante. »

*\*IMG : interruption médical de grossesse.*

Seulement 2 femmes de notre population ont pu bénéficier d'une photographie de leur enfant réalisée par le service d'hospitalisation. Elles estiment que, par la suite celle-ci a tenue une place importante en ce qui concerne les premiers contacts avec leur enfant.

Aucune des femmes ayant été rendre visite le lendemain à leur enfant n'a pu bénéficier d'une photographie. Toutes les femmes interrogées trouvent cela important et auraient aimé bénéficier d'une telle attention.

#### II-4-3) Au retour de l'enfant auprès de sa mère

Au moment de nos entretiens 10 enfants étaient présents mais seul 8 restaient définitivement avec leur mère (les 2 autres étaient là pour l'après-midi.)

Les mères dont l'enfant n'est plus hospitalisé au moment de nos entretiens n'éprouvent pas de difficultés particulières pour 6 d'entre elles.

1 éprouve des difficultés concernant l'allaitement maternel.

1 éprouve des difficultés quant au contact avec la famille.

« A la limite, elle avait plus de câlin là-haut parce qu'ici quand y a des gens je veux pas qu'ils la prennent, elle est fragile quand même et donc je la laisse dans son lit comme ça les gens ils vont pas jusqu'à la prendre dans son berceau. »

7 femmes expriment le fait que bien qu'elles aient pu établir un contact avec leur enfant pendant son hospitalisation, elles n'ont l'impression de faire réellement sa connaissance, qu'après la fin de son hospitalisation.

« J'ai l'impression aujourd'hui (J3), de redémarrer à zéro, le fait qu'il n'est pas été avec moi des deux journées. »

« J'ai vraiment l'impression qu'on s'est rencontré depuis hier, qu'il est revenu. Avant on n'avait pas fait connaissance, on avait une première prise de contact mais on n'avait pas fait connaissance, c'est clair. »

« Hier, quand je l'ai récupéré c'était charnel, j'avais besoin de le toucher, de l'avoir contre moi. Je l'ai gardé comme ça sur moi toute la journée, j'en avais besoin et lui aussi je crois... Aujourd'hui, ça va mieux, on a repris un rythme plus normal. »

#### II-5) Difficultés rencontrées par les mères

Concernant les problèmes rencontrés au cours de leur hospitalisation, 11 femmes se plaignent d'un manque de communication intra ou inter service.

« Quand il est redescendu, j'avais rien, pas de couches, pas de feuilles, pas de produits pour la toilette, rien. Et j'ai du demander tout un par un, ça c'est pénible, je crois qu'elles sont pas bien au point, quand le bébé arrive pas tout de suite et revient après avec sa mère. »

« J'ai du leur demander 10 fois pour avoir un tuyau pour le tire lait, à chaque fois elles disaient je reviens et personne et tout est comme ça. »

« En bas, ils savent pas trop comment ça se passe en haut, ils se disent rien entre eux, ça c'est dommage parce que nous on est obligé de tout dire 36 fois. »

Parfois certains mots, certaines actions ont pu déstabiliser ces femmes déjà fragilisées. En effet, durant un de nos entretiens nous avons assisté à une scène qui a suscité chez nous, bon nombre d'interrogations. Une des femmes de notre population demande à faire réchauffer son plat puisque lors du service elle était absente, étant montée allaiter son enfant. La femme se voit refuser sa requête sous le prétexte suivant :

« Nous, on a pas le droit de réchauffer. Si c'est pour un soin ou s'il y a un médecin oui, mais pour l'allaitement c'est pas une raison normalement, il faut s'organiser et c'est tout, faut aller le voir avant ou après le bébé. »

Notre intervention et notre insistance ont permis tout de même à cette femme de manger chaud mais ce sont ces nombreux petits détails, rapportés par les mères interrogées, qui rendent le vécu de ces situations déjà traumatisantes encore plus difficiles.

