



HAL
open science

La puéricultrice au cœur du lien d'attachement parents-enfant lors d'une hospitalisation périnatale

Clémence Boucq, Anouck Charvet

► **To cite this version:**

Clémence Boucq, Anouck Charvet. La puéricultrice au cœur du lien d'attachement parents-enfant lors d'une hospitalisation périnatale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02070588

HAL Id: dumas-02070588

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02070588v1>

Submitted on 18 Mar 2019

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.

BOUCQ Clémence
CHARVET Anouck



Promotion puéricultrice 2018

Institut de formation en santé
Site Humanicité 2, Rue Théodore Monod
59160 LOMME

**La puéricultrice au cœur du lien d'attachement
parents-enfant lors d'une hospitalisation périnatale**

« Pour pouvoir se détacher, il faut s'être attaché »

Bertille SERGENT, Psychologue

Directrice de recherche : Mme Catherine LEFEBVRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
SITUATIONS DE DEPART	2
1. PREMIERE SITUATION D'APPEL	2
2. DEUXIEME SITUATION D'APPEL.....	4
3. ELABORATION DE NOTRE QUESTION DE DEPART.....	6
CADRE CONTEXTUEL	8
1. LE SERVICE DE NEONATALOGIE.....	8
2. LA PUERICULTRICE.....	10
3. LA REGLEMENTATION	11
4. LES INTERACTIONS AU SEIN DE LA TRIADE PERE, MERE, NOUVEAU-NE	12
CADRE CONCEPTUEL	14
1. LES REPRESENTATIONS SOCIALES.....	14
1.1 L'évolution des représentations sociales	14
1.2 Les représentations sociales parentales	15
1.3 Les représentations sociales de l'enfant par l'adulte	17
2. LA PARENTALITE	20
2.1 Définition	20
2.2 Désir d'enfant et désir de grossesse.....	21
2.3 Les remaniements psychiques pendant la grossesse.....	22
2.4 La mise en place de la parentalité	23
3. LE LIEN D'ATTACHEMENT.....	25
3.1. Définition	25
3.2 La figure d'attachement.....	26
3.3 La séparation néonatale	29
ENQUETE ET ANALYSE	31
1. LA PARENTALITE	33
1.1. Le lien	33
1.2 Les bénéfices et entraves au lien.....	35
1.3 Les représentations des parents.....	37
2. LA PLACE DE LA PUERICULTRICE	38
2.1. Au sein du service	38
2.2. Auprès des parents	40
2.3 Les ressentis	42
3. SYNTHESE DE L'ANALYSE.....	44
CONCLUSION	47

INTRODUCTION

Afin de clôturer notre année de formation puéricultrice, nous rédigeons un mémoire qui nous permet de réaliser un travail de recherche et d'approfondissement, et d'élargir nos connaissances sur un sujet choisi.

Notre binôme s'est formé au regard de notre thématique similaire. Nous nous sommes accordées sur le sujet suivant : le lien d'attachement parents-enfant dans le cadre de l'hospitalisation du nouveau-né en service de néonatalogie. En effet, au cours d'un de nos stages en tant qu'étudiante infirmière, la séparation entre un enfant et ses parents dès la naissance nous a toutes deux interpellées.

Par ailleurs, nous avons souhaité élargir la période durant laquelle le nouveau-né et ses parents pouvaient être séparés en ciblant la périnatalité.

Selon le dictionnaire LAROUSSE, la période périnatale est : « *la période s'étendant du début de la vingt-huitième semaine de gestation au septième jour après la naissance*¹ ».

Ainsi, ne pas nous focaliser sur l'éloignement dès l'accouchement, nous permet d'approfondir le rôle de la puéricultrice dans la construction du lien au sein de la triade père-mère-enfant à la naissance mais également dans le maintien d'une relation déjà établie dans les premiers jours de vie.

Dans chacune de nos situations constatées, la puéricultrice était présente. Nous avons réalisé que selon le contexte de la naissance et l'état de santé de l'enfant au cours de sa première semaine de vie, les parents et le nouveau-né sont parfois séparés. Il nous a donc semblé très intéressant de mener à bien ce travail de recherche afin que nous puissions adopter, en tant que future infirmière puéricultrice, une posture adéquate, et viser une prise en charge optimale.

Nous exposons donc quatre parties. Dans un premier temps, nous formulons notre question de départ suite à l'exposition de deux situations vécues par chacune de nous en stage. Dans un deuxième temps, nous inscrivons notre travail dans un contexte puis nous le conceptualisons.

Enfin, nous rapportons notre investigation effectuée sur le terrain, suivie de notre analyse confrontant les informations recueillies sur le terrain avec nos recherches théoriques.

¹ https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/périnatal_périnatale_périnatals/59565/locution

SITUATIONS DE DEPART

1. PREMIERE SITUATION D'APPEL

Ma situation d'appel se déroule durant mon stage de projet professionnel en pédiatrie générale/néonatalogie au sein d'un hôpital de province. Le service comprend quinze lits réservés à la pédiatrie, deux salles pour les urgences et les consultations programmées. Trois chambres mère-enfants et six lits pour les nouveau-nés sont mis à la disposition de la néonatalogie. Le taux d'occupation du service est variable selon les jours tant au niveau des soins que des consultations. Le temps de travail quotidien pour les infirmières est de 12h. Deux infirmières (puéricultrices ou non), un interne, un pédiatre et deux auxiliaires de puériculture sont affectés à ce service, et ce, tous les jours.

Le mardi 13 Juin 2017, je termine ma période de stage de dix semaines. La journée a été calme jusqu'à 16h puis la charge de travail s'est intensifiée suite à de nombreuses consultations d'urgence ayant abouti à l'hospitalisation de certains enfants. L'équipe fut informée qu'une jeune femme devait accoucher de jumeaux durant la journée.

17h30 : l'équipe de maternité nous appelle pour nous avertir de l'arrivée dans notre service des deux jumeaux nés à terme dans un contexte d'infection materno-fœtale. Nous préparons tout le matériel nécessaire pour les accueillir dans de bonnes conditions et mettons en route l'incubateur dans lequel les enfants seront couchés ensemble. Ils arrivent rapidement, au 5^{ème} étage, dans un berceau chauffant et en présence de leur père. L'accouchement s'est fait par césarienne, la mère était en hyperthermie à 39°C. Les jumeaux arrivent pâles, en hyperthermie également à 38,8°C. L'infirmière pose rapidement une voie veineuse périphérique (sur prescription médicale) à chaque enfant avec l'aide de sa collègue auxiliaire de puériculture. Une sonde thermique a été posée sur chaque nouveau-né pour surveiller la thermorégulation. Le pédiatre a prescrit le traitement antibiotique nécessaire, préparé alors dans les plus brefs délais, et posé par une seconde infirmière.

Durant cette prise en charge, le père était présent, sur le pas de la porte et attentif à chaque geste. Lorsque les soins, relatifs à l'urgence, ont été terminés, une des infirmières a expliqué la situation au père des enfants et lui a demandé le prénom de chacun d'eux. Or n'ayant pas revu

sa femme depuis l'accouchement, celui-ci était désespéré ; il a toutefois donné deux prénoms choisis pendant la grossesse puis est allé voir son épouse pour lui donner les nouvelles de leurs jumeaux, Paul et Lucas. La première rencontre entre la mère et les jumeaux n'a eu lieu que le lendemain en fin de matinée. Pour ce premier contact, la maman était accompagnée de sa sœur. Elle a pu établir un premier lien et toucher ses bébés à travers la couveuse. Prise d'un malaise, elle n'a pu rester que dix minutes avec eux. Ce n'est que le surlendemain de la naissance, au deuxième jour de vie, que Paul et Lucas ont pu être portés par leur maman, chacun leur tour, et ainsi avoir un contact prolongé grâce au peau-à-peau. Quelques informations concernant l'allaitement et les méthodes de change ont été transmises à la mère. Cette dernière a ensuite été contrainte de retourner en service de maternité pour bénéficier de ses soins. Nous étions dans l'attente de la libération d'une chambre mère-enfant pour permettre à la mère d'être aux côtés de ses enfants et ainsi de suivre les soins et l'évolution au quotidien.

Paul et Lucas ont ensuite été pris en charge par une infirmière et une auxiliaire de puériculture, qui avaient déjà suivi leur arrivée dans le service. Celles-ci ont alors établi un lien avec les nouveau-nés et leur ont apporté les soins de développement et les besoins relationnels nécessaires à cet âge lors des moments d'absence des parents, le père ayant repris son travail. Elles ont favorisé l'emballage, des temps de peau-à-peau et ont réalisé les soins dans le calme et selon le rythme de chaque enfant.

Cette attitude permet-elle d'aider l'enfant dans son développement affectif et psychomoteur ? Cela permet-il au nouveau-né de se sentir en sécurité affective ? Cette dernière question ne pourra trouver de réponse à court terme, nous sommes contraintes par le temps de notre formation.

Cette situation m'a interpellée et m'a poussée à m'interroger sur la place de l'infirmière puéricultrice lors de la séparation parents-enfant dès les premières minutes de vie et notamment l'éloignement mère-enfant.

Pour le nourrisson, quel est l'impact de cette séparation dès la naissance ? Le peu de contact entre l'enfant et sa mère dès la naissance peut-il avoir une incidence sur la prise en charge médicale et la motivation du nouveau-né à se battre ? Cette dernière interrogation ne pourra pas être abordée au sein de ce travail.

Etant donné ce manque de contact entre l'enfant et ses parents dès la naissance, quel ressenti a le nouveau-né face à une séparation précoce ? Celle-ci peut-elle influencer l'évolution de l'état

de santé de l'enfant au cours de l'hospitalisation ? En quoi la posture de l'infirmière puéricultrice est-elle importante dans la prise en charge du bébé en néonatalogie ?

Comment l'infirmière peut-elle adapter son attitude pour accompagner les parents séparés de leur nouveau-né ? Quels moyens pourraient être utilisés par la puéricultrice pour combler ce manque ?

Quel est le ressenti des parents face à cette séparation précoce ? Comment la puéricultrice doit-elle intervenir et gérer leurs angoisses ?

Enfin, le nouveau-né peut-il alors développer un attachement envers la puéricultrice au détriment de l'affection pour sa maman ?

2. DEUXIEME SITUATION D'APPEL

C'est au cours d'un stage de 3ème année à l'école d'infirmière, en néonatalogie de niveau 2B, que j'ai été confrontée à la situation que je vais présenter ci-après. Le service s'organise sur deux unités : les soins intensifs comprenant huit lits et les soins continus pouvant accueillir onze nourrissons et leur mère. Les infirmières puéricultrices sont amenées à travailler dans chacune des unités. Cet établissement est chargé de l'organisation de transfert de nourrisson entre différents hôpitaux de la région. Un poste de puéricultrice de jour est dédié à ces transferts.

Nous sommes le jeudi 16 mars 2017. Je suis en poste de 13h45 à 21h, en soins intensifs, avec deux autres puéricultrices. Aujourd'hui, trois enfants sont hospitalisés dans le service. Dans l'après-midi, nous recevons l'appel d'une clinique nous informant du transfert d'un nouveau-né : une petite fille, que je nommerai Alice, afin de respecter l'anonymat, née prématurément à 33 semaines d'aménorrhée par césarienne, pratiquée en urgence, suite à des convulsions sur une éclampsie chez-la maman de 41 ans. Cette dernière a été prise en charge de façon urgente dans la clinique la plus proche de son domicile. Elle était accompagnée de son mari. La clinique possède une maternité de niveau 1, sans service de néonatalogie.

Alice est née, il y a une heure. Sa maman était sous anesthésie générale au moment de la naissance et n'a pu voir sa fille. Au vu de la prématurité d'Alice, un transfert en service de néonatalogie de niveau 2B est décidé. La maman reste donc hospitalisée dans la clinique où elle a accouché tandis que sa fille est transférée dans notre hôpital. Le papa, resté à la clinique lors de l'intervention chirurgicale, accompagne son nouveau-né jusqu'à son transfert. Il semble

ému, perdu et ne sait quel comportement adopter auprès de sa fille. En effet, rien ne s'est passé comme il aurait pu l'imaginer. Il a vécu beaucoup d'évènements inattendus et angoissants en une seule journée : convulsions de sa femme, césarienne en urgence, naissance de sa fille avec quelques semaines d'avance, transfert dans un autre hôpital.

La maman d'Alice n'est pas encore réveillée lors de la décision du transfert de sa fille. Alice nécessite, en effet, une prise en charge adaptée à son âge gestationnel. Nous nous présentons au papa, qui a été informé de la situation. Nous lui proposons qu'il prenne sa fille dans ses bras. Il dit « ne pas oser ». Sans lui forcer la main, la puéricultrice porte l'enfant jusqu'au visage de son papa, afin que celui-ci l'embrasse, ce qu'il accepte volontiers. Puis, nous installons Alice dans l'incubateur de transfert, le père reste auprès de son épouse, attendant son réveil.

Alice est accueillie dans le service de l'hôpital. Quelques heures plus tard, son papa la rejoint. Il lui est permis de profiter de son enfant, et, ce, après que les soignants lui aient expliqué l'état de santé de sa fille, l'utilité du matériel environnant et les nécessités du service. Il profite de cette demi-heure pour créer un lien, lui parler. Nous l'invitons à parler de sa femme à sa fille, afin qu'Alice sache ce qu'il se passe, qu'elle se sente aimée dès le premier jour malgré la distance.

Les jours qui suivent, le papa est très présent auprès de sa fille et de sa femme, il partage ses journées en deux pour passer autant de temps avec l'une qu'avec l'autre, tout en donnant des nouvelles de sa fille à sa femme et inversement. Dès le premier jour d'hospitalisation d'Alice, l'équipe soignante demande au papa de ramener un foulard récemment porté par sa femme afin de le disposer dans l'incubateur d'Alice. Monsieur prend des photos de son enfant pour les montrer à sa femme.

Les jours suivants, la maman nécessite encore une prise en soin importante ; elle exprime, par l'intermédiaire de son mari, qu'elle souffre de cette distance. Les photos ne lui suffisent pas. L'équipe l'informe qu'elle peut téléphoner dans le service à toute heure du jour ou de la nuit ; nous recevons donc plusieurs appels par jour. A plusieurs reprises, elle nous fait part de son désir de voir sa fille.

La demande étant formulée auprès des deux équipes de soins, une permission de la maman est envisagée. Elle pourra quitter la clinique le temps de quelques heures, afin de retrouver sa fille.

Cette situation m'a interpellée ainsi que d'autres professionnels du service, et m'a permis de construire un questionnement : Quel est le lien qui relie la maman à sa fille alors qu'elle ne l'a pas encore vu ? Quels sont les impacts physiques et émotionnels de cette séparation pour l'enfant, comme pour la mère ? Quel lien créer entre les deux structures pour permettre à la mère de retrouver sa fille ? En quoi les moyens tels que les photos ou le foulard permettent de maintenir le lien mère-enfant ? Quel est l'importance de la place du père dans la situation ? Quel lien le père crée-t-il avec sa fille ? Est-ce un lien nouveau depuis la naissance ou est-il présent depuis la grossesse ? Qu'est-ce que renvoie cette situation aux soignants ? Quelle prise en charge adopter en tant que puéricultrice ?

3. ELABORATION DE NOTRE QUESTION DE DEPART

Chacune des situations met en avant la séparation entre la mère et l'enfant au moment de la naissance. La mise en commun nous amène à un questionnement.

En quoi la mère et son enfant sont-ils liés pendant la grossesse et à la naissance ?

En quoi la séparation de la mère et de son enfant peut-elle avoir des conséquences sur ce lien ?

L'hospitalisation dans deux services de soin différents majore-t-elle ces conséquences ?

Quels sont les ressentis de l'enfant et de la mère par rapport à ces situations ?

Qu'en est-il du père ? La grossesse privilégie-t-elle le lien mère-enfant par rapport au lien père-enfant ? Ressent-il les mêmes besoins que la mère au moment de la naissance ou lors d'une séparation de son enfant ?