Une femme dont le vécu de la naissance et des premiers jours de vie de son enfant est particulièrement négatif, évoque le fait que la chose l'ayant le plus blessée est : « LE SILENCE. »

« Le silence ça fait peur parce que les premiers jours on ne m'a rien dit du tout et j'ai eu peur pour Killian. Je me suis dit, s'ils ne disent rien, c'est qu'il y a quelque chose de grave, c'était dur oui. »

13 femmes ont apprécié d'être hospitalisées dans le service de suites de couches. 10 émettent la réserve qu'une chambre seule, leur semble essentiel à leur bien être afin de ne pas avoir une voisine ayant son enfant avec elle.

« C'est normal d'être dans ce service, on est des mamans quand même. »

Les 4 femmes en chambres doubles (les deux mamans de chaque chambre n'ayant pas leur enfant avec elles) ont apprécié cette situation. « On peut en parler, comme ça, on se soutient. »

1 femme aurait préféré être hospitalisée en gynécologie pour « ne pas entendre les autres bébés pleurer. » (Sentiment d'injustice « pourquoi moi ? »)

1 femme hospitalisée en gynécologie, a été satisfaite de cette attention.

Concernant les propositions d'action, 2 femmes ont des propositions.

Une femme désirerait qu'une discussion ait lieu au début de l'hospitalisation afin d'établir une prise en charge adaptée et personnalisée. (La femme désire-t-elle être appelée quand son enfant est réveillé, quand le médecin passe ?)

La femme dont l'enfant a une coarctation de l'aorte propose « quand c'est pas une coarctation grave comme nous, on pourrait la garder et que ce soit nous qui la montions toutes les heures, ça serait mieux comme ça on l'aurait plus. »

Toutes les femmes ayant été informées lors de nos entretiens, du projet du PME concernant l'unité Kangourou ont été séduites par cette idée.

## DISCUSSION

La discussion qui va suivre ne peut être généralisée. En effet, au vu du nombre trop peu important de patientes, les réflexions apportées par les résultats des entretiens ne peuvent s'appliquer qu'à la population interrogée.

### III-1) L'information le secret de l'amélioration du vécu

L'établissement de la relation mère enfant à la naissance se fait de façon spontanée lorsque mère et enfant se rencontrent à la naissance. Le contact peau à peau, l'échange des regards, la première mise au sein sont autant d'éléments favorisant l'établissement du lien. Lorsqu'a lieu une séparation à la naissance, cet équilibre permettant le contact et l'établissement du lien mère-enfant peut être mis à mal.

Notre enquête confirme l'importance de la place de l'information lors d'une telle situation. Néanmoins la transmission et la compréhension des informations peuvent être difficiles, du fait, à la fois du manque de disponibilité des professionnels occupés à prendre en charge l'urgence vitale et de l'état d'esprit dans lequel sont les parents. Ces derniers se trouvent souvent sidérés par la rapidité des événements, le chamboulement de leur idéal, de leur projet de naissance, ainsi que par l'inquiétude et la peur concernant la santé de leur enfant. Il est donc essentiel de réitérer et de reformuler les informations afin que les parents puissent les entendre et les comprendre. Les informations doivent être claires et précises. Le professionnel ne doit pas hésiter à avouer aux couples qu'il n'a pas la réponse à toutes les questions mais qu'il peut les diriger vers un professionnel plus compétent en ce domaine (en veillant à ce que l'information leur soit bien délivrée par ce professionnel). Il est également important de leur expliquer qu'il faut parfois du temps pour établir un diagnostic et un pronostic précis et ne pas se perdre en explications vagues ou en éludant certains sujets.

Ces attitudes ne sont en aucun cas vécues par les patients comme un manque de compétences, au contraire, une telle honnêteté les rassure, leur donne confiance. Ils n'ont alors plus l'impression « qu'on leur cache quelque chose » et le vécu qui en ressort est bien meilleur.

A ce sujet, nous avons pu constater, comme nous le présagions, que la possibilité d'anticiper une séparation à la naissance, comme ont pu le faire les femmes de notre population B (femmes prévenues en anténatal du transfert de leur enfant), permettait une meilleure acceptation et ainsi un meilleur vécu.

« C'était plus facile pour moi, car je m'étais préparée, psychologiquement, ça m'a beaucoup aidée, on se pose moins de questions ». Il est évident que l'information est une des clés du juste soutien de ces femmes. En effet, en majorité, ce qui a le plus aidé ces futures mères à se préparer à la séparation sont les réponses des professionnels à toutes les questions qu'elles se posaient avant la naissance.

Concernant les femmes de la population A, toutes celles ayant pu évoquer le sujet de la séparation à la naissance au cours de leur grossesse, que ce soit en préparation à la naissance ou grâce à l'information d'un professionnel, ont également l'impression que cela a diminué leur stress et amélioré leur vécu.

Toute population confondue, le ressenti de l'information à la naissance et en post partum immédiat reste très hétéroclite. Les avis sont très partagés mais les sentiments exprimés à ce sujet restent extrêmes. Les femmes sont, soit, très satisfaites en ce qui concerne l'information reçue : « Le CHU, c'est TOP, l'info pas de problème », soit tout à fait critiques quant à leur sentiment de n'avoir reçu aucune information. Toutefois, il apparaît que la charge importante de travail pourrait être un facteur favorisant d'une sensation de manque d'information par les parents.

Notre étude fait également apparaître, qu'au sein de notre population, les pères de 12 femmes sur 15 (pour les 3 femmes restantes, le père ne parlait pas français ou était absent) ont joué un rôle primordial, en ce qui concerne la transmission de l'information à leur femme. Lors de l'hospitalisation de l'enfant, le père suit l'équipe de néonatalogie ou de réanimation. C'est à lui, qu'est donnée la majeure partie des informations et des explications. En effet, l'enfant alors pris en charge dans le secteur d'hospitalisation, les équipes ont plus de temps (et prennent le temps) d'informer le père sur l'état de santé de son enfant, sa prise en charge et si possible son pronostic.

En salle de naissance, la femme reste en compagnie de l'équipe obstétricale, avec le peu d'information qu'ont à leur disposition les professionnels de l'équipe.

A son retour, c'est au père que revient la charge et la responsabilité de transmettre à sa femme ce qu'il a pu voir, entendre et comprendre. En effet, la plupart des femmes de notre enquête qui pensent avoir suffisamment été informées en salle de naissance l'ont été, selon elles, par leur mari. C'est une lourde responsabilité pour ces pères souvent choqués et se retrouvant seuls face à un vécu difficile et un flot d'informations complexes et parfois difficiles à supporter du point de vue psychologique. Le rôle de « messenger » qu'endossent les pères et à fortiori lorsque les nouvelles sont mauvaises peut alors être très mal vécu.

La mise en place de modifications simples concernant les transmissions médicales inter services pourraient palier à ce problème. Un bref bilan de la prise en charge, du diagnostic et si possible du pronostic de l'enfant pourrait être réalisé par l'équipe d'hospitalisation à l'équipe obstétricale. Et ceci dès que l'équipe d'hospitalisation de l'enfant en a les moyens et au mieux dans la première heure de prise en charge de l'enfant, lorsque la mère se trouve encore en salle de naissance. En retour, l'équipe obstétricale se chargerait de leur faire part de l'état psychologique et du vécu de la mère. Ce qui permettrait, dans ces situations particulières, une prise en charge plus globale de la mère, du père et de l'enfant.

De plus, selon les femmes de notre étude, les informations concernant les soins de développement, les cycles veille/ sommeil et surtout les compétences du nouveau-né sont des outils d'une importance non négligeable concernant la qualité de la mise en place du lien mère-enfant. En effet, il est assez aisé de comprendre qu'une femme qui ignore que son enfant la reconnaît, même s'il n'a pas eu de contact avec elle à la naissance, pourra être déstabilisée et se sentir rapidement inutile puisque les soignants subviennent aux besoins de son enfant. Il est alors important de l'aider à prendre conscience qu'elle est la plus à même de subvenir aux besoins de son enfant de la façon la plus juste, la plus adaptée à son nouveau-né.

### III-2) La rencontre : au cœur de l'établissement du lien mère-enfant.

Il apparaît nettement dans notre étude, qu'au sein de notre population, la possibilité de contact à la naissance améliore le vécu des mères, favorise et facilite l'établissement du lien mère-enfant. Les recherches actuelles tendent à confirmer, comme nous le pensions, qu'il existe, dès la naissance, un lien entre la mère et son enfant, lien développé au cours de la grossesse. D'ailleurs les femmes disent « reconnaître » leur enfant, ce qui traduit implicitement que celles-ci le connaissent déjà par certains aspects.