Les conditions de naissance, imprévisibles, influencent-elles la relation parents-enfant dans les premières heures de vie ?

En quoi la présence du père peut-elle être bénéfique dans le lien mère-enfant ?

Le contact physique est-il indispensable dans la création et/ou le maintien d'un lien ?

Quelle place occupe la puéricultrice dans la relation parents-enfant ?

Quelle juste distance la puéricultrice doit-elle adopter avec l'enfant tout en favorisant le lien avec ses parents quand ces derniers sont absents ?

Au regard de notre questionnement, la notion du lien parents-enfant prédomine.

Nous sommes donc amenées à élaborer notre question de départ. Chacune de nos situations se déroule au moment de l'accouchement, et nécessite un transfert de l'enfant au sein d'un service de néonatalogie. Chacun des parents occupe une place importante dans ce contexte,

ce qui a suscité notre attention quant aux interactions père-mère-nouveau-né. En tant que futures professionnelles, nous cherchons à réfléchir sur la place de la puéricultrice dans ces circonstances.

Question de départ :

En quoi la puéricultrice intervient-elle dans le lien parents-enfant, en période périnatale, dans le cadre d'un transfert en service de néonatalogie du nouveau-né ?

De cette question de départ, nous émettons trois hypothèses provisoires :

- Les représentations sociales auxquelles les parents s'identifient au cours du processus de parentalité, peuvent modifier la relation parent-enfant dans le cadre de l'hospitalisation du nouveau-né.
- La séparation néonatale influence les interactions entre le nouveau-né et ses parents.
- La puéricultrice favorise les interventions des parents dans la prise en soin du nouveau-né, permettant le maintien d'un lien dans la triade mère-père-nouveau-né.

1. LE SERVICE DE NEONATALOGIE

La néonatalogie est une branche de la médecine qui se consacre aux soins et à la prise en charge globale du nouveau-né jusqu'à son vingt-huitième jour de vie. Cette spécialité est dispensée par un néonatalogue ou un pédiatre. Les soins sont délivrés par des infirmières puéricultrices qui travaillent dans certains services en collaboration avec des auxiliaires de puériculture².

Les services de néonatalogie sont classés par types de soins ; il n'y a pas de texte qui réglemente de façon précise l'âge gestationnel et le poids de naissance de l'enfant lui permettant de recevoir des soins dans tel ou tel service. Les décrets de 1998, relatifs aux « *conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale* », complétés par l'arrêté de 2000 concernant les locaux « *aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale* » régissent l'exercice des professionnels en néonatalogie³.

Il existe quatre types de services qui sont nécessairement rattachés à une maternité :

- Le type 1, correspondant à la maternité, accueille les enfants nés prématurément à partir de trente-six semaines d'aménorrhées et d'un poids de naissance de 2000g.
- Le type 2A, composé de lits de néonatalogie, accueille les nouveau-nés prématurés de plus de trente-quatre semaines d'aménorrhées et d'un poids de naissance supérieur à 1600g. Elle dispose également d'une unité kangourou dans le service de maternité, permettant la prise en charge des enfants de plus de 34 semaines d'aménorrhées atteints d'une pathologie bénigne, afin d'éviter une séparation mère-enfant.
- Le type 2B, composé de lits de soins intensifs, accueille des prématurés de plus de trente-deux semaines d'aménorrhées avec un poids de naissance de plus de 1200g.

² <http://www.cnrtl.fr/definition/n%C3%A9onatalogie>

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id>

- Le type 3, équipé de lits de réanimation néonatale, accueille des enfants naissants à moins de trente-deux semaines d'aménorrhées et avec un poids de naissance inférieur à 1200g. Ce service peut également accueillir des enfants atteints de pathologie grave⁴.

L'Organisation Mondiale de la Santé fixe une limite réglementaire : un enfant qui naît à l'âge gestationnel de vingt-deux semaines d'aménorrhées et avec un poids de naissance de 500g peut être déclaré vivant et viable.

En France, en pratique, aucune réanimation n'est effectuée au-dessous de vingt-trois/vingt-quatre semaines d'aménorrhées. Actuellement, cette question de réanimation est remise en cause, des études en cours montreraient que plus l'enfant naît prématurément plus le risque de séquelles à long terme serait important⁵.

Les services de néonatalogie évoluent de façon très régulière. Actuellement la politique de soin se concentre sur une prise en charge personnalisée ; le but est d'assurer un développement harmonieux de l'enfant, critère tout aussi primordial que les traitements médicaux. Les soins ne sont pas uniquement le résultat de prescriptions médicales isolées, mais plutôt le résultat d'une concertation de l'équipe afin d'évaluer les bénéfices pour l'enfant tout en mesurant les risques.

Lors d'un séjour en néonatalogie, l'enfant met tous ses sens en éveil, c'est la raison pour laquelle il est important d'être attentif à la façon dont nous travaillons pour éviter au maximum les sur-stimulations. En effet, les équipes accordent aujourd'hui beaucoup d'importance à l'implication des parents dans les soins et au respect du rythme de l'enfant.

La douleur et l'inconfort du prématuré sont également considérés dans la prise en charge actuelle et doivent être éliminés, tout au moins limités.

Pour favoriser le bien-être du prématuré, le soignant doit parler doucement et travailler dans le calme afin de limiter les nuisances sonores. Il en est de même pour les nuisances visuelles, il est important pour l'enfant d'être installé dans une pièce peu éclairée.

L'implication des parents dans le soin peut passer par le toucher, ils peuvent donner le bain à leur enfant s'ils le souhaitent. Leur présence peut être perçue à travers l'odorat, la mère peut laisser un tissu (foulard ou autre) imprégné de son odeur dans le berceau ou l'incubateur de son enfant.

⁴ <http://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/20110900-rsn-type-de-soins-neonat-1.pdf>

⁵ Pierre-Henri JARREAU, « Néonatalogie et réanimation », *Laennec*, Tome 57, 2009, p.8.

Des études ont montré qu'une fois ces actions mises en place, le temps d'hospitalisation pouvait être diminué. De la même manière, les développements psychomoteur et comportemental semblent meilleurs sur le long terme⁶.

2. LA PUERICULTRICE

Selon le Guide de la puéricultrice⁷, l'infirmière puéricultrice a comme rôle de « *prendre soin des enfants pour maintenir, restaurer et promouvoir la santé, le développement, l'éveil, l'autonomie et la socialisation* ».

« Les activités de l'infirmière puéricultrice concourent à l'accompagnement de la fonction parentale et participent, dans le cadre de projets de soins et de projets éducatifs pluri-professionnels à la protection des enfants, à leur intégration dans la société, à la lutte contre l'exclusion ».

La puéricultrice est une infirmière spécialisée qui prend en charge des enfants de la naissance à l'adolescence tant sur le plan clinique individuel à travers son expertise que sur le plan de la santé dans la famille. Elle veille aussi à la bonne santé psychique de l'enfant.

Tout soin apporté prend en compte l'avis de l'enfant, des parents et des personnes ressources autres que les parents tels que les tuteurs légaux.

D'après ce même ouvrage, son champ d'activité concerne « *les soins de confort, la mise en œuvre de thérapeutiques, le dépistage, la prévention et l'éducation qui sont adaptés à l'âge et au développement moteur, psychoaffectif et cognitif ainsi qu'à l'autonomie de l'enfant. Les activités sont de nature préventive, curative et éducative* ».

Les compétences de la puéricultrice lui sont spécifiques afin qu'elle puisse « *analyser les demandes de la population, évaluer les situations à risque et prendre en compte les situations complexes et singulières que sont celles des nouveau-nés, des enfants et des adolescents* ».

⁶ <http://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/20110900-rsn-type-de-soins-neonat-1.pdf>

⁷ Sébastien COLSON, Jacqueline GASSIER, Colette DE SAINT-SAUVEUR, Le guide de la puéricultrice, Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence, Elsevier Masson, 2016, p.4

Les lieux d'exercice de la puéricultrice sont variés. Elle peut travailler au sein d'établissement d'accueil de jeunes enfants, d'établissements de santé accueillant des enfants et dans les services de protection et de promotion de la santé de l'enfant et de la famille telle que la PMI. Elle peut également exercer en libéral.

3. LA REGLEMENTATION

La puéricultrice étant une spécialisation de la profession d'infirmière, les textes de lois sont identiques. Les articles présentés ci-dessous sont issus du décret 2004-802 du 29 Juillet 2004 du Code de la Santé Publique⁸.

L'article R-4311-1 du Code de la Santé Publique, explique l'exercice de notre profession : « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif* ».

Quant à l'article R-4311-5 du Code de la Santé Publique, il définit le rôle propre de l'infirmière que la puéricultrice doit exercer : « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* ».

L'articles R-4311-13 du Code de la Santé publique, présente les actes et activités que la puéricultrice peut effectuer : « *Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux-ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'état de la puéricultrice* :

- *Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie*
- *Surveillance du régime alimentaire du nourrisson*

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr>

- *Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps*
- *Soins du nouveau-né en réanimation*
- *Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie ».*

4. LES INTERACTIONS AU SEIN DE LA TRIADE PERE, MERE, NOUVEAU-NE

Dans une étude menée en 2002 et publiée en 2003 dans la revue La psychiatrie de l'enfant⁹, les psychiatres affirment que la qualité du contact initial entre les parents et le bébé est un facteur de protection contre les psychopathologies infantiles : « *La relation initiale se construit de l'affection et de l'attention* ».

D'après ce même article, Tomas BERRY BRAZELTON, pédiatre américain, évoque, en 1994, la présence de processus interactifs entre les parents et l'enfant. Ces processus seraient variables d'un enfant à un autre car chacun répond de manière individuelle à chaque interaction, quel qu'elle soit. Un enfant peut être plus stimulé par les voix de ses parents alors que d'autres seront plus sensibles au regard, aux odeurs ou encore au toucher. Chaque nouvelle stimulation doit nécessiter l'attention du nouveau-né pour qu'il puisse en associer un moment de la journée, une personne, etc. C'est cette assimilation qui permettra à l'enfant de donner du sens à chaque geste, parole ou expression faciale reçus. C'est ainsi que commence l'apprentissage. Dès les premières semaines, le bébé passe par des échanges affectifs qui lui permettent une progression motrice. L'affection, des gestes et des paroles, apportée à l'enfant lui permet progressivement de prendre conscience de sa propre personne.

Cette étude a également montré que les interactions de qualité se multiplient lorsqu'il y a un climat d'émotions positives autour de l'enfant. Il semblerait que lorsqu'il y a des conflits parentaux au moment de la naissance, les interactions s'installeraient moins rapidement.

De plus, dans la revue Attention visuelle et interaction mère/bébé de Carla BRUNSTEIN¹⁰, cette dernière avance que l'observation de la mère pour son enfant est essentielle pour créer une relation car elle pourra répondre aux besoins sensoriels de son bébé

⁹ Nicolas FAVEZ, « Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant », *Devenir*, n°4, 2011, p.359.

¹⁰ Carla BRUNSTEIN, Maria LUCIA TIELLET NUNES, « Attention visuelle et interaction mère/bébé : signaux précoces de la capacité à voir le monde », *La psychiatrie de l'enfant*, n°2, 2003, p.549.

et ainsi favoriser son développement. De plus, dans ce même article, l'auteur nous parle de Bernard GOSLE qui souligne que l'attention visuelle entre la mère et le bébé favorise l'apprentissage du langage.

Toutes ces interactions sensorielles permettent au bébé d'acquérir la conscience de lui-même grâce à la relation affective instaurée par les parents.

Carole Muller Nix, dans son article Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant¹¹, questionne le cas de la prématurité. Elle pense que dans cette situation, la mère est privée des interactions précoces, ce qui peut par la suite influencer sur la relation et la formation d'un attachement. Selon les études, l'enfant prématuré serait « *moins attentif et actif que le nouveau-né à terme* ». A contrario, les mères sembleraient « *plus actives et stimulantes, voire intrusives* ». Ce décalage de comportement pourrait, en ce sens, être à l'origine des difficultés de communications entre les parents et le nouveau-né.

Dans ce même article, l'auteur nous parle de Serge LÉBOVICI (psychiatre et psychanalyste) et de Martine LAMOUR (psychiatre) qui indiquent que les représentations parentales pourraient influencer sur la qualité des interactions.

¹¹ Carole MULLER NIX, « Prématurité, vécu parental et relations parents/enfants : éléments cliniques et données de recherche », *La psychiatrie de l'enfant*, Volume 52, 2009, p.423.

1. LES REPRESENTATIONS SOCIALES

1.1 L'évolution des représentations sociales

Selon Pierre MANNONI, docteur en psychologie, « *représenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet. Celui-ci peut être aussi bien une personne, une chose, un évènement matériel, psychique ou social... Il peut être aussi bien réel qu'imaginaire ou mythique, mais il est toujours requis. Il n'y a pas de représentations sans objet*¹² ».

Par ailleurs, les représentations sociales varient selon les capacités cognitives, l'inscription socio-culturelle et l'histoire personnelle de chaque individu. La société ainsi que le milieu dans lequel évolue l'enfant oriente la représentation que la personne aura de l'objet.

En effet, c'est au cours de la petite enfance que se forment les premières représentations. La personnalité ainsi que l'image de soi orientent la pensée qui évolue tout au long de la vie au cours des différentes étapes de la croissance de l'enfant et de son entrée dans différentes catégories selon son âge.

Selon Denise JODELET¹³, la représentation sociale « *est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social*¹⁴ ». En effet, chaque individu faisant partie d'un groupe, d'une collectivité, d'une société, partagent la même façon de percevoir et de se représenter un même objet.

Pour Jean PIAGET, psychologue, la représentation trouve son origine dans la continuité du développement sensori-moteur dont l'objectif est l'élaboration des relations avec le monde extérieur. Selon lui, « *la représentation reste un processus indépendant de toute influence du milieu, en conséquence le contenu social des représentations n'intervient que comme un acquis*

¹² Pierre MANNONI, Que sais-je ? Les représentations sociales, Presses universitaires de France, 3^{ème} édition, Mai 2003, p.57

¹³ Denise JODELET, docteur d'état, directeur adjoint du laboratoire de la psychologie sociale. Elle est spécialiste de l'étude de représentations sociales.

¹⁴ Pierre MANNONI, op. cit., p.89

*tardif*¹⁵ ». Pour ce psychologue, l'influence de la catégorie sociale n'interviendrait que plus tard dans le développement de l'enfant, une fois que la conscience de soi et de l'objet se distinguent.

Pour Philippe MALRIEU, philosophe, l'évolution de la personnalité de l'individu a un impact sur les représentations de ce dernier. Il les définit comme « *des réseaux de relations, établis par un sujet socialement situé... entre des éléments, des situations, qui intéressent son vécu*¹⁶ ». Pour lui, la représentation sociale donne un sens aux actions du sujet.

Ainsi, durant l'enfance, la représentation est un mécanisme très important. Elle permet l'évolution d'un point de vue cognitif, social et relationnel afin que l'enfant puisse interpréter ses découvertes en leur donnant un sens. Elle est influencée par l'environnement dans lequel il grandit et les différentes représentations reçues de son entourage, mais plus particulièrement de ses parents.

1.2 Les représentations sociales parentales

La conception de l'enfant provoque dans le couple une période de crise identitaire et de maturation psychologique. En effet, l'adulte passe du statut d'enfant (au regard de ses parents) au statut de parent, ainsi une nouvelle génération naît.

Plusieurs auteurs ont mis l'accent sur les remaniements physiques et psychiques que provoque la grossesse notamment chez la femme. En effet, selon Benoît BAYLE¹⁷, G.L BIBRING parle de crise de maturation tandis que Dinora PINES insiste sur l'importance de la maternité dans la construction de l'identité féminine.

Du côté de la mère, la représentation de son enfant débute dès la grossesse et se poursuit après la naissance, influencée par la relation qu'elle aura avec le nouveau-né.

Pour l'homme, il devient père par le fait que sa femme le désigne comme tel. En revanche, il ne le deviendra réellement qu'une fois que l'enfant sera né et qu'il l'aura « *adopté* ».

¹⁵ Marie-Josée CHOMBART DE LAUWE, Nelly FEUERHAHN, La représentation sociale dans le domaine de l'enfance, Presses universitaires de France, 2003, p.342.

¹⁶ *Ibid.*, p.342.

¹⁷ Benoît BAYLE, L'enfant à naître, Contribution de l'étude psychologique de la grossesse, Eres, 2005, p. 305.

En outre, le regard porté par la femme sur sa maternité est influencé par la société dans laquelle elle évolue mais également par sa propre culture. En effet, la révolution industrielle a profondément changé la société sur diverses dimensions et notamment la dimension culturelle. Auparavant, la femme avait des droits restreints ; elle devait rester à la maison en tant que ménagère. A partir du XIX^{ème} siècle, elle commence à travailler et trouve une nouvelle identité au sein de la famille.

La femme a donc sa propre représentation de l'image de la mère mais également de celle de la famille et de sa place au sein de cette dernière. L'identification à sa propre enfance l'oriente dans ses choix et son imagination, notamment par rapport à la relation qu'elle souhaite avoir avec son enfant. Cette représentation élaborée durant la grossesse permet de prédire la qualité de l'attachement à l'enfant ; elle est propre à chaque femme.

Les représentations maternelles pendant la grossesse varient. Tout d'abord d'un point de vue clinique, la dimension fantasmatique est mise en avant sur l'enfant à naître et sur le lien que la mère souhaite avoir avec son bébé. Celle-ci est influencée par la transmission intergénérationnelle des modèles au sein de la famille.

Ensuite, d'un point de vue développemental, les représentations du développement et de l'éducation de l'enfant sont issues des croyances, idées, connaissances et attitudes des parents. Les actions menées seront liées aux idées reçues.

Enfin, l'éducation de l'enfant en France est fortement influencée par la culture des parents. *« Cet impact culturel semble toutefois s'enraciner dans l'histoire personnelle du parent qui apporte non pas une définition mais une certaine représentation de ce qu'est un enfant, de comment il se développe et de jusqu'où il pourra être aidé pour atteindre ses objectifs dans la vie¹⁸ ».*

Ces représentations permettent à la mère de s'imaginer la façon dont elle va s'occuper de son enfant, on parle alors de représentations mentales du « *caregiving* ». Elle imagine la façon dont il va se comporter, à quoi il va ressembler selon son ressenti et les représentations de la société. Ces représentations évoluent durant toute la grossesse mais également en post-partum. Parfois, quand les représentations sont très présentes, la mère peut ressentir une certaine déception à la naissance, le nouveau-né se révélant être très différent de l'image qu'elle s'en était faite.

¹⁸ E. DEVOUCHE, G. APTER, « Les représentations maternelles prénatales », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, volume 60, Octobre/Novembre 2012, p.482.

1.3 Les représentations sociales de l'enfant par l'adulte

La vision de l'enfant qu'a la société a fortement évoluée. En effet, les modèles ont changé au cours de l'histoire, ils ne sont plus les mêmes entre les siècles passés et aujourd'hui. Ce n'est qu'à partir du XVIIIème siècle que l'enfant prend une réelle place au sein de la famille, qu'il est l'objet d'attention et d'affection. Autrefois, l'enfant était considéré comme le fruit de l'union d'un couple, le passage à une nouvelle génération qui se manifestait par la transmission des prénoms entre les grands-parents et les petits-enfants. Il représentait la réincarnation des ancêtres et était privé d'autonomie. C'est à partir du XVème siècle et surtout du XVIIIème siècle que l'image de l'enfant change réellement pour devenir un sujet à part entière et non plus comme la perpétuation d'une lignée. Désormais, les parents se soucient de la bonne santé et de la croissance de leur enfant ; la notion de protection de ce petit individu apparaît. Puis en 1924, la Société des Nations accepte la création des « *Droits de l'Enfant* » et en 1959, cette dernière est revue et une seconde Déclaration des Droits de l'Enfant est établie. L'idée qui en ressort est que « *l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleure*¹⁹ » et que l'enfant est une personne à part entière.

Désormais, les parents se soucient de la bonne santé et de la croissance de leur enfant ; la notion de protection de petit individu apparaît.

Dans la société actuelle, les images d'enfants sont souvent utilisées par les magazines, les affiches publicitaires... ; dans les publicités, l'enfant est idéalisé. Les adultes ont alors différentes représentations des futurs enfants. Certains l'imaginent comme celui sur qui l'avenir de la société repose, d'autres comme une source d'investissement et d'intérêt pour les parents (prime, achat d'appareils électroniques...). L'enfant est désormais l'objet d'attention permanente.

Le futur bébé est donc très vite imaginé avant même que la femme ne soit enceinte. Les parents idéalisent leur future parentalité et au cours de la grossesse cette imagination s'accroît.

En effet, selon la revue Spirale²⁰, Michel SOULE, psychanalyste et professeur de pédopsychiatrie, parle de bébé imaginé par les parents mais également fantasmé par eux depuis leur plus jeune âge. Ils le perçoivent comme un futur individu parfait.

¹⁹ Déclaration des Droits de l'Enfant du 20 novembre 1959

²⁰ Micheline BLAZY, « bébé virtuel, les parents, la grossesse et l'obstétricien », *spirale*, n°60, 2011, p.51.

Françoise DOLTO²¹ parle, elle, « *d'enfant du cœur* » pour désigner le bébé imaginé et « *d'enfant du ventre* » pour le bébé réel, celui auquel les parents sont confrontés à la naissance et qui peut différer du bébé idéalisé.

Il n'y a pas si longtemps, seulement quelques décennies, les parents découvraient leur enfant à la naissance. C'était à cet instant uniquement que l'on repérait les éventuelles malformations. Désormais, le concept de bébé virtuel est apparu avec l'avancée de la technologie. En effet, l'échographie et le diagnostic anténatal permettent aux parents de se faire une idée plus poussée sur le devenir de leur bébé.

Durant la grossesse, différentes représentations du futur enfant apparaissent. Dans son article, Benoît BAYLE²² fait référence à Serge LÉBOVICI, psychiatre, qui décrit quatre sortes de bébés imaginés par les parents.

- L'enfant imaginaire qui est le résultat d'un désir de grossesse. Les parents imaginent le futur bébé dont ils rêvent, sa destinée ainsi que sa naissance.
- L'enfant fantasmatique qui est le résultat d'un désir d'enfant. Cette imagination s'est constituée tout au long de l'histoire personnelle de la maman notamment, depuis son plus jeune âge.
- L'enfant mythique qui est chargé de l'empreinte culturelle de ses parents. La représentation de la grossesse ainsi que les soins qui lui seront dispensés sont sous l'influence de cette culture parentale.
- L'enfant narcissique que les parents investissent de manière égoïste et qui contribue à la subjectivation. Cette enfant ne doit pas décevoir car il est porteur du mandat transgénérationnel.

A la naissance, ces quatre enfants imaginés par les parents durant la grossesse ne feront qu'un avec l'enfant réel.

Sylvain MISSONIER, psychologue, dans son article intitulé L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel²³ nous fait part d'une réflexion sur l'enfant virtuel pour lequel la mère s'investit fortement au cours de la grossesse et sur l'enfant du dehors, enfant réel pour lequel elle s'investira de manière différente et plus tardive.

²¹ Françoise DOLTO : pédiatre et psychanalyste française qui s'est consacrée à la psychanalyse des enfants

²² Benoît BAYLE, « Contribution à l'étude psychologique de la grossesse », *L'enfant à naître*, 2005, p. 318.

²³ Sylvain MISSONIER, Bernard GOLSE, Michel SOULE, « La grossesse », *Enfances et Psy*, n°27, 2005, p. 131.

Par ailleurs, divers auteurs insistent sur l'influence exercée par l'enfant imaginaire sur les interactions parents-enfant et notamment mère-enfant. Plusieurs représentations que se forge la mère durant la grossesse auraient un impact sur la future relation avec son bébé. Certaines concernent la femme, en tant que tel, par la réactivation psychique de sa relation avec sa propre mère. Elles influencent la construction de sa propre image maternelle au regard de sa propre histoire. D'autres portent sur le futur bébé et jouent un rôle dans l'établissement d'un premier lien anténatal des parents à l'enfant.

Selon la revue L'enfant à naître²⁴, Michel SOULE met également l'accent sur le lien entre l'enfant imaginé et la relation qui sera établie à la naissance. Pour le psychanalyste, « *l'enfant imaginaire est incestueux, omnipotent, investi de toutes les qualités et de tous les pouvoirs, réalisant la mégalomanie infantile de la mère toute-puissante* ». Le fondement de la représentation de l'enfant à naître repose majoritairement sur la façon dont la femme se représente en tant que mère.

Au cours de l'évolution de la société, l'enfant s'est vu reconnaître une place importante au sein de la famille. Il est devenu un individu à part entière qui suscite une plus grande attention de la part des parents. La société actuelle mais également l'histoire personnelle de chaque adulte influencent les représentations parentales sur leur futur enfant. Ces dernières jouent un rôle dans l'établissement d'un lien parent-enfant anténatal et se poursuit à la naissance lors de la rencontre avec l'enfant présent réellement. Ces représentations interviennent dans le processus de parentalité, abordé ci-dessous.

²⁴ Benoît BAYLE, « Contribution à l'étude psychologique de la grossesse », *L'enfant à naître*, 2005, p.316

2. LA PARENTALITE

2.1 Définition

La parentalité est un terme qui prend place dans la langue française au début des années 1960 au sein du champ psychiatrique et psychanalytique. Martine LAMOURE, la définit en 1998 comme « *l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective et la vie psychique*²⁵ ». En 2004, cette définition est résumée en « *ensemble des processus de maturation psychique propres à la fonction parentale*²⁶ ». En 2007, Catherine SELLENET, professeur des universités en sciences de l'éducation, la précise en ajoutant que c'est « *un processus qui se prépare inconsciemment depuis l'enfance, qui est activé à l'adolescence sous l'influence de facteurs physiologiques, et qui est actualisé lors de la naissance des enfants*²⁷ ». Ainsi, la parentalité désigne l'aptitude à être parent, et ce, en dehors de tout lien de filiation génétique.

Dans les années 1970, la sociologie s'intéresse à la parentalité sans faire de lien avec le concept décrit par les psychanalystes, elle en fait une traduction du terme anglais « *parenthood* ». En ce sens, ce serait une dérivation de l'adjectif anglophone « *parental* », utilisé pour désigner les nouvelles formes de structures et de vie familiale.²⁸

Par ailleurs, selon la revue Cahiers de la puéricultrice²⁹, le Haut Conseil de la Population et de la Famille (HCPF) complète son rapport sociologique avec trois approches :

- L'évolution de la notion juridique de l'autorité parentale en France
- L'analyse de la disponibilité parentale
- Le vécu psychologique de la parentalité.

Au niveau juridique, le terme de parentalité occupe peu de place. Le droit civil reconnaît le concept de parenté et non celui de parentalité. Il est parfois employé pour évoquer la fonction parentale par exemple dans le contexte de l'autorité parentale et des droits des parents.

²⁵ Martine LAMOUR et Marthe BARROCO, souffrance autour du berceau – Des émotions au soin, Gaëtan Morin, 1998, p.26

²⁶ Béatrice LAMBOY, « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? », *Devenir*, volume 21, 2009, p. 31.

²⁷ Catherine SELLENET, « Essai de conceptualisation du terme parentalité » p.2

²⁸ Béatrice LAMBOY, « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? », *Devenir*, volume 21, 2009, p. 31.

²⁹ Lucie CARITOUX, « La parentalité, une notion en devenir », *Cahiers de la puéricultrice*, n°226, Avril 2009, p. 10.

La parentalité est également associée à la fonction parentale dans le champ de l'action politique et sociale. Ce serait ici un terme spécifique du vocabulaire médico-psycho-social, désignant de façon large « *la fonction d'être parents en y incluant à la fois les responsabilités juridiques, telles que la loi les définit, des responsabilités morales, telles que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives*³⁰ ».

Du point de vue psycho-éducatif, la parentalité fait appel aux différentes pratiques parentales, elle inclue donc l'éducation d'un enfant et les soins qui lui sont procurés.

En 2006, le Conseil de l'Europe ajoute à la définition l'importance de la relation parents-enfants dans l'épanouissement de l'enfant. Il souligne aussi l'existence de droit et de devoir dans la relation.

Aujourd'hui, les pratiques de la parentalité sont remises en question. La société exerce une pression pour que les parents développent un savoir-faire psycho-affectif. Les parents exercent auprès de leur enfant la parentalité qu'ils souhaitent, c'est quelque chose qui leur appartient. En ce sens, nous pouvons admettre que chaque parentalité est unique le plus souvent, elle reste cependant homogène au sein d'une même famille.³¹

Par ailleurs, l'ère actuelle amène à évoquer de « *nouvelles parentalités* » telles que la monoparentalité, l'homoparentalité mais aussi les personnes responsables de l'enfant au quotidien tels que les beaux-parents dans le cas d'une famille recomposée.

2.2 Désir d'enfant et désir de grossesse

Le désir d'enfant qui anime des parents renvoie à deux composantes : l'une consciente et l'autre inconsciente. En ce qui concerne la conscience, désirer un enfant implique de se situer en tant que parents, comme ceux qui nous ont précédés ; Il s'agit dans ce cas d'assurer une descendance, de transmettre un peu de soi-même, de sa personnalité. Quant à l'inconscient, les significations semblent méconnues de ceux qui les expriment. Monique BYDLOWSKI souligne que toute femme a un jour désiré enfanter. L'enfant serait alors vu comme « *celui qui peut tout accomplir, tout réparer, tout combler*³² ». Ce désir d'enfant s'inscrirait alors à la fois dans une dimension narcissique mais aussi œdipienne.

³⁰ Béatrice LAMBOY, op. cit., p.31

³¹ Dominique. DUMONT et Florence RENARD, « Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ? », Université Catholique de Louvain, Louvain, Belgique, 17 pages.

³² Monique BYDLOWSKI, « La crise parentale de la première naissance », *Informations sociales*, n°132, 2006, p.67.

Au sein de notre société actuelle, les femmes travaillent et leur avenir familial imaginé peut être modifié par leur carrière professionnelle. L'enfantement est de ce fait également retardé. Depuis les années 90, les femmes doivent exercer une activité par rapport à leur représentation de la famille, souvent reproduite par identification à leur propre mère. Il parle ici d'un conflit entre les nouvelles identifications et le retour aux « *images classiques* ». Dans la revue Psychothérapie³³, d'après la psychanalyste Judith KESTENBERG, le désir d'enfant serait présent très tôt dans la vie. Elle expose, en 1956, sa théorie comme quoi l'enfant, fille ou garçon, de deux à quatre ans, ressentirait le désir d'un bébé afin de ressembler à sa mère. On peut le percevoir dans sa préoccupation à jouer à la poupée.

Selon la psychologue Fanny DELOBELLE³⁴, au désir d'enfant, nous pouvons associer ou parfois dissocier le désir de grossesse. Il arrive que le projet de vouloir être enceinte se fonde inconsciemment. Le désir de grossesse est là, mais l'enfant n'est pas désiré. Dans cette situation, la femme cherche à éprouver un sentiment de plénitude, ou encore à vérifier le bon fonctionnement physiologique de ses capacités reproductrices.

2.3 Les remaniements psychiques pendant la grossesse

La grossesse d'une femme est un processus mouvementé, tant au niveau physiologique qu'émotionnel. Elle provoque souvent un certain stress, ce dernier étant démultiplié quand il s'agit d'une première grossesse. Pour la femme primipare, la grossesse confirme son identité féminine ainsi que sa capacité de reproduction.

La période de gestation est ponctuée d'intenses mutations intrapsychiques, liées au fait de devenir mère. Fanny DELOBELLE³⁵, psychologue, nous fait part des propos de Dinora PINES, médecin psychanalyste, qui parle de « *crise développementale de la psyché féminine* » ; elle pense que la femme enceinte est dans la recherche de son identité féminine. Cette crise développementale active des sentiments d'ambivalence par rapport à l'enfant à venir.