Le lien qui s'établit à la naissance n'est que la continuité de celui ayant commencé au cours de la grossesse. Cette étape de découverte reste pourtant un pilier nécessaire au bon établissement du lien mère enfant, dans lequel, comme l'expriment les études de Spitz et J.Bowlby l'enfant joue un rôle actif. En effet, la seule présence de l'enfant ne suffit pas. Pour que les femmes ressentent l'aspect factuel de la relation, les interactions visuelles, corporelles et vocales décrites par T.B Brazelton sont nécessaires (ou au moins l'une d'entre elles). Il apparaît que les interactions visuelles (échanges de

regards) et corporelles (peau à peau, aspect charnel de la relation, mouvement de frouissement) sont rapportées par les mères interrogées comme celles permettant l'établissement du lien mère enfant. Cependant, même si ces différents mécanismes sont nécessaires et sont facilités par un rapport précoce (deux premières heures de vie) entre la mère et son enfant, il est possible d'établir ce lien lorsqu'ils n'ont pu se rencontrer à la naissance. Ces différents processus sont alors reportés au moment de la première ou des premières visites de la mère à son enfant dans le service d'hospitalisation. Il peut être alors plus difficile pour la mère et l'enfant séparés à la naissance d'entrer en contact et d'autant plus lorsque la mère n'a pu ni voir, ni toucher son enfant, en salle de naissance, ne serait-ce que quelques instants.

Il est de notre responsabilité de permettre un contact même bref à la naissance, d'autant que, le plus souvent l'enfant est stabilisé et conditionné (intubation, couveuse etc....) avant d'être transféré et peut donc être mené auprès de sa mère afin qu'elle puisse le voir et si possible le toucher. Un bref contact ne permet pas à la mère de réellement établir un lien avec son enfant, mais cette brève rencontre visuelle et tactile peut lui permettre par la rencontre physique de l'enfant d'engager le processus de deuil de l'enfant imaginaire et fantasmatique. Par sa seule présence l'enfant atteste de la fin de la grossesse et permet à la pensée inconsciente de la femme de cheminer. Grâce à ce travail inconscient, la femme se sent mère et est alors prête à accueillir l'enfant réel. De plus, présenter l'enfant à sa mère permet un meilleur vécu des femmes qui sentent leur douleur morale prise en compte et leur statut de mère reconnu. Ainsi, les contacts futurs pourront aboutir sur un réel lien mère-enfant.

Notre enquête nous a également montré qu'en cas de transfert du nouveau-né et à fortiori lorsqu'un contact n'a pu avoir lieu en salle de naissance, la photographie par cliché instantané (importance du support tactile) est un réel outil permettant une amorce du travail de la psyché et ainsi une rencontre avec l'enfant réel. A la vue de cette photographie de leur enfant, les femmes de notre étude, qui ont pu en bénéficier, se disent rassurées, plus sereines, « Je l'ai regardé et je me suis endormie, sinon j'aurais jamais pu m'endormir ». Les autres femmes pensent toutes que c'est un outil intéressant à introduire systématiquement dans la prise en charge des femmes dont l'enfant a été hospitalisé.

L'évolution de la psychanalyse et de la psychologie du nouveau-né et du jeune enfant ont permis une évolution de la pensée des équipes soignantes et donc de la prise en charge de l'enfant dans sa globalité.

S.Freud, partant de l'analyse de l'adulte, affirme que l'enfant se construit grâce à la relation physique. Puis, M.Klein impose que l'enfant est une personne et a une part active dans la relation avec sa mère. Enfin R.Spitz donne des compétences au nouveau-né et témoigne alors de l'importance de la qualité du lien : l'enfant n'a pas seulement besoin d'être changé, nourri mais il est nécessaire à son bon développement psychique qu'il le soit d'une certaine façon. C'est la continuité de la présence de la personne qui s'occupe de l'enfant qui va favoriser la construction du lien. Ainsi, il est primordial à la fois pour la mère et pour l'enfant de leur permettre d'être en relation lors des soins de base en laissant toute sa place à la femme lorsque cela est possible.