Dans la revue Psychothérapie³⁶, selon GL BIBRING, la pensée d'une femme enceinte se caractérise par « *la pensée magique* », agrémentée de prémonitions, de pensées anxieuses, parfois même paranoïdes ou d'introjection.

³³ Amal ABDEL BAKI et Marie Josée POULIN, « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement », *Psychothérapies*, volume 24, 2004, p.4.

³⁴ Fanny DELOBELLE, psychologue, « Enseignement de psychologie », 05 Février 2018

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Amal ABDEL BAKI et Marie Josée POULIN, op. cit., p.18.

Les modifications physiologiques sont aussi à l'origine de ces sentiments, la femme enceinte a l'impression de ne faire qu'un avec son enfant porté. Tout au long de la grossesse, la future mère va devoir faire un travail en amont de l'accouchement pour préparer la phase de séparation. C'est grâce à cette représentation que la future maman va pouvoir se représenter son bébé à venir. Selon Bertille SERGENT³⁷, Sylvain MISSONIER, psychologue, définit ce mécanisme de nidification psychique.

Les neuf mois de gestation sont parfois le moment où des conflits anciens refont surface. Chacun des parents resituent le lien d'attachement qu'il entretenait avec ses propres parents, en particulier pour la future maman. Cette dernière fantasme finalement peu sur son propre enfant à venir, mais plutôt sur elle-même et sur les conflits qu'elle avait avec sa propre mère. Selon la revue Soins pédiatrie/Puériculture³⁸, Monique BYDLOWSKI, médecin psychiatre, parle de transparence psychique, ce qu'elle traduit par un « *saut confidentiel dans le temps* », qui amène chaque personne à rencontrer l'ancien nouveau-né qu'il a lui-même été. Pour les parents, il y aurait donc une remise en question de son propre vécu en tant que nouveau-né. Ce remaniement psychique permet alors l'émergence de la nouvelle aptitude qu'est la parentalité. Au moment de la grossesse, la femme enceinte s'appuie sur son entourage pour développer tous ces mouvements psychiques. Le conjoint est bien souvent celui qui est le plus sollicité, comme soutien affectif et confident.

2.4 La mise en place de la parentalité

L'arrivée d'un enfant constitue un projet de vie. Pour que ce projet se déroule dans les meilleures conditions, il est important que les parents aient confiance en eux et en leur capacité à devenir parents. Aussi, comme évoqué précédemment, chaque parent s'approprie la parentalité à sa manière, il n'existe donc pas une seule parentalité mais autant de parentalité qu'il existe de couples parentaux. Il est important de noter que « *l'on ne naît pas parent mais on le devient*³⁹ ».

Au cours de la grossesse, les futurs parents bénéficient de sept séances de « *Préparation à la Naissance et à la Parentalité* », ce qu'on appelle PNP. Lors de ces séances, les locaux de

³⁷ Bertille SERGENT : « Prématurité, retentissement et accompagnement de la famille », 21 février 2018

³⁸ Nathalie PIQUEE, « Les enjeux de la préparation à la naissance et la parentalité », *Soins pédiatrie/puériculture*, n°301, Mars-Avril 2018, p. 16.

³⁹ Philippe GUTTON, « Parentalité », *Adolescence*, n°55, Janvier 2006, p.10

la maternité sont présentés afin de se sentir dans un endroit plus familier au moment de l'arrivée de l'enfant. Ces séances permettent aussi au couple de se sentir intégré dans un groupe social de futurs parents. De plus, un entretien prénatal précoce est également proposé au deuxième trimestre de la grossesse. Il permet aux futurs parents de se projeter dans leur parentalité. Il peut être demandé si le couple a besoin d'être rassuré.

Dans son article, Philippe GUTTON nous fait part de Daniel STERN, pédopsychiatre, qui évoque alors la « *matrice de soutien* » qui concerne « *la nécessité pour la mère de créer, accepter et réguler un réseau de soutien protecteur et bienveillant, qui lui permet d'accomplir pleinement deux tâches essentielles : garder le bébé vivant et assurer son développement psychoaffectif*⁴⁰ ».

En France, chaque département dispose d'un réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)⁴¹. Ce réseau a pour but premier de mettre en valeur le rôle et les compétences des parents dans le respect et le soutien. Des bénévoles et des professionnels se réunissent dans le cadre de ces réseaux afin d'être sensibilisés et formés pour accompagner les parents dans leur parentalité. Connaître l'existence de ce réseau peut permettre aux parents de prendre appui sur du personnel mobilisable et compétent. De nos jours, les professionnels en contact avec les familles et les parents sont amenés à intervenir dans la parentalité, pour détecter d'éventuelles anomalies dans l'attachement et prévenir des dysfonctionnements, dans le but d'éviter la maltraitance des enfants.

Selon Pierre DELION, la parentalité, c'est « *l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher, devenir père et mère d'un enfant sur le plan physique mais aussi psychique* », comme le cite Fanny DELOBELLE⁴². Dans cette définition, Pierre DELION évoque le lien d'attachement. Celui des parents à leur enfant qui est nécessaire pour la mise en place de la parentalité et également le lien nécessaire au bébé pour se sentir en sécurité avec ses parents.

En ce qui concerne l'accouchement, en cas d'hospitalisation de la mère ou de l'enfant, les équipes doivent mettre en place des moyens pour soutenir la parentalité. Cette-dernière sous-tend un lien d'attachement que l'équipe soignante doit favoriser.

⁴⁰ Philippe GUTTON, « Parentalité », *Adolescence*, n°55, Janvier 2006, p. 18

⁴¹ Lucie CARITOUX, « La parentalité, une notion en devenir », *Cahiers de la puéricultrice*, n°226, Avril 2009, p. 10.

⁴² Fanny DELOBELLE, psychologue, Enseignement de psychologie, 5 Février 2018

3. LE LIEN D'ATTACHEMENT

3.1. Définition

Selon la revue les Cahiers de la puéricultrice⁴³, l'attachement est une notion décrite par John BOWLBY dans les années 1970. Il considère que dès la naissance, l'enfant a un besoin social primaire aussi fondamental que l'alimentation et les soins. C'est un besoin inné qui permet d'établir des relations privilégiées avec les personnes de son entourage. Ainsi, en situation de détresse, l'enfant se rapproche de cet adulte pour y trouver du réconfort. Selon le pédiatre et psychanalyste anglais : « *l'attachement est actif depuis le berceau jusqu'à la tombe*⁴⁴ ». Tout au long de sa vie, cet enfant, qui deviendra adulte par la suite, construira donc des relations avec toutes les personnes qui l'entoureront afin d'établir des bases de sécurité.

Nicole GUEDENEY, pédiatre, met en avant, dans son ouvrage L'attachement, un lien vital, la notion « d'être attaché à quelqu'un⁴⁵ » qui, selon elle, signifie trouver un sentiment de sécurité auprès d'une personne adulte en cas de détresse.

Durant longtemps, la théorie du lien d'attachement était axée sur le lien mère-enfant donc sur la figure maternelle. Désormais, elle prend en compte l'entourage dans sa globalité telle que le père, les frères et sœurs, les grands-parents et tout autre personne ressource pour l'enfant.

Le lien d'attachement commence à s'établir dès la naissance et se poursuit jusqu'à la troisième année de vie. Il est différent du lien présent instinctivement à la naissance qu'on appelle « *bonding* ». Ce dernier est un lien affectif qui unit le parent à l'enfant, l'incitant à s'en occuper et à se sentir responsable. Durant les premières semaines de vie, le nouveau-né n'est pas capable de faire la différence entre soi et autrui, il ne peut donc s'attacher qu'à une seule personne.

Selon la qualité des réponses aux besoins de l'enfant durant tout son développement, quatre types de lien d'attachement peuvent se mettre en place :

- L'attachement sécurisé : l'enfant trouve rapidement du réconfort auprès de sa personne ressource, appelée figure d'attachement. Ce sentiment de sécurité lui permet d'explorer son environnement sans crainte.
- L'attachement anxieux-évitant : l'enfant se détache de sa figure d'attachement lors de situation d'inconfort ou de stress.

⁴³ Séverine EUILLET, « Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel », *Cahiers de la puéricultrice*, n°260, Octobre 2012, p.13.

⁴⁴ Nicole GUEDENEY, *L'attachement, un lien vital*, Bruxelles, Editions Fabert, p.5

⁴⁵ *Ibid.*, p.5.

- L'attachement désorganisé-désorienté : l'enfant présente des comportements inhabituels et contradictoires de recherche et de fuite. Cette situation peut se manifester suite à une négligence ou maltraitance de la part du parent.
- L'attachement insécurité ambivalent : l'enfant a le sentiment d'être inefficace dans ses efforts pour obtenir ce dont il a besoin. Il peut avoir le sentiment d'être rejeté ou abandonné.

Ces différents types d'attachement ont une valeur prédictive sur le développement ultérieur de l'enfant. La qualité de cet attachement va conditionner la construction de la confiance en soi de l'individu. Un attachement sécurisant lui permet de grandir sur une base solide de sécurité interne. Ainsi, il se sent capable de créer un lien de qualité et de se réaliser.

Afin de créer un lien d'attachement sécurisant, l'enfant se rapproche des personnes présentes dans son entourage, appelées figures d'attachements ou encore « *caregiver* » (comme énoncé précédemment dans la partie 1.2. Les représentations sociales parentales). Celles-ci sont un pilier dans le besoin de sécurité de chaque être humain, pour l'aider à gérer les émotions négatives, à développer des relations de qualités et des compétences cognitives.

3.2 La figure d'attachement

Dans l'ouvrage L'attachement, un lien vital de Nicole GUEDENEY, l'auteur nous explique que dès sa naissance, le nouveau-né éprouve un besoin de proximité de la part d'une tierce personne, qu'il va manifester à travers les pleurs, les cris... « *Ces comportements sont dits aversifs : ils amènent l'adulte en charge de l'enfant à se rapprocher de lui pour les faire cesser*⁴⁶ ». Ainsi, ces derniers sont des signaux que transmet le bébé afin d'attirer l'attention et que l'on prenne soin de lui. Quel que soit la réponse de l'individu, l'enfant s'attachera à celui-ci. Il faudra quelques mois pour que le lien soit complet. En revanche dès les premiers instants de vie, les parents doivent se sentir responsables et protecteurs de leur bébé. Ils doivent avoir le sentiment d'être compétents en tant que parents afin que l'enfant se sente également en sécurité.

Dans la plupart des familles, les premières figures d'attachement sont les parents. Cela peut parfois concerner d'autres adultes présents dans l'environnement de l'enfant et répondant à ses besoins.

⁴⁶ Nicole GUEDENEY, L'attachement, un lien vital, Bruxelles, Editions Fabert, p.8.

Ainsi, l'attachement se crée systématiquement chez tout être humain, soit à des individus de son entourage proche, soit à la fratrie, soit à un animal si l'enfant né dans un environnement de négligence importante. Cependant, il ne peut s'attacher à un objet inanimé.

Dans un contexte où les parents sont proches de leur enfant et qu'ils lui apportent les soins nécessaires pour répondre à ses besoins, ils deviennent les figures d'attachement primaire. L'enfant se tournera en premier vers eux lorsqu'il en ressentira la nécessité.

D'après Nicole GUEDENEY⁴⁷, selon Mary AINSWORTH, élève de John BOWLBY : « *c'est la figure qui a répondu le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement en s'engageant dans des relations animées et chaleureuses, qui sera investie comme figure d'attachement principale* ». Les autres individus de son entourage seront des figures subsidiaires ; cela signifie que l'enfant trouvera du réconfort chez eux s'il ne peut en obtenir de sa figure principale.

Pour l'adulte concerné, ce lien d'attachement participe à l'élaboration du lien parent-enfant. En effet, à la naissance, le parent peut avoir le sentiment d'aimer très fort son enfant, d'avoir un lien privilégié avec lui et, pour autant ne pas savoir répondre à ses besoins. C'est le fait de réussir à protéger le bébé et de le rassurer dans un contexte d'inconfort qui va favoriser la création d'un lien sécurisant pour l'enfant et ainsi lui permettre de se développer sur une base solide. Deux élèves de John BOWLBY : Carol GEORGE et Judith SOLOMON⁴⁸ approfondissent le terme de « *caregiving* » en insistant sur le fait que ce ne soit pas simplement une réponse protectrice, mais également une façon pour l'enfant de se sentir réconforté et donc apte à poursuivre son développement. Le comportement de « *caregiving* » permet d'apaiser la personne en détresse et de lui transmettre un sentiment de sécurité.

Le lien d'attachement se développe tout au long de la vie selon le passé du parent avec ses propres figures d'attachement, sa culture et accélère très fortement durant la grossesse, l'accouchement et la période périnatale.

Afin de répondre à la demande de l'enfant, la figure d'attachement doit être disponible émotionnellement. Elle doit accepter les expressions de détresse de l'enfant et avoir envie d'y répondre en prenant conscience que ce lien est indispensable pour le bébé. Elle doit avoir elle-même une base de sécurité solide afin de pouvoir trouver du réconfort en cas de besoin. Elle doit savoir analyser et comprendre la manière dont s'exprime l'enfant afin de s'ajuster au mieux

⁴⁷ Nicole GUEDENEY, L'attachement, un lien vital, Bruxelles, Editions Fabert, p.13.

⁴⁸ Ibid. p.33.

à ses besoins. Un parent, sans base sécurisante, aura tendance à chercher du réconfort, de l'aide avant de pouvoir répondre à la détresse de son enfant. Dans cette situation, la puéricultrice doit intervenir afin de valoriser les parents quant à leurs compétences. Elle peut également leur apprendre à reconnaître les signes d'anxiété et de mal-être du bébé. Elle se doit donc d'être disponible pour prendre soin de ceux qui prennent soin ; ici, il s'agit des parents.

Au sein d'un couple, mère et père, la mère est la figure qui joue un rôle important dans la gestion des émotions, sans doute lié au fait qu'elle ait porté l'enfant durant neuf mois. Selon Nicole GUEDENEY⁴⁹, la mère aurait surtout un lien privilégié dans la compréhension des émotions de son enfant et ainsi serait plus apte à y répondre.

Le père, quant à lui, a un rôle important dans la régulation des émotions liées aux explorations de l'enfant qui peuvent amener à un sentiment de frustration. Il répond au besoin en orientant son enfant sur ce qu'il est apte à réaliser suivant son âge.

Du côté de l'enfant, durant la période néonatale, les figures d'attachement sont peu différenciées même si le nouveau-né est capable de reconnaître des odeurs ou des bruits familiers. A la naissance, les signaux exprimés par le nourrisson sont destinés à la personne présente à ce moment-là afin d'attirer son attention. En revanche, l'enfant n'est pas capable de discerner sa figure d'attachement primaire et celle subsidiaire. La première concerne généralement les parents ou les premières personnes qui répondent à ses besoins au quotidien, tandis que la seconde concerne l'entourage plus éloigné lorsque la figure primaire est absente ou indisponible.

Ainsi, pour permettre à l'enfant de se sentir en sécurité lorsqu'il en ressent le besoin, la figure d'attachement se doit de donner des soins physiques mais également d'être dans l'échange et l'interaction avec l'enfant, tout en gardant à l'esprit les notions de respect, douceur et compréhension. Elle se doit également d'être authentique, c'est-à-dire qu'elle doit voir l'enfant tel qu'il est et non comme elle le souhaiterait.

⁴⁹ Nicole GUEDENEY, L'attachement, un lien vital, Bruxelles, Editions Fabert, p.40.

3.3 La séparation néonatale

Au cours d'une séparation néonatale, la dimension de « *caregiving* » est activée. Le besoin d'attachement dès la naissance est primordial. Ainsi, un éloignement dans le cadre d'une hospitalisation fragilise ce lien. Un sentiment de sécurité est d'autant plus important que le nouveau-né connaît de grands changements tels que la naissance, l'hospitalisation et la séparation avec ses parents. Ces derniers, doivent répondre aux besoins de leur enfant alors même qu'ils sont dans un état de stress quant à la santé de leur nouveau-né. Ils peuvent se sentir incapables de protéger leur bébé, ce qui peut avoir un impact sur la notion de sécurité affective.

La puéricultrice a un rôle primordial dans ce contexte et doit permettre aux parents de trouver leur place auprès de leur enfant tout en pourvoyant la réassurance de ce dernier. Elle devient une figure d'attachement potentielle et importante étant donné son implication dans les soins dispensés. Il s'agit d'une relation différente et complémentaire de celle que l'enfant construit avec ses parents.

Dans un ouvrage de Wafa LAHOUEL-ZAIER⁵⁰, l'auteur met en avant que le professionnel de santé intervient en tant que tierce personne au sein de la triade père-mère-enfant afin de créer un environnement sécurisant pour le nouveau-né.

Des soins de contacts corporels sont largement encouragés comme la pratique du peau-à-peau, l'allaitement maternel, mais également la possibilité pour le parent d'intervenir lors d'un soin médical. Cette participation des parents s'intègre dans la notion de soins de développement de l'enfant appelés NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program) et a pour objectif de favoriser leur implication dans la prise en soin de leur bébé. Plusieurs mécanismes sont alors mis en jeu tels que le développement du « *bonding* » (développé dans la partie 3.1 sur le lien d'attachement), le plaisir du parent associé à un sentiment de compétence dans la réponse au besoin de son enfant. La puéricultrice se doit d'encourager le parent à répéter l'expérience et à s'investir dans les soins de son bébé et, trouver ainsi une place lui permettant de se sentir sécurisant. Elle doit les valoriser dans leur capacité à s'occuper de leur bébé. Dans de telles conditions d'hospitalisation, le lien d'attachement peut se construire et être poursuivi à la sortie.

⁵⁰ Wafa LAHOUEL-ZAIER, « Impact de l'hospitalisation périnatale sur l'établissement du lien d'attachement entre le bébé et sa mère », *Devenir*, Volume 29, 2017, p.29

En outre, dans un contexte où la prise en charge du nouveau-né est complexe et nécessite de nombreux soins invasifs, les parents peuvent se retrouver dans un état de stress important voire craindre de perdre leur enfant. On peut retrouver un désengagement et un désinvestissement de leur part. L'hospitalisation et son environnement peut provoquer chez certains parents une impossibilité d'exercer leur fonction de protection envers leur enfant. L'infirmière puéricultrice se doit donc d'être à l'écoute et de répondre à leurs besoins afin qu'ils puissent intervenir dans la prise en charge de leur bébé quand ils le souhaitent et quand ils se sentent prêts.

La puéricultrice doit rassurer les parents en situation de stress au regard de l'état de santé de leur nouveau-né mais également l'enfant qui vit des situations sources d'anxiété et d'inconfort. Elle doit donc assurer un rôle sécurisant.

Maintenant que nous avons défini le cadre conceptuel, nous revenons à notre question de départ et nos hypothèses provisoires afin de les préciser.

Question de recherche :

En quoi la puéricultrice intervient-elle dans le lien d'attachement présent entre l'enfant et ses parents, en période périnatale, dans le cadre d'un transfert non prévu en service de néonatalogie du nouveau-né ?

Hypothèses définitives :

Nous précisons les hypothèses provisoires établies précédemment pour déterminer les hypothèses définitives. Nous avons fait le choix de n'en garder que deux, c'est pourquoi la deuxième, émise provisoirement, ne sera pas reprise dans notre recherche.

- La représentation que se font les parents de la parentalité influence la relation parent-enfant dès la naissance.
- La posture de la puéricultrice joue un rôle dans la création et la consolidation d'un lien d'attachement sécurisant en impliquant les parents dans les soins.

ENQUETE ET ANALYSE

Après avoir établi notre cadre théorique, nous menons notre enquête sur le terrain afin de confronter la théorie et la pratique au sein des services. Pour cela, nous choisissons de réaliser un guide d'entretien (se référer à l'annexe n°1).

Au regard de nos concepts, nous élaborons sept questions ouvertes. Nous considérons que l'entretien est l'outil est le plus pertinent dans ce contexte. En effet, les professionnels interrogés peuvent s'exprimer librement sur le sujet. Certaines questions de relance nous permettront de guider l'entretien. Afin de tester l'efficacité de notre outil, nous effectuons un entretien test auprès d'une professionnelle ayant une expérience en néonatalogie. Cela nous permet de réajuster les termes non compris, qui offre peu de liberté dans les réponses. Concernant la question 6 : « *Comment intervenez-vous auprès de l'enfant quand les parents sont peu présents ?* », nous avons remplacé le terme « *peu présents* » par « *qui doivent s'absenter pour une longue durée* ». De même, la question 3 a suscité une interrogation, nous avons donc fait le choix de la modifier.

A la suite de cet entretien test, nous avons souhaité rajouter une question visant à connaître le vécu des parents et des soignants dans le cas où la naissance ne se passe pas comme prévue. Cette nouvelle question nous a permis de prendre en compte différents contextes d'hospitalisation du nouveau-né et d'obtenir des informations sur leur influence dans la relation parent-enfant.

De plus, au cours de nos entretiens définitifs, nous nous sommes aperçus que le mot « *outil* » à la question 4 devait la plupart du temps être reformulé ; les puéricultrices ne sachant quoi répondre. Nous avons fait le choix de ne pas modifier cette question afin que tous les entretiens soient basés sur la même grille.

Dans notre cadre théorique, nous traitons du rôle de la puéricultrice auprès de nouveau-nés. C'est pourquoi nous décidons d'interroger ces professionnelles. De plus, notre sujet, issu de nos situations de départ, porte sur la séparation néonatale dans le cadre d'une hospitalisation ; nous trouvons donc pertinent d'effectuer nos entretiens au sein de services de néonatalogie. Afin de diversifier les réponses quant à la prise en charge de l'enfant, nous orientons nos demandes vers différents hôpitaux. Selon les disponibilités de chacun, trois hôpitaux dont quatre services de typologie 2A ou 2B nous ont donné leur accord.

Nous nous sommes adressées aux cadres des services afin d'obtenir l'autorisation de venir interroger un ou plusieurs membres du personnel. A chacune d'entre elles, nous avons présenté le thème de notre mémoire. Certaines nous ont demandé de motiver notre requête par mail et de joindre notre grille d'entretien. Dans ce cas, nous stipulions que la grille d'entretien ne doit en aucun cas être diffusée aux puéricultrices qui seront ultérieurement interrogées afin de ne pas biaiser les réponses de l'entretien.

Nous avons également interrogé une puéricultrice qui a quitté depuis peu les services hospitaliers après une carrière de dix ans en réanimation néonatale.

Nous effectuons les entretiens sur les lieux d'exercice des puéricultrices. Dans la mesure du possible, nous nous installons dans une pièce fermée, reculée de l'activité du service, où nous pouvons passer du temps sans être dérangées et ainsi favoriser l'attention de la personne interrogée. Nous demandons aux professionnels l'autorisation de les enregistrer, tout en indiquant que l'anonymat sera conservé.

Nous avons réalisé nos deux premiers entretiens en binôme puis, à la suite d'une discussion avec notre directrice de recherche, nous avons trouvé plus opportun de les répartir entre nous afin d'être seule avec la puéricultrice interrogée. Ainsi cette dernière pouvait parler plus librement sans se sentir observée par une tierce personne.

Grâce à ces entretiens, nous entreprenons la mise en lien des éléments obtenus avec ceux de la littérature étudiée ci-dessus. Au terme de ce travail, nous pourrions confirmer ou infirmer nos hypothèses définitives énoncées précédemment.

Afin de structurer notre raisonnement, nous avons sélectionné la méthode d'analyse de René L'ECUYER⁵¹. Dans un premier temps, nous avons donc dégagé des entretiens, toutes les idées énoncées. Cette phase est dite de codification. Puis, nous avons procédé à la phase de catégorisation : nous avons classé les différentes informations par thèmes. Nous avons finalisé notre analyse en mettant en relation les données théoriques avec les thèmes des entretiens.

Notre analyse se séquence en deux parties : la parentalité et la place de la puéricultrice au sein de la triade.

⁵¹ Intissar SOULI, Rabeb CHOUIGUI, « Etapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse, *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, volume 1, numéro 3, 2015, p.161-168

1. LA PARENTALITE

1.1. Le lien

Le lien se fait « [...] dès le début ; à l'accouchement » selon la puéricultrice n°2 rencontrée lors de nos entretiens. En effet, John BOWLBY évoque que le lien d'attachement est un besoin inné qui permet d'établir des relations privilégiées avec les personnes de son entourage. En l'occurrence, ici, le lien repéré par la puéricultrice se rapporte à l'attachement de l'enfant pour sa mère, alors que J. BOWLBY parle de l'entourage de l'enfant, à savoir les personnes présentes au moment de la naissance. Lorsqu'il complète sa définition, il dit qu'un lien instinctif unit le parent à l'enfant, ce qui l'inciterait à s'en occuper et à se sentir responsable (il parle de « *bonding* »). La puéricultrice n°3 rejoint ces propos en disant que le lien se crée bien avant la naissance, plus particulièrement pendant les neuf mois de grossesse. Ce lien instinctif serait donc lié à la période de gestation de la maman. La même puéricultrice souligne également que l'attachement est parfois spontané entre le prématuré et ses parents et que l'équipe n'a pas besoin d'intervenir. Cela signifierait donc que l'attachement résulte d'une capacité des parents et de l'enfant à s'attacher. En effet, selon Nicole GUEDENEY, les parents doivent sentir et croire en leurs compétences, mais aussi se sentir responsables et protecteurs afin que l'enfant se sente en sécurité, et ce dès les premiers moments de vie.

Selon la puéricultrice n°2, le lien présent dès la naissance se consolide sur plusieurs semaines. Nicole GUEDENEY disait à ce propos que quelques mois sont nécessaires pour que le lien soit complet. La soignante n°5 insiste sur la temporalité dont ont besoin le père et la mère pour établir un lien : « *Les parents ont parfois besoin de temps et parfois non, pour prendre leurs marques avec leur bébé* ». D'après ces éléments, on peut déduire qu'il y a deux composantes au lien d'attachement, une innée, instinctive, l'autre acquise au cours du processus de parentalité, et ce tout au long des mois suivants la naissance.

Pour repérer la présence d'un lien entre l'enfant et ses parents, la puéricultrice doit observer les interactions entre eux, interactions qui peuvent s'établir au travers du regard, du toucher ou de la parole, ce que nous livrent les professionnelles n°5 et 7. La puéricultrice n°3 parle également de l'importance de la présence des parents lors de ces échanges. Pour cette dernière, les parents qui ne viennent pas voir leur enfant « *sans raison particulière* » sembleraient être en difficulté pour créer un lien d'attachement. Ceci vient contredire le point de vue des auteurs qui affirment que la présence des parents est indispensable pour nourrir le lien déjà présent. De plus, selon Nicole GUEDENEY, les parents peuvent avoir le sentiment

d'aimer leur enfant sans savoir comment répondre à ses besoins, ce qui pourrait expliquer le repli et l'éloignement de certains d'entre eux dans la prise en charge.

Trois des puéricultrices rencontrées (n°1, 2 et 5) relèvent que la participation des parents dans les soins est primordiale pour maintenir le lien d'attachement. L'accent est mis sur leur implication dans les soins relationnels (en particulier, dans les soins qui ne sont pas techniques) afin que les parents prennent conscience de leur capacité à rassurer leur enfant. Nous ne devons pas leur apprendre à prodiguer les soins mais surtout les accompagner.

A ce titre, Nicole GUEDENEY évoque le besoin de proximité de l'enfant dès la naissance. Il est intéressant de souligner qu'aujourd'hui, dans tous les services de néonatalogie où nous sommes allées interroger les puéricultrices, les parents (souvent un seul des deux) peuvent rester 24h/24 auprès de leur enfant grâce aux chambres mère-enfant, désormais ouvertes aux pères. La puéricultrice n°1 précise que dans son service, les mamans sont obligées de rester au moins deux nuits avec leur enfant avant d'avoir l'autorisation de sortir. Ceci permet aux parents et à l'enfant de s'habituer à la présence l'un de l'autre, et aux professionnels de s'assurer de la qualité des réponses aux besoins du nouveau-né. En ce sens, la soignante n°7 note l'importance pour l'enfant de ne pas se sentir seul, il doit se sentir entouré quoi qu'il arrive. Cela va lui permettre de construire une base sécurisante, de se sentir en confiance. Outre les chambres mère-enfant, plusieurs services ont aménagé une salle des parents, comme mentionné par les puéricultrices n°5 et 6. Cette pièce permet aux parents de rester sur place durant la journée et favorise ainsi le lien parent-enfant. Ils peuvent également être accompagnés de la fratrie. Des salles de jeux sont parfois créées ; les parents peuvent ainsi venir avec leurs autres enfants sans se soucier de leur garde. La puéricultrice n°6 parle également d'une maison des parents située dans le quartier de l'hôpital, leur permettant de loger à proximité de leur nouveau-né lorsqu'ils sont éloignés de leur domicile. Cela leur permet de prendre du temps : pour les repas, pour le café, ou encore pour passer une nuit plus calme, tout en étant proche de leur enfant. Ce lieu peut être l'occasion de partages et d'échanges avec d'autres parents vivant une situation comparable. De plus, cela peut rassurer les parents qui seront ainsi plus sereins pour prendre soin de leur enfant. Cela contribuerait aussi à diminuer les absences parentales pour des raisons d'organisation. La puéricultrice se doit donc de les informer sur ces différents accueils dont dispose le service, afin que la prise en charge se fasse dans les meilleures conditions.

Nicole GUEDENEY parle à ce propos de disponibilité émotionnelle de la figure d'attachement. Pour que le nouveau-né (et d'autant plus pour le prématuré) puisse s'attacher et reconnaître sa figure d'attachement, cette dernière doit avoir elle-même une base sécurisante solide et être prête à répondre aux besoins exprimés par l'enfant. En effet, un parent surchargé émotionnellement peut altérer la qualité des soins et du lien. La puéricultrice n°2 nous fait part de l'impact que peut parfois engendrer la présence de certains parents : pour elle, certains sont tellement stressés qu'ils communiquent leur angoisse à l'enfant. Elle parle de « *bébé éponge* » qui intègre le stress du père et de la mère pour se mettre en « *économie d'énergie* » quand ils sont là. Cette vision est nuancée par les propos des soignantes n°1 et 6 qui parlent de progression plus rapide de l'enfant en présence des parents : l'enfant est plus éveillé et se sent plus rassuré. Grâce à ces différents témoignages, nous pouvons constater que la présence des parents est essentielle pour le développement de l'enfant prématuré dans la mesure où le parent est capable de connaître et de contrôler ses propres émotions.

1.2 Les bénéfiques et entraves au lien

Outre la présence des parents au quotidien, l'allaitement maternel est également un élément important pour favoriser le lien ; cela est mis en avant par la majorité des puéricultrices rencontrées. L'une d'entre elles, la professionnelle n°2, indique que cette alimentation donne de l'importance à la maman dans la prise en charge de son enfant prématuré, parce qu'elle s'intéresse aux quantités de lait qu'elle donne et à ce que l'enfant boit ; en effet, bien souvent, quand ils sont prématurés, ils ne peuvent pas se nourrir directement au sein. Lors de nos entretiens, la puéricultrice n°7 parle de la place du père dans l'allaitement et des moyens utilisés pour le faire participer. Le lait maternel peut être donné au nouveau-né par l'intermédiaire d'une paille. De plus, en cas d'absence des parents, l'allaitement maternel peut être poursuivi même si la mise au sein n'a pas lieu, la maman participe ainsi à l'alimentation de son enfant. En qualité de puéricultrice, il est donc important de valoriser la maman dans sa démarche d'allaitement maternel en tirant son lait ; celui-ci servant de repère pour l'enfant qui en reconnaît l'odeur et le goût.