Ceci passe également par le respect de l'intimité du couple mère-enfant qui favorise l'établissement du lien mère-enfant grâce à la communication verbale ainsi qu'au holding, le handling et l'object-presenting décrits par D.W Winnicott,

Toute la difficulté consiste pour le soignant à rester présent sans être intrusif.

D'après notre étude, présenter l'enfant à la famille est également une étape importante favorisant la relation mère-enfant. Cela permet de donner une place à l'enfant qui entre dans la famille, mais également une nouvelle place à ses parents alors reconnus en tant que tels.

Proposer, favoriser ces rencontres de la famille et de l'enfant (comme cela est déjà fait dans les services de néonatalogie) paraît donc prendre une place importante dans l'établissement de la relation mère-enfant. L'établissement du lien mère-enfant, inconscient et spontané dans la plupart des cas, peut s'avérer difficile et notamment en cas de séparation à la naissance. Après l'accouchement, les mères sont fragiles, elles doivent se sentir épaulées, informées et conseillées au mieux.

Toutefois, il est important de noter que l'être humain est doté de multiples ressources et que la résilience décrite par B.Cyrulnik permet à de nombreux couples mère-enfant n'ayant eu aucun contact à la naissance et dans les premiers jours de post partum de constituer un lien fort et durable ultérieurement. En effet, on peut voir au sein de notre population, que 8 femmes pensent avoir pu établir un contact à la naissance. Après trois jours de vie, 10 femmes pensent avoir pu établir un contact avec leur enfant. Toutes les femmes pensent que le lien entre elles et leur enfant va totalement s'établir dans les jours suivants notre intervention. Il est donc essentiel de poursuivre nos efforts tout au long du séjour des mères et de leur enfant, voir plus tard si nécessaire (psychologue, Protection Maternelle et Infantile, conseils...) afin de favoriser au mieux l'établissement du lien mère-enfant et à plus forte raison lorsque les prémices ont été difficiles.

## CONCLUSION

La séparation de la mère et de son enfant à la naissance est une épreuve difficile pour toutes les familles. Néanmoins, la notion de résonance intervient de façon importante dans le vécu des mères. En effet, l'hospitalisation de l'enfant à la naissance n'a pas la même signification et les mêmes conséquences sur le vécu des mères et l'établissement du lien mère-enfant. Le retentissement de cette séparation tient compte des expériences de vie, des angoisses de chacun. C'est pourquoi tout comme l'individu est unique nous devons nous efforcer de proposer à ces femmes une prise en charge adaptée et personnalisée.

En salle de naissance, nous allons soutenir, assister, encourager, prendre soin de ces femmes pendant de nombreuses heures. Il se crée alors une proximité facilitant les échanges. Une présence et une écoute attentive permettent alors à la sage-femme, d'orienter la prise en charge du couple de la manière la plus adaptée à celui-ci, en fonction de ce qu'elle a pu percevoir du retentissement de cette hospitalisation chez la mère et le père de l'enfant.

La continuité de la prise en charge tient également une place essentielle. En effet, notre étude montre que les femmes interrogées sont plus souvent satisfaites des informations reçues dans le service d'hospitalisation de leur enfant que celles reçues dans le service de suites de couches. Il ne s'agit en aucun cas d'une différence de compétences entre ces services mais plutôt d'une différence de rôle et d'organisation au sein de ces derniers. En effet, les puéricultrices des services de néonatalogie et réanimation s'occupent de peu d'enfants à la fois et les connaissent donc parfaitement. Elles sont également au cœur de la relation mère-enfant, étant à la fois constamment au fait de l'évolution de l'enfant et en contact direct avec les mères. Ainsi, elles peuvent les accompagner et les aider de façon concrète. Dans le service de suites de couches, les intervenants sont plus nombreux (médecin, sage-femme, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, aide-soignante...) ce qui a tendance à faire perdre leurs repères à ces mères déjà bouleversées. Il serait intéressant qu'à chaque changement d'équipe, soit désigné un interlocuteur unique qui pourrait, après avoir pris connaissance de toutes les informations à disposition des équipes de suites de couches et de néonatalogie ou réanimation, répondre aux questions des mères qui en font la demande ou ne pourrait aller voir leur enfant, du fait de leur état de fatigue ou de santé. La mise en place d'un tel système, permettrait une meilleure cohérence des informations et ainsi une prise en charge plus globale de la mère et de l'enfant. En tant que « chef d'équipe » la sage-

femme doit s'assurer de la bonne transmission des informations entre les équipes et de la bonne communication et compréhension des informations par la mère de l'enfant.