D'après la puéricultrice n°7 et certaines de nos lectures, l'attachement se met en place dès les premiers jours de vie de l'enfant. Dans certaines situations, les parents ne peuvent voir leur enfant de suite, notamment lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite des soins immédiats, ou encore lorsque la maman subit des complications de l'accouchement et doit se faire

hospitaliser. Il est alors compliqué de maintenir ou d'établir un lien parents-enfant. Selon la puéricultrice n°2, dans un contexte de séparation à la naissance, il est constaté « *zéro lien mère-enfant* ». Les équipes font alors tout leur possible pour ne pas laisser perdurer cette séparation en permettant à la maman de sortir de son service pour aller voir son enfant en néonatalogie. Selon Nicole GUEDENEY, la séparation fragilise le lien car les parents doivent répondre aux besoins de leur enfant, alors qu'ils sont dans un état de stress bien souvent dû à l'état de santé du nouveau-né. Différents contextes peuvent être à l'origine d'une séparation telle que la distance géographique, donc physique entre le domicile familial et l'hôpital, ou encore la présence des aînés dont il faut s'occuper. Ceci pourrait expliquer l'indisponibilité des parents et leur absence auprès de leur nouveau-né. La puéricultrice n°2 évoque également « *les soucis personnels de chacun* », rappelant qu'en tant que soignant, nous ne pouvons faire de conclusion trop hâtive au regard d'un absentéisme parental et que nous ne pouvons leur exiger une présence constante et rigoureuse auprès de leur enfant. Cependant, selon trois puéricultrices parmi les sept rencontrées, il est important « *d'inciter les parents à venir le plus souvent possible* ». En effet, la plupart des professionnelles interrogées nous ont confirmé que l'enfant semble plus serein et rassuré en leur présence. Certains enfants vivent d'ailleurs difficilement le moment où les parents doivent partir.

Le cas de la prématurité peut être un frein à l'établissement du lien d'attachement parent-enfant. En effet, selon Carole MULLER NIX, la prématurité de l'enfant prive la maman des interactions précoces avec son enfant car l'enfant, né prématurément, est moins éveillé, et donc moins attentif qu'un nouveau-né à terme. Ce comportement de l'enfant pourrait provoquer chez la maman deux réactions très différentes. La première consisterait en un retrait suite à une appréhension ou un manque d'interaction, et la seconde en un besoin de stimulations qui pourrait donner lieu à un comportement d'intrusion. De plus, la prématurité d'un enfant demande une attention particulière dans les soins, notamment les soins très techniques : administration d'oxygène, pose de cathéter veineux, enfants placés dans des incubateurs, ainsi que le rappellent les puéricultrices n°2, 6 et 7. La professionnelle n°7 mentionne même une « *barrière entre l'enfant et ses parents* ». Pour elle, « *l'importante médicalisation* » limiterait le contact physique et relationnel entre l'enfant et ses parents. Il accentuerait l'éloignement parental par leur manque de dextérité dans les soins. Ainsi, il est important pour l'équipe d'accompagner les parents dans une démarche de familiarisation au matériel. La puéricultrice n°6 nous parle aussi de l'importance des premiers vêtements de l'enfant. Sachant que les prématurés installés dans les couveuses sont, pour la majorité en couche et sans vêtements, les

parents ne connaissent pas le plaisir d'habiller leur enfant pour la première fois avec les vêtements qui étaient destinés à l'accueillir.

Pour chaque contexte d'hospitalisation d'un nouveau-né, il existe des freins et des facteurs favorisant l'établissement ou le maintien du lien d'attachement au sein de la triade père-mère-enfant. L'image que se font les parents de leur enfant durant la grossesse interagit avec la création et la qualité de ce lien dès la naissance.

1.3 Les représentations des parents

Actuellement, la parentalité est un concept qui évolue et les parents peuvent agir sous l'influence des paroles ou des comportements de leur entourage. Dinora PINES explique que le père devient père et adopte son enfant au moment de la naissance, alors que la mère s'identifie à sa propre enfance pour devenir mère. Dans tous les cas, la parentalité est influencée par la transmission des modèles familiaux. Les parents imaginent la façon dont leur enfant va se comporter et à quoi il va ressembler : ces représentations mentales sont essentielles dans la préparation à la parentalité tout au long de la grossesse. La puéricultrice n°3 souligne que pendant la grossesse, l'enfant est rêvé et imaginé par les parents. Quand la naissance ne se déroule pas comme ils l'avaient pensée et préparée, quand l'enfant ne ressemble pas à ce que les parents avaient imaginé, notamment en cas de prématurité où le nouveau-né est plus petit et souvent entouré par de « nombreux câbles » comme le précise l'infirmière n°7, il peut arriver que les parents soient déçus, surpris ou encore impressionnés. L'entrée en relation avec leur enfant peut alors être plus difficile et demander plus de temps. La puéricultrice se doit alors d'aller au rythme du parent, d'observer et de favoriser les interactions avec le nouveau-né.

Lors de nos entretiens, la puéricultrice n°7 parle de « *deuil de l'enfant parfait imaginé* », terme également développé par Serge LÉBOVICI dans la littérature. Ainsi, elle met en avant que les parents ont besoin de temps pour « *apprivoiser leur enfant* ». On peut parfois constater également un deuil quant aux conditions de l'accouchement : enfant né avant le terme, accouchement déclenché en urgence pour un état de santé critique chez l'enfant ou chez la mère, accouchement qui ne se passe pas comme la maman l'avait imaginé : complications imprévues, anesthésie de la maman. Tous ces facteurs, parfois réunis, peuvent perturber la mise en place du lien parents-enfant au moment de la naissance.

Face à ces différentes situations, la puéricultrice doit mettre en œuvre toutes les ressources dont dispose le service pour permettre les interactions parents-enfant. Pour cela, elle joue un rôle fondamental auprès de chacun des parents en permettant leur implication dans la prise en charge.

2. LA PLACE DE LA PUERICULTRICE

Dès la naissance, le nouveau-né ressent un besoin d'attachement qui est inné. Selon Nicole GUEDENEY, lorsque l'enfant manifeste une détresse, il doit trouver une sécurité auprès d'un adulte. Cette personne sera considérée comme la figure d'attachement primaire qui est le plus souvent les parents. La puéricultrice sera, quant à elle, considérée comme une figure subsidiaire. Ainsi, l'enfant pourra trouver du réconfort auprès d'elle lorsque la figure primaire ne pourra répondre au besoin du moment.

2.1. Au sein du service

Les parents représentent, la plupart du temps, la figure d'attachement primaire. Ainsi, ils ont pour objectif de protéger leur enfant et de le rassurer dans un contexte d'inconfort. Nicole GUEDENEY, pédiatre, parlera alors de « *caregiver* ».

Afin qu'ils puissent répondre au mieux aux besoins de leur enfant, les parents doivent être disponibles émotionnellement et avoir envie d'y subvenir. Pour cela, plusieurs puéricultrices interrogées insistent sur le fait de rassurer les parents afin qu'ils puissent apaiser l'enfant et lui transmettre un sentiment de sécurité.

Wafa LAHOUEL-ZAIER nous parle de l'intervention du professionnel comme une troisième personne au sein de la triade père-mère-enfant. Cette notion est appuyée par les puéricultrices rencontrées qui disent favoriser la participation des parents dans les soins. En effet, la professionnelle n°5 nous dit leur laisser « *Toute la place qu'ils veulent. C'est hyper important qu'ils prennent leur place de papa et de maman* ». La puéricultrice a pour mission d'aider les parents à trouver leur place auprès de leur enfant malgré les barrières éventuelles : matérielles (cathéter, oxygène...) ou en rapport avec l'histoire du nouveau-né (naissance précoce, séparation immédiate...).

La participation des parents aux soins est aujourd'hui ancrée dans les dynamiques de services notamment par le développement de labels type IHAB (Initiative Hôpital Amis des

bébés), relevé par la puéricultrice n°3, et que l'on peut retrouver dans un certain nombre d'hôpitaux. Ce label engage les soignants à accompagner les parents avant mais aussi après la naissance tout en s'adaptant au rythme du nouveau-né.

Nous remarquons également dans nos entretiens que, pour favoriser le rapprochement et la création du lien d'attachement, la professionnelle de santé doit avoir une grande capacité d'adaptation aux différentes situations. En effet, chaque parent, chaque situation et chaque enfant est unique. Les puéricultrices interrogées nous font également part des notions de connaissances et d'habitudes de la puéricultrice, ce que les parents ne connaissent pas forcément. D'où l'intérêt pour les puéricultrices d'agir avec délicatesse, en montrant et expliquant des gestes sûrs et précis, afin de rassurer les parents. Ainsi l'exprime l'infirmière n°2 : « *On essaie d'être au maximum auprès des mamans quand on voit que les soins leur fait peur parce que voilà, nous, on est habituées...* ». L'adaptabilité du soignant est donc indispensable pour créer un climat de confiance avec le parent et favoriser, ainsi, son assurance et son autonomie auprès de son enfant.

On retrouve, également à plusieurs reprises la notion d'éducation du parent telle que « *l'éducation pour le change, l'éducation pour le sein, l'éducation pour le biberon* » relevée par la puéricultrice n°2 ou encore la notion de pédagogie dont nous fait part le soignante n°1 : « *Ce que j'en retire c'est que je fais de la pédagogie avec les parents. Je leur apprend à être autonome* ». Le soignant doit apprendre aux parents à reconnaître les besoins et signes d'inconfort de leur enfant afin qu'ils prennent conscience de leurs compétences et qu'ils puissent y répondre de la manière la plus appropriée.

Outre le côté pédagogique auprès des parents, les entretiens nous révèlent que la puéricultrice a également un rôle « *de soutien et d'accompagnement* ». En effet, en qualité de soignant, il est indispensable que les parents se sentent reconnus et impliqués dans la prise en charge de leur enfant et qu'ils puissent intervenir comme ils le souhaitent dans les soins.

De nos jours, le père est davantage présent et investi dans la prise en soin du nouveau-né. En effet, suivant la raison pour laquelle l'enfant se retrouve en service de néonatalogie, le père peut être amené à réaliser les premiers soins de l'enfant. Il va jouer un rôle primordial dans le lien entre le bébé et la maman lorsque celle-ci est séparée de son enfant après l'accouchement. La puéricultrice n°2, diplômée depuis un an, nous dit : « *On a de plus en plus de papas, qui sont super investis dès la naissance, avant je pense que ce n'était pas comme ça* ». La puéricultrice s'interroge ici sur le caractère récent de l'intégration du papa dans les soins. En

effet, ses propos dénotent avec ceux de l'infirmière n°3, diplômée depuis trente-quatre ans, pour elle, le papa n'a pas toute la place dans les premiers soins donnés à l'enfant. Suite à une naissance difficile, le père est amené à faire le lien entre la mère et son enfant : il peut prendre des photos, si l'enfant ne peut être déplacé ; l'emmener dans le service de la maman si son état de santé le permet, par exemple. Il fait le relais les premiers jours. En revanche, actuellement, tous les services ne disposent pas d'un accueil pour le père.

Que ce soit en situation de séparation mère-enfant à la naissance ou non, la puéricultrice doit valoriser les compétences des parents et établir une relation de confiance. Ainsi, ils se sentiront accompagnés et pourront, s'ils le souhaitent, se confier sur la situation et exprimer leurs ressentis.

Pour favoriser la relation entre le soignant et les parents, la puéricultrice peut utiliser différents moyens mis en place au sein des services pour adapter la prise en charge, aller au rythme des parents et prendre le relais en leur absence.

2.2. Auprès des parents

Au-delà du rôle de la puéricultrice auprès des parents, elle est membre à part entière d'une équipe dont le travail collaboratif est primordial. En effet, elle assure une bonne prise en soin de chaque enfant en réalisant des transmissions de qualité à ses collègues de manière à assurer une continuité dans la prise en charge. A travers cet échange, les professionnels peuvent communiquer sur leur ressenti quant au lien parents-enfant et permettre ainsi d'orienter leurs actions. La soignante n°2 nous précise : « *Je pense que le travail en équipe fait beaucoup, pendant les transmissions, on n'oublie jamais de dire, là c'est une maman investie, là c'est une maman assez craintive dans les soins auprès de son bébé* ». Ainsi, la puéricultrice adapte sa prise en charge afin de travailler dans un climat de confiance avec les parents. Il est important que la puéricultrice s'occupe d'un enfant sur plusieurs jours pour qu'il s'établisse une continuité dans la relation soignant-parents et que les parents soient amenés à être davantage dans l'interaction avec leur nouveau-né. C'est actuellement une priorité au sein des services.

Face aux difficultés que peut rencontrer la triade dans la création ou le maintien du lien d'attachement, l'infirmière puéricultrice peut utiliser les ressources du service et notamment l'équipe de pédopsychiatrie ou de périnatalité, souvent présente sur les lieux. En effet, d'après la professionnelle n° 4, il est parfois nécessaire de la faire intervenir afin qu'elle observe et

comprenne les facteurs qui viennent entraver la qualité du lien. Elle peut alors proposer une prise en charge adaptée afin que le lien se consolide. La puéricultrice n° 6, nous précise l'importance de l'observation du bébé et la démonstration de gestes, « *en montrant le développement, la psychomotricité...* », afin que la famille s'habitue au comportement de l'enfant. L'équipe peut accompagner les parents à leur demande ou à la demande de la puéricultrice quand la famille laisse paraître des difficultés. Enfin, au sein de l'hôpital, de nombreuses associations sont présentes et peuvent intervenir en présence ou non des parents. Parfois, elles permettent de câliner, échanger avec le nouveau-né lorsque la famille doit s'absenter et que le personnel ne peut prendre le relais. Elles sont également un soutien et un appui dans la prise en charge des enfants.

Outre l'équipe de néonatalogie, on retrouve différents outils élaborés pour favoriser l'établissement et le maintien du lien dans la triade, et permettre ainsi aux parents d'être associés à la prise en charge, et ce, même en leur absence. En effet, les parents peuvent appeler jour et nuit pour prendre des nouvelles de leur enfant, ce que nous ont confirmé toutes les puéricultrices rencontrées. Ils se sentent ainsi écoutés, informés et rassurés, l'hospitalisation d'un enfant étant toujours source d'inquiétude, voire d'angoisse. Par ailleurs, pour encourager l'implication du père et de la mère, des outils de liaison comme le carnet de vie, le tableau dans la chambre ou encore l'ardoise permettent à chacun d'écrire les moments clés de la journée du nouveau-né. La puéricultrice inscrit les heures de soins (bain, alimentation...) ; les parents en ont ainsi connaissance et peuvent essayer de se rendre disponibles. S'ils doivent s'absenter et qu'ils souhaitent réaliser un soin en particulier, ils peuvent l'exprimer sur ces différents supports pour en informer l'équipe. La puéricultrice n°6 nous donne des exemples de panneaux « *On vient pour la toilette* » ; « *Je reviens à telle heure* » ; ou « *Attendez-moi pour la prochaine alimentation* ». Cela favorise l'échange entre les soignants et la famille et permet ainsi d'adapter la prise en soin aux besoins de chacun.

De plus, pour que les parents se sentent en confiance, ils sont libres dans certains services d'investir la chambre comme ils le souhaitent : « *On les invite à décorer la chambre. Du coup ça permet de faire un lien des fois, ou d'accrocher des dessins des frères et sœurs et... Comme ça, ils s'approprient les lieux* », selon les propos de la puéricultrice n°6.

La puéricultrice exploite tous ces outils durant les séjours dans l'intention de favoriser et maintenir le lien au sein de la triade père-mère-enfant. Par ailleurs, les parents prennent part et s'impliquent dans les soins ; ils sont ainsi en mesure de trouver leur place dans la prise en charge de leur enfant.