Il est également important de noter que le séjour en suites de couches d'une femme dont l'enfant est hospitalisé à la naissance n'est pas un séjour commun. En effet, il est important de s'organiser pour accueillir une mère qui ne sera pas en permanence dans le service. Il faut donc convenir avec la mère, d'une prise en charge adaptée afin de faciliter au mieux la vie quotidienne de ces mères pour qu'elles soient le plus disponible possible pour leur enfant, tout en disposant d'une prise en charge médicale satisfaisante. De façon concrète, il faut poursuivre nos efforts et proposer le plus tôt possible aux femmes d'aller rendre visite à leur enfant, faciliter leurs déplacements (fauteuil roulant, accompagnement...).

Il convient de favoriser l'allaitement maternel, c'est-à-dire proposer sans imposer l'allaitement. Veiller à ce que les femmes aient le matériel nécessaire (tire lait, matériel stérile) et des informations cohérentes (à ce sujet, les femmes se plaignent de discours multiples et contradictoires et se sentent « perdues »)

La distribution des repas doit également être adaptée. En effet, les repas sont parfois servis lorsqu'elles sont absentes, occupées auprès de leur enfant (bain, allaitement).

Lors de la distribution des repas, il pourrait être aisé de laisser un document indiquant à la femme que le service des repas a été effectué en son absence, et qu'elle peut, du fait de son statut particulier, aller chercher son repas auprès des aides-soignantes, à l'office. Ainsi, cela permettrait de diminuer la charge de travail de celles-ci qui se voient contraintes à faire chauffer deux fois le même repas et éviterait aux femmes les remarques blessantes leur conseillant de mieux s'organiser. (On ne peut évidemment pas prévoir que la tétée se fera au moment précis de la distribution des repas)

De même, il est nécessaire de convenir avec elles, d'un moment dans la journée où la femme est le plus disponible pour recevoir les soins (toilette, examen de la sage-femme). La volonté de favoriser la relation mère-enfant est bien réelle, et clairement perçue par les femmes interrogées qui se sont, majoritairement, senties soutenues et sont tout à fait satisfaites de leur prise en charge au sein du CHU. Des améliorations sont toutefois encore possible, notamment en terme de transmissions inter services et de prise en charge individualisée.

L'objectif étant de faciliter au mieux la vie quotidienne de ces femmes, ainsi que leur information, de favoriser les contacts entre elles et leur enfant, et ainsi de contribuer au bon établissement de la relation mère-enfant.

# BIBLIOGRAPHIE

## BIOGRAPHIE

### LIVRES :

- (1) Freud Sigmund - Abrégé de psychanalyse - Vendôme - édition Presse universitaire de France - 1975 - 84p
- (2) Klein Mélanie - La psychanalyse de l'enfant - Vendôme - édition Presse universitaire de France - 1978 - 289p - pages 2 à 28
- (3) Lecannuet J.P, Granier .S, Deferre.C, Busnel M.C-Sensorialité fœtal, médecine périnatale - Paris - édition Flammarion - 1989 - 227p - pages 201 à 220
- (4) Marcelle.D - Abrégés de psychopathologie de l'enfant - Paris - édition Masson-1995-539 p - pages 2 à 157
- (5) Missonier S. - La consultation thérapeutique périnatale « un psychologue à la maternité » - Ramonville Saint-Agne-édition Eres - 2005 - 205p - pages 156 à 176
- (6) Spitz René A. - De la naissance à la parole - Paris - édition Presse universitaire de France - 1968 - 278p - pages 92 à 112
- (7) Winnicott D.W - Le bébé et sa mère - Paris - édition Payot - 1992 - 159p
- (8) Winnicott D.W - L'enfant et sa famille - Paris - édition La petite bibliothèque Payot - 1978 - 208 p - pages 9 à 113
- (9) Winnicott D.W - De la pédiatrie à la psychanalyse - Paris - Payot - 1983 - 369p

### ARTICLES :

- (10) Aubert B. - Les enjeux de la séparation mère-enfant - « cahiers de la puéricultrice » - 1996 - n°139 - p 57-63
- (11) Ch. Berlemont, J. Nivoix, S. Laurensou « Le peau à peau : des bienfaits attendus à la pratique quotidienne » - Service de néonatalogie du Centre Hospitalier de Meaux - article - 2001 - 3p
- (12) Cahier n°5 de l'AFREE- compétences du bébé, compétences des parents, compétences des professionnels - Nîmes - impression Flash Editot - 1993 - 191p
- (13) Sizun J, Ratynsky N, Gagnein A, De Pascau L - Evaluation de l'impact médical des soins de développement - issu des archives

**pédiatriques - Brest -édition scientifiques et médicales Elsevier SAS - 2002 - 129p - page 109 à 111**

- (14) Sizun J, Dobrynsky M, Ansquer H, Catelin C - Prise en charge de la douleur et du stress chez le nouveau-né en réanimation - Brest - édition scientifiques et médicales Elsevier SAS - 2002**
- (15) J Sizun, Ratynski N - Soins de développement, soins centrés sur la famille : nouveaux concepts, nouvelles pratiques en médecine néonatale « Le pédiatre », Tome XXXVI - 1998 - n°179 - page 7 à 10**

## **DOCUMENTS NON PUBLIES :**

### **ARTICLES**

- (16) « santé canada » - L'attachement du nourrisson - 18p**
- (17) Baud V, Chistol M-Facilitating contact between mother and child. A survey carried out in a neonatology service - gynecol.obst.puer pediater - 1989 - pages 40 à 44**
- (18) Gaud G, Lapilonne A, vachon H, claus O, Salle B L, Even short - term hospitalization in neonatology interferes with mother - child relation - Arch Pediatric - 1997 - p 1153 à 1154**
- (19) Lavollay B, Levy B, Bursztejn C - The developpement of the mother-child link after ealy separation.Expérience in a neonatology unit - Neuropsychiatric enfance adolescence - 1982 - page 34 à 35**
- (20) Hospitalized new born infant. Negative aspect of separation from the mother - Minerva Pediatric - 1977 - page 1805 à 1808**

### **MEMOIRES :**

- (21) Dubois Anne - « Instauration de la relation mère-enfant dans le post partum immédiat» - mémoire sage-femme - Rouen - 1992**
- (22) Haunorine Julie - « Quel accompagnement pour vivre au mieux la grande prématurité aujourd'hui ? » - mémoire sage-femme - Rouen - 2004**
- (23) Rimasson Sandrine - «Séparation dès la naissance de la mère et de son enfant né après 36 SA au PME » - mémoire sage- femme - Rouen - 1996**
- (24) Colmi Florence - « La puéricultrice de réanimation dans son rôle d'accompagnatrice vers l'attachement parents - enfant lors d'une naissance prématuré - projet professionnel - Rouen - 2001**

**ANNEXE I** : Grille d'items des entretiens des femmes non prévenues du transfert de leur enfant.

**ANNEXE II** : Grille d'items des entretiens des femmes prévenues du transfert de leur enfant.

**ANNEXE III** : Ajustement parental

**ANNEXE IV** : Echelle d'évaluation de la douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)

**ANNEXE V** : L'interaction précoce

- ✓ Difficultés rencontrées
  - liées au contexte médical
    - liées au personnel
    - liées au locaux
    - liées au matériel
  - liées à la relation mère enfant
    - bébé semble fragile
    - peur de la pathologie
    - peur de lui faire mal
    - peur de ne pas savoir s'occuper de lui
    - autres.....
    - .....

### L'hospitalisation de votre bébé

- ✓ Durée d'hospitalisation
- ✓ Fréquence par jour des visites en moyenne
  - A quelles occasions particulières aimiez vous lui rendre visite.
  - Vous a-t-on prévenu lors des phases d'éveil de votre bébé, pour les soins, le bain...
  - Avez-vous eu spontanément de ses nouvelles, de son évolution
  - Cohérence de ces nouvelles (identiques en néonatal/réa et dans le service de suites de couches ?)
  - Avez-vous pu présenter votre bébé à votre famille lorsqu'il était hospitalisé ?
- ✓ Compétences du nouveau-né, soins de développement.
- ✓ Soutien de l'équipe médicale
- ✓ Paroles/actions
  - blessantes
  - vous ayant aidées

### Retour de votre bébé auprès de vous

- ✓ Difficultés rencontrées
  - communication entre vous et votre bébé
  - difficultés « techniques »
  - ressenti (ambivalence ...)
- ✓ Propositions d'action

### ANNEXE III

#### Evaluation de l'ajustement parental

Non verbal	Verbal
Le parent répond au besoin de l'enfant après un délai ou à contre cœur.	Le parent ne parle pas au bébé ou ne fait pas attention à lui quand il lui parle.
Le parent fait de manière adéquate ce qui est acceptable, sans attention particulière à l'état émotionnel du bébé.	Le parent parle à l'enfant de manière détachée.
Le parent s'adapte efficacement au bébé.	Le parent parle à l'enfant avec chaleur et est disposé à l'écouter
Le parent stimule doucement l'enfant en contrôlant sa propre tension, ses propres inquiétudes ou exigences éducatives.	Le parent parle avec vigueur, exprimant ses propres préoccupations émotionnelles.
Le parent dirige l'enfant en s'opposant à ses états ou désirs.	Le parent donne des ordres, désapprouve ou critique.

## ANNEXE IV

### Echelle d'évaluation de l'inconfort et de la douleur du nouveau-né

	DATE	HEURE																				
<b>VISAGE</b>			<b>0</b> Visage détendu <b>1</b> Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton <b>2</b> Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées <b>3</b> Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé																			
<b>CORPS</b>			<b>0</b> Détendu <b>1</b> Agitation transitoire, assez souvent calme <b>2</b> Agitation fréquente mais retour au calme possible <b>3</b> Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé																			
<b>SOMMEIL</b>			<b>0</b> S'endort facilement, sommeil prolongé, calme <b>1</b> S'endort difficilement <b>2</b> Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité <b>3</b> Pas de sommeil																			
<b>RELATION</b>			<b>0</b> Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute <b>1</b> Appréhension passagère au moment du contact <b>2</b> Contact difficile, cri à la moindre stimulation <b>3</b> Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation																			
<b>RECONFORT</b>			<b>0</b> N'a pas besoin de réconfort <b>1</b> Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion <b>2</b> Se calme difficilement <b>3</b> Inconsolable. Sucction désespérée																			
<b>OBSERVATIONS</b>																						
<b>SCORES TOTAL</b>																						

DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, TRES F, MAGNY JF, BOUGUIN MA, DEHAN M. Sémiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pédiatr. 1994, 1, 1085-1092.  
 DEBILLON T., ZUPAN V., RAVAUULT N., MAGNY J.F., DEHAN M. Development and initial validation of the EDJN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Did Child Neonatal Ed 2001, 85 : F36-F41.

## ANNEXE V

### Les interactions précoces mères-bébés

-Deux partenaires actifs

-L'harmonie, la mutualité et la réciprocité sont fonction de différents facteurs liés à la fois à la mère et au bébé.

#### Mère

(Mais aussi père, fratrie ou autre partenaire)

-Disponibilité au moment de l'interaction

-Modalité de puériculture et des soins au bébé

-Etat psychologique actuel

-Personnalité

-Relation avec le bébé

Les interactions sont :

-comportementales : au niveau du corps, de la voix, des paroles et du regard.  
-affectives+++ : importance d'une « suffisante » harmonisation affectives.  
-imaginaires (conscientes) et fantasmatiques (inconscientes) : influence réciproque de la vie.

#### Bébé

-Vigilance, attention et disponibilité au moment de l'interaction.

-Réactivité personnelle aux sollicitations et aux stimuli du partenaire

-Etat psychologique actuel

-Caractéristiques naissantes de sa personnalité

-Relation avec le partenaire et modalités de son attachement à celui-ci