2.3 Les ressentis

Au cours de nos entretiens, les puéricultrices interrogées nous ont fait part de leur ressenti quant à leur intervention auprès des parents et du nouveau-né dans la création et le maintien du lien. En effet, elles ressentent une réelle satisfaction lorsqu'elles observent une certaine implication du parent dans la prise en charge, tant dans les gestes de réconfort que dans les gestes techniques. La professionnelle n°6 nous dit exprimer : « *une certaine satisfaction, parce que, quelque part, ils arrivent, ils ne savent rien [...] On les voit évoluer en fait, au fil des jours [...] Pour nous, on a réussi notre boulot* ». Reconnaître l'investissement des parents et leur progression dans les soins apportés à l'enfant est gratifiant pour la puéricultrice qui a mis en place tout ce qu'elle jugeait utile.

Par ailleurs, faire intervenir les parents dans le quotidien de l'enfant, les autorise à devenir acteur dans les soins. Ils peuvent participer à la fois aux soins de développement et intervenir pour « *cocooner* » le nouveau-né ou encore le sécuriser en le contenant par exemple, attitudes évoquées à plusieurs reprises lors des différentes rencontres avec les professionnelles. Par la suite, lorsqu'ils se sentent capables et à l'aise, les parents peuvent intervenir pour des gestes plus techniques, restant libres de choisir leur rythme pour s'impliquer dans les soins de leur enfant. Selon le vécu de la situation, le parent peut éprouver des sentiments contradictoires : la surprise et le choc de la naissance précoce, la joie de la naissance, la tristesse de la séparation, la peur de s'attacher, l'angoisse des séquelles ou du décès de l'enfant. Ces sentiments, l'infirmière n°7 nous dit les ressentir : « *les parents sont partagés entre la joie d'accueillir un enfant et la tristesse d'avoir un enfant prématuré avec tous les risques que cela implique* ». Il est donc important qu'ils se sentent entourés, compris et accompagnés.

Pour les parents, le fait d'être accompagnés au quotidien dans les gestes leur permet d'avoir moins d'appréhension quant aux soins mais également quant à l'état de santé de leur enfant. Ils sont observateurs et attentifs notamment lorsque la puéricultrice ne peut se rendre disponible immédiatement. Ils acquièrent alors une certaine autonomie favorisant la confiance en eux et dès lors une meilleure relation avec leur enfant. Lors d'un entretien, la puéricultrice n°6 nous dit : « *ils ont beaucoup moins peur dans les soins puisqu'ils apprennent à connaître leur bébé et à savoir pourquoi il pleure [...]* ». Elle rajoute : « *ils sont attentifs aux moindres signes d'éveil [...] ils peuvent agir tout de suite [...] du coup les soins sont beaucoup plus adaptés et personnalisés* ».

Enfin, comme mentionné précédemment, l'intervention de la puéricultrice auprès des parents leur offre un soutien qui leur donne confiance et les incite à réagir et à répondre de façon adaptée aux besoins de leur enfant. La présence des parents au quotidien ou presque, leur implication dans la prise en charge, permet au nouveau-né d'avoir des repères grâce à l'odeur, mais également à la voix maternelle et paternelle. L'enfant trouve ainsi une certaine sérénité, un apaisement, ce qui rend, parents et soignants, eux-mêmes sereins.

L'enfant se sent sécurisé grâce à la collaboration de la puéricultrice, de l'équipe et du parent, les soins se font, alors, dans de meilleures conditions. La puéricultrice n°7 nous parle de « *soins en binôme, à quatre mains* ». Cet environnement favorable lui permet de progresser plus vite dans son développement et donc de sortir plus vite de l'hôpital.

En effet, la puéricultrice n°5 nous l'exprime : « *Ils sont quand même beaucoup plus apaisés par la présence des parents. C'est le seul lien qu'ils ont d'avant, c'est tout ce qu'ils connaissent, c'est les odeurs, les bruits, c'est les voix. [...] Ils mûrent beaucoup plus vite aussi* ».

Le contact de l'enfant avec son parent est indispensable. En effet, c'est un moment où il entre en interaction avec son père ou sa mère. Pour cela, le peau-à-peau est un soin fortement préconisé aujourd'hui au sein des services. Selon plusieurs puéricultrices, les bénéfices du peau-à-peau sont nombreux : « *les enfants sont plus calmes, ils dorment mieux, du coup ils ont de meilleures phases d'éveil, ils sont plus stables, ils digèrent mieux* ». Une autre professionnelle nous indique : « *Même quand ils sont en détresse respi, il suffit qu'on les mette en peau-à-peau sur leur mère et... Vraiment, des fois, ils sont à 100%. C'est incroyable* ». Ainsi, ce soin relationnel aurait une action positive sur le comportement de l'enfant tant au niveau relationnel qu'au niveau clinique. Il est intéressant de relever que la puéricultrice n°3 travaillant dans un service de soins intensifs de néonatalogie depuis environ vingt-trois ans dit « *préférer* » que le premier peau-à-peau soit « *réservé* » à la maman. Pourtant, selon la majorité des professionnelles, ce soin est tout aussi efficace avec le père.

Il est donc très important que les parents soient présents au cours de l'hospitalisation. L'enfant est plus éveillé et se développe mieux.

En revanche, le ressenti de l'enfant est perçu à travers son comportement. Chaque nouveau-né réagit à sa façon, notamment en cas de séparation ; certains enfants vont rester calmes et « *éteints* » tandis que d'autres vont être très agités.

Ainsi, les ressentis sont variables d'un individu à l'autre tant du côté du soignant que du côté des parents et de l'enfant. Il est donc important pour la puéricultrice de s'adapter à chaque famille et d'accompagner le père et la mère dans la relation avec leur nouveau-né. Le soutien est primordial afin que les parents prennent confiance et puissent s'investir dans les soins plus sereinement. La plupart du temps, il en ressortira des bénéfices pour l'enfant dont les compétences se développeront plus rapidement et lui permettront de rentrer plus tôt à son domicile.

3. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

A travers cette analyse, nous avons mis en évidence le fait que la puéricultrice avait une place importante tant auprès des parents qu'auprès des enfants. En effet, elle se doit d'observer les interactions présentes au sein de la triade que ce soit au niveau du regard, du toucher ou encore de la parole, afin d'avoir une idée de la relation qui les unit. Nous avons aussi vu que le contexte d'hospitalisation en service de néonatalogie peut varier d'une famille à l'autre. En tant que soignant, nous devons donc faire preuve d'adaptabilité pour aider chacun des parents à trouver sa place auprès de son nouveau-né.

La puéricultrice intervient au sein de la triade père-mère-enfant comme une tierce personne qui servira de soutien pour favoriser l'autonomie parentale dans la prise en soin. En effet, elle a pour rôle de rassurer et d'accompagner la famille au regard de la situation afin de limiter l'appréhension des parents, notamment en cas de prématurité où l'univers médical est très présent. Cette posture de la puéricultrice leur permet de prendre conscience de leurs compétences et ainsi de devenir acteurs dans la prise en charge de leur enfant. Il est primordial que les parents soient impliqués afin de « *cocooner* » leur enfant, et d'être attentifs aux besoins qu'il exprime. Les parents peuvent parfois se sentir démunis face à certains besoins perturbés de leur enfant, ainsi la puéricultrice les guide le temps qu'ils apprennent à y répondre. A la suite de notre analyse, nous pouvons affirmer que malgré le peu d'expérience des parents auprès d'un nouveau-né hospitalisé, leurs réactions et leur façon d'être sont toujours plus personnalisées que celles des soignants. En présence des parents, le nouveau-né semble apaisé et plus serein, ce qui lui permettrait de progresser plus rapidement et de réduire son temps d'hospitalisation.

Ainsi, la présence parentale dans les soins est essentielle, qu'elle soit relationnelle ou technique. Pour cela des dispositifs sont présents au sein de certains hôpitaux (chambre mère-

enfant ; salle des parents ; salle de jeux...) favorisant les échanges et la proximité entre l'enfant et ses parents. Ces derniers peuvent avoir besoin de temps pour entrer en relation avec leur nouveau-né, parfois différent de celui qu'ils ont imaginé.

La représentation que se font les parents de la parentalité influence la relation parents-enfant dès la naissance. En effet, ils peuvent être impressionnés, déçus ou encore surpris. Ils sont partagés entre le sentiment de joie qu'est la naissance et la tristesse de la séparation. Nous validons donc notre première hypothèse.

Ainsi, les moyens mis en place permettent de limiter le stress engendré par la situation et de favoriser la disponibilité émotionnelle des parents.

Assister à l'investissement des parents auprès de leur enfant fait naître un sentiment de satisfaction chez la puéricultrice.

Ces éléments confirment que la posture de la puéricultrice joue un rôle dans la création et la consolidation d'un lien d'attachement sécurisant en impliquant les parents dans les soins. Nous validons alors notre deuxième hypothèse.

Pour aboutir à cette implication parentale, l'infirmière peut s'appuyer sur différentes ressources dont dispose le service. D'une part, le travail en équipe est indispensable pour assurer une prise en charge de l'enfant et de sa famille de la manière la plus optimale. De nombreux services disposent d'une équipe de pédopsychiatrie ; des associations peuvent également prendre le relais en cas de difficultés ou d'indisponibilité de la puéricultrice. D'autre part, des outils sont créés afin de favoriser les échanges entre les soignants et les parents tels que le carnet de vie, les tableaux, les panneaux... Les parents se sentent alors davantage intégrés dans le quotidien de leur enfant.

La puéricultrice occupe une place importante dans le maintien et la création du lien parents-enfant et il est important qu'elle leur laisse toute la place qu'ils désirent. Cet attachement est parfois spontané mais parfois, il nécessite une aide afin que les parents se sentent responsables et protecteurs de leur nouveau-né. Outre les mesures énoncées précédemment, ce lien est favorisé par le contact et notamment par l'allaitement maternel. En effet, il valorise la maman et permet à la fois au père et à la mère de répondre au besoin d'alimentation de l'enfant, qu'ils soient présents ou absents. Le nouveau-né retrouve des repères tels que l'odeur et le goût qui lui renvoient un sentiment de confiance et de sécurité, repères indispensables pour son bien-être et son évolution.

Ainsi, nous remarquons une forte mobilisation des équipes pour limiter les situations de séparation du nouveau-né et de ses parents. Lorsque celle-ci est inévitable, des moyens sont mis en place afin que l'établissement et le maintien du lien d'attachement ne soient affectés. Depuis quelques années, certains éléments de prise en charge s'améliorent notamment par rapport aux différentes ressources des services (citées précédemment). On constate aussi une implication du père plus significative, ce dernier exerçant le rôle de médiateur entre la mère et l'enfant notamment dans un contexte d'hospitalisation maternelle à la naissance. Le lien d'attachement est prédictif de l'avenir de l'enfant.

CONCLUSION

Arrivées au terme de ce mémoire, nous pouvons répondre à notre question de recherche : En quoi la puéricultrice intervient-elle dans le lien d'attachement présent entre l'enfant et ses parents, en période périnatale, dans le cadre d'un transfert non prévu en service de néonatalogie du nouveau-né ?

La séparation entre un nouveau-né et ses parents est très fréquente, et ce, dans différents contextes. Nous avons été confrontées à cette situation lors d'un stage, beaucoup d'autres soignants la vivent au quotidien. Nous pouvons désormais conclure que cette séparation, qu'elle soit immédiate à la naissance ou dans les jours qui suivent, est déterminante sur l'état de santé de l'enfant mais aussi sur son développement.

A la suite de nos investigations, nous nous rendons compte que la puéricultrice joue un rôle primordial dans la préservation de ce lien parents-enfant et dans l'observation des interactions qui les unit. Grâce à son travail en collaboration avec l'équipe médicale et les parents, elle est en mesure d'améliorer la qualité d'une relation d'attachement, notamment en rassurant les parents, en leur expliquant le fonctionnement du matériel technique et en les accompagnant dans les soins. Sa présence et sa faculté d'écoute sont indispensables pour que les parents puissent trouver la place qui leur revient auprès de leur enfant et ainsi répondre aux besoins du nouveau-né

Nous avons également constaté que le statut de l'enfant au sein de la société a évolué ; le nouveau-né est désormais perçu comme un individu à part entière. Ainsi, les relations entre l'enfant et ses parents sont davantage reconnues. En effet, la notion de lien d'attachement au moment de la naissance est de plus en plus considérée afin que le nouveau-né se sente entouré et aimé du mieux possible. De ce fait, par sa posture, la puéricultrice joue un rôle dans la mise en place et dans la consolidation d'un lien d'attachement sécurisant en impliquant les parents dans les soins. Pour cela, différents dispositifs existent au sein des services, notamment l'apparition des soins de développement, étendus aujourd'hui dans beaucoup de services de néonatalogie de France.

Par ailleurs, nous avons vu que les parents peuvent exprimer des sentiments ambivalents lors de l'arrivée de leur enfant, ce qui résulte le plus souvent d'un effet de surprise d'une naissance précoce. Etant dans un état de choc, ils ne savent pas forcément répondre rapidement

aux besoins de leur enfant partagés entre un sentiment de joie et de désarroi, ce qui peut altérer la relation. De plus, l'image qu'ils ont de la naissance et de leur future parentalité influence la qualité du lien établi d'autant plus en cas de séparation. La puéricultrice a donc un rôle d'accompagnement et de guide auprès de la famille. Elle soutient les parents afin qu'ils s'approprient leur enfant pour que la qualité de ce lien s'améliore de jours en jours. Quand bien même, ce lien ne s'établit pas dès la naissance, cette situation n'est pas irréversible si des clés sont fournies avant le retour à domicile.

Pour conclure, force est de constater que l'attachement est présent tout au long de notre vie. Une base sécurisante établie, dès les premiers jours de vie, permet à l'individu de se construire, de faire face aux événements ultérieurs et de se montrer rassurant auprès de son futur enfant. John BOWLBY disait à ce sujet : « *L'attachement est actif depuis le berceau jusqu'à la tombe* ». Tout humain naît avec le besoin de s'attacher. En tant que futures puéricultrices, nous qui pouvons être amenées à prendre en charge des nouveau-nés séparés de leurs parents, nous devons être vigilantes et prendre soin du lien d'attachement afin qu'il se perpétue à la maison. Il faut garder à l'esprit que chaque couple parental exerce une parentalité différente selon son histoire personnelle et le contexte d'hospitalisation et que chaque nouveau-né réagit à sa manière aux interactions. La puéricultrice doit s'efforcer de s'adapter aux différentes situations afin d'assurer une prise en charge optimale.

Ce travail de recherche, nous amène à un nouveau questionnement concernant la place de la puéricultrice auprès d'un nouveau-né délaissé par ses parents.

Outre l'adaptabilité dont doit faire preuve la soignante auprès des familles, celle-ci peut prendre en charge des enfants hospitalisés sans présence parentale. En effet, pour un nouveau-né dont les parents ne sont pas présents, pour des raisons qui leur appartiennent, la puéricultrice doit tenter d'établir une base sécurisante pour l'enfant afin qu'il trouve ses propres repères. La figure d'attachement primaire, d'ordinaire sélectionnée naturellement par les liens familiaux, se trouve être la professionnelle répondant à ses besoins. De ce fait, un lien particulier se crée entre l'enfant hospitalisé et la puéricultrice, d'autant plus quand l'hospitalisation s'étend sur une longue durée.

Quelle juste distance doit alors adopter la puéricultrice avec ce nouveau-né ? De quelle manière répondre au besoin affectif de l'enfant pour éviter une séparation douloureuse ? Comment peut-elle gérer ses émotions quand l'enfant quitte le service et qu'elle a suppléé la figure d'attachement parentale ?

BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages :

- BAYLE, Benoît, L'enfant à naître, Contribution de l'étude psychologique de la grossesse, Eres, 2005, 391 pages.
- CHOMBART DE LAUWE, Marie-Josée et FEUERHAHN, Nelly, La représentation sociale dans le domaine de l'enfance, Presses universitaires de France, 2003, 449 pages.
- COLSON, Sébastien, GASSIER, Jacqueline et DE SAINT-SAUVEUR, Colette, Le guide de la puéricultrice, Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence, Elsevier Masson, 2016, 1280 pages.
- GUEDENEY, Nicole, L'attachement, un lien vital, Bruxelles, Editions Fabert, 65 pages
- LAMOUR, Martine et BARROCO, Marthe, Souffrance autour du berceau – Des émotions au soin, Gaëtan Morin, 1998, 277 pages.
- MANNONI, Pierre, Que sais-je ? Les représentations sociales, Presses universitaires de France, 3^{ème} édition, Mai 2003, 128 pages.
- LEMOINE, Bernadette, Maman, ne me quitte pas !, Editions Saint-Paul, 10^{ème} édition, Octobre 2015, 220 pages.

Documents divers :

- DELOBELLE, Fanny, Enseignement de psychologie, Cours du 05 Février 2018
- DUMONT, Dominique et RENARD, Florence, « Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ? », Université Catholique de Louvain, Louvain, Belgique, 17 pages.
- SELLENET, Catherine, Essai de conceptualisation du terme « parentalité », 10 pages
- SERGENT, Bertille, Prématurité, retentissement et accompagnement de la famille, Cours du 21 Février 2018

Les articles périodiques :

- ABDEL BAKI, Amal et POULIN, Marie Josée, « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement », *Psychothérapies*, volume 24, 2004, pages 3-9
- BLAZY, Micheline, « bébé virtuel, les parents, la grossesse et l'obstétricien », *spirale*, n°60, 2011, pages 51-54
- BURNSTEIN, Carla et LUCIA TIELLET NUNES, Maria, « Attention visuelle et interaction mère/bébé : signaux précoces de la capacité à voir le monde », *La psychiatrie de l'enfant*, n°2, 2003, pages 549-577
- BYDLOWSKI, Monique, « La crise parentale de la première naissance », *Informations sociales*, n°132, 2006, pages 64-75
- CARITOUX, Lucie, « La parentalité, une notion en devenir », *Cahiers de la puéricultrice*, n°226, Avril 2009, pages 10-12
- DEVOUCHE, Emmanuel et APTER, Gisèle, « Les représentations maternelles prénatales », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, volume 60, Octobre/Novembre 2012, pages 481-486
- EUILLET, Séverine, « Le système d'attachement de l'enfant, entre singulier et pluriel », *Cahiers de la puéricultrice*, n°260, Octobre 2012, pages 13-16
- FAVEZ, Nicolas, « Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant », *Devenir*, n°4, 2011, pages 359-377
- GUTTON, Philippe, « Parentalité », *Adolescence*, n°55, Janvier 2006, pages 9-32
- JARREAU, Pierre-Henri, « Néonatalogie et réanimation », *Laennec*, Tome 57, 2009, pages 8-21
- LAHOUER-ZAIER, Wafa, « Impact de l'hospitalisation périnatale sur l'établissement du lien d'attachement entre le bébé et sa mère », *Devenir*, Volume 29, 2017, pages 27-44
- LAMBOY, Béatrice, « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? », *Devenir*, volume 21, 2009, pages 31-60
- MISSONIER, Sylvain, GOLSE, Bernard et SOULE, Michel, « La grossesse », *Enfances et Psy*, n°27, 2005, pages 131-137
- MULLER NIX, Carole, « Prématurité, vécu parental et relations parents/enfants : éléments cliniques et données de recherche », *La psychiatrie de l'enfant*, Volume 52, 2009, pages 423-450

- PIQUEE, Nathalie, « Les enjeux de la préparation à la naissance et la parentalité », *Soins pédiatrie/puériculture*, n°301, Mars-Avril 2018, pages 16-18
- SOULI, Intissar et CHOUIGUI, Rabeb, « Etapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse », *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, volume 1, n°3, 2015, pages 161-168.

Les sites internet :

- <http://www.cnrtl.fr/definition/n%C3%A9onatalogie> (Consulté le 26 Juin 2018)
- <https://www.humanium.org/fr/normes/declaration-1959/texte-integral-declaration-droits-enfant-1959/> (Consulté le 30 Juin 2018)
- https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/périnatal_périnatale_périnatales/59565/locution (Consulté le 15 Octobre)
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id> (Consulté le 26 Juin 2018)
- <http://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/20110900-rsn-type-de-soins-neonat-1.pdf> (Consulté le 01 Juillet 2018)
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006913888&idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20181021> (Consulté le 28 Juin 2018)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le guide d'entretien puéricultrice

1. Depuis combien de temps travaillez-vous en service de néonatalogie ?
Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?

2. Avez-vous l'occasion de favoriser la collaboration avec les parents dans les soins au quotidien ?
 - Qu'est-ce que vous retirez de cette collaboration d'un point de vue professionnel ?
 - Quelle place laissez-vous aux parents ?

3. Qu'est-ce qui vous permet de repérer la présence d'un lien entre les parents et leur nouveau-né ?

4. Quels sont les outils mis en place au sein du service pour favoriser et maintenir ce lien ?
Les parents mettent-ils en place des moyens pour le favoriser ? Sont-ils à l'initiative de ces actions ou est-ce une proposition de votre part ?

5. Que pouvez-vous dire du comportement de l'enfant à la suite d'un échange prolongé avec ses parents ?

6. Comment intervenez-vous auprès de l'enfant quand les parents doivent s'absenter pour une longue durée ?

7. Selon vous les conditions de naissance de l'enfant influencent-elles le lien d'attachement parents-enfant ? Comment ?

ANNEXE 2 : Le tableau d'analyse

Thème	Entretien PDE	Idées relevées
Service de néonatalogie et diplôme	<p>- <u>Puéricultrice n°1</u> : Alors je suis « puer » depuis 2013, j'ai commencé ici en Janvier 2014. Donc je fais de la néo et de la pédiatrie depuis 2014. Donc ça fait, euh..., 4ans, 4 ans et demi.</p> <p>- <u>Puéricultrice n°2</u> :</p> <p>Donc toute jeune diplômée ? C'est ça.</p> <p>Juste quelques mois ? Oui.</p> <p>Vous avez toujours travaillé en néonate ?</p> <p>Je suis arrivée ici en mars 2018 et bah je tourne dans les services, j'ai fait de la maternité, de la pédiatrie, là je fais de la néonate et là je vais bientôt aux urgences pédiatriques. Et après juste avant j'ai de la pédiatrie, des urgences péd, mais au CH de ***.</p> <p>- <u>Puéricultrice n°3</u> : Alors je suis diplômée depuis 84, et j'ai commencé ici en 94 euh 95, 95. J'ai fait un peu de réa néonate, et après j'ai intégré les soins. Et donc depuis, je suis toujours là, donc ça doit faire quelques 20 années et quelques [rires].</p> <p>- <u>Puéricultrice n°4</u> : 93 et 15 ans.</p> <p>- <u>Puéricultrice n°5</u> : 14 ans et 14 ans</p> <p>- <u>Puéricultrices n°6</u> :</p> <p>A : 6 ans que je suis en néonate et ça fait 14 ans que je travaille. J'ai commencé à travailler en 2004.</p> <p>B : Moi je suis diplômée depuis 1998 et je suis en néonate depuis 1998. Donc ça fait 20 ans.</p> <p>- <u>Puéricultrice n° 7</u> : En fait, j'ai commencé à travailler en tant qu'infirmière, ensuite je me suis formée, je suis allée à l'école de puéricultrice et je suis revenue en néonate avec le diplôme de puéricultrice, du coup j'ai travaillé cinq ans comme puéricultrice et avant comme infirmière. J'ai</p>	

	travaillé dix ans dans les services de médecine néonatale entre la réanimation et les soins intensifs.	
La collaboration PDE/parents	<p>- Tout le temps. Tout le temps, tous les jours ? Oui.</p> <p>En fait nous le but c'est de les rendre euh... Ils sont autonomes le plus vite possible les parents ici. Même quand c'est des transferts d'un autre hôpital le but c'est qu'ils soient autonomes assez rapidement pour pouvoir rentrer chez eux. Donc, euh, ils font les soins assez vite ici. Enfin, comme ça devrait être normalement.</p> <p>Et suivant ce qu'ils sont capables de faire aussi. On ne va pas faire des alimentations par sonde ou ce genre de truc.</p> <p>- C'est-à-dire ? Moi ? Pour Moi ? Ouais, il y a un échange avec les parents mais eux, enfin nous c'est toujours, euh... Enfin moi ce que j'en retire c'est que je fais toujours de la pédagogie avec les parents. C'est que je leur apprend à être autonomes et que... Mais moi, enfin, c'est mon travail, je veux dire ce que j'en retire, la question, je... Ou alors c'est qu'est-ce que ça apporte...</p> <p>Qu'est-ce que ça apporte à l'enfant et qu'est-ce que ça vous apporte.</p> <p>D'accord, donc ce n'est pas moi ce que j'en retiens. Euh, mon rôle c'est de former les parents pour qu'ils puissent interagir avec leur enfant. Du coup c'est créer le lien parent-enfant. Et c'est parce que les parents vont être acteurs que le lien va se créer, parce qu'ils vont être en contact avec leur enfant. C'est ça ? Je ne comprends pas tout.</p> <p>- Ouais, toujours, nous, enfin pour le peu que je travaille en néonate, on essaie de favoriser au maximum la présence de la maman et du papa aussi</p>	<p>Pédagogie Former les parents</p> <p>Parents acteurs</p>

	<p>quand c'est possible, que ce soit dans les soins d'hygiène et de confort. Même quand on fait un soin un peu plus douloureux, on veut toujours que les parents soient là pour justement favoriser le lien et pour qu'il y ait cette réassurance avec les parents. Et en maternité, aussi, on travaille toujours avec la participation des parents.</p> <p>- Et cette collaboration, qu'est-ce que vous en retirez pour l'enfant, comme pour vous ?</p> <p>Bah surtout pour les enfants qui sont en néonatalogie, c'est vrai que ce n'est pas simple pour les parents d'être toujours présents parce qu'en fait ici, il y a des chambres mère-enfant où c'est beaucoup plus personnel, la maman peut être là 24h/24, elle a son lit, il y a une salle de bain dans la chambre et tout ça. Mais après rapidement, au bout de 4 jours, quand la maman est sortante, les enfants passent en box, donc là c'est plus compliqué pour la maman de rester 24h/24 parce qu'il n'y a pas de douche propre à la chambre, il y a beaucoup moins de confort, donc c'est vrai que, même pour les repas c'est un peu plus embêtant. Bah c'est à partir de là que nous, on essaie toujours de favoriser la participation des parents aux soins, que ce soit le bain, on essaie toujours de mettre en place des créneaux de bain. Même si nous, ça ne nous arrange pas, s'il faut prendre un bain dans l'après-midi parce que la maman sera là, bah ce sera toujours en fonction de la maman. Pour les alimentations, si on peut décaler l'alimentation d'une demi-heure pour que la maman soit là, pareil on le fait. Et nous, quand il y a des enfants qui sont là assez longtemps, et où il y a l'absence, enfin quand on voit que les parents</p>	<p>Réassurance des parents</p> <p>Contrainte matérielle dans le service (chambre)</p> <p>S'adapter aux parents</p> <p>Inclure les parents</p> <p>Contrainte temps</p>
--	--	---

	<p>sont peu présents, on voit quand même une grande différence dans l'éveil de l'enfant, quand on fait les soins, enfin c'est pas du tout la même chose, c'est pour ça qu'on essaie, d'inclure au maximum les parents dans les soins.</p> <p>- Bah on le fait tout le temps, parce qu'en fait ça fait partie de la démarche IHAB, et comme on a le logo IHAB, c'est un des pré-requis. Du coup, les gens, les parents sont inclus dans les soins dès leur arrivée. Après en fonction du bébé, il y a des variantes, si le bébé n'est pas stable, ça peut, on peut, différer soit une toilette, soit différents soins avec les parents. C'est vraiment le bébé qui est au centre qui va faire en sorte qu'il y ait des soins adaptés, on fait toujours des soins adaptés et on voit s'il est capable, lui, de recevoir certains soins. En sachant par exemple la toilette, si c'est une toilette avec parents, ça prend plus de temps si le papa ou la maman n'est pas très.... S'ils n'ont pas l'habitude. Et après, on négocie les soins en fonction de l'état du bébé.</p> <p>- Ah bah moi j'ai connu un temps où les parents n'étaient pas inclus dans les soins, ils faisaient du peau-à-peau mais ils ne faisaient pas les soins comme la toilette. Bah oui c'est que du plus, non non ça fait partie de la prise en charge du prématuré ou du nouveau-né maintenant.</p> <p>- Oui. En peau-à-peau, en donnant des nouvelles, ils peuvent venir 24h/24 les parents, les frères et sœurs aussi. Par le biais téléphonique, s'ils sont un peu loin aussi. On favorise le rapprochement au cas où les parents sont assez loin, dès que l'enfant va mieux, s'il peut être transféré dans un autre service.</p>	<p>Prise en charge actuelle</p> <p>Ouverture du service 24/24</p> <p>Favoriser le rapprochement</p>
--	---	---

	<p>Qu'est-ce que vous retirez de cette collaborations d'un point de vue professionnel ?</p> <p>Bah surtout les parents sont contents, le lien se fait mieux avec l'enfant, le lien parents-enfant.</p> <p>- Oui. A moi personnellement ? Oui c'est ça en tant que puéricultrice.</p> <p>Alors je dirai plus de sérénité parce que l'enfant est plus serein. Euh... Alors après ça dépend quand même un peu de l'attitude des parents. Il y a des parents pour lesquels c'est difficile, mais, euh..., mais en règle générale l'enfant est plus serein, plus détendu, plus compliant aussi parce que de toute façon il est « cocooné ». Il se sent en sécurité et du coup le soin se passe mieux, et pas forcément plus rapide parce qu'on prend le temps quand même mais ça se déroule mieux en tout cas.</p> <p>- Dans les soins au quotidien ? Toute la place qu'ils veulent. (Rire) C'est hyper important qu'ils prennent leur place de papa et de maman. Alors moi j'aime à leur rappeler que nous, nous sommes soignants et nous ne sommes que soignant vis-à-vis de leur enfant et qu'eux sont les parents. Donc même s'ils ne font pas les soins, euh..., c'est à respecter parce qu'il y a des parents qui ne veulent pas faire les soins. Pour qui c'est effrayant ou qui ne veulent pas, qui..., qui n'en ont pas envie, mais ils sont parents quand même et ils ont plein d'autres choses à faire que les soins même s'ils ne veulent pas changer la couche, bah moi je m'en fiche (rire), c'est pas grave mais il y a plein d'autres choses à faire et notamment, euh..., euh..., parler à leur bébé, les rassurer, faire du peau-à-peau, les câliner, les contenir. Beaucoup, on les incite énormément à les</p>	<p>Parents contents</p> <p>Dépendant des parents</p> <p>Bienfaits sur l'enfant</p> <p>Prendre le temps</p> <p>Etre parent</p> <p>Dépendant des parents (peur...)</p> <p>Les alternatives aux soins techniques pour les parents</p>
--	--	--

	<p>contenir pendant les soins et puis après avec le temps, oui, euh..., faire le nursing, alimenter leur enfant. Et on insiste sur la présence des parents, ça c'est sûr. Et on leur dit.</p> <p>- C'est-à-dire le travail avec les parents, euh..., les soins avec les parents ? On le fait tout le temps, on le fait au quotidien. On le fait au quotidien, par exemple pour l'éducation pour les changes, l'éducation pour le sein, l'éducation au biberon. On essaie d'attendre toujours les parents pour faire les soins avec eux. Pour que ce soit un maximum les parents qui fassent et que nous, on soit en soutien derrière.</p> <p>Le peau-à-peau aussi, c'est considéré comme un soin, on le fait forcément avec les parents. On leur explique au départ et puis on leur montre après comment prendre le bébé tout seul et puis, pour dire que vraiment ils arrivent à prendre leur bébé en charge. Surtout dans notre service puisqu'en plus à *** c'est vraiment presque la pré-sortie des bébés donc du coup on leur apprend de plus en plus à être autonomes et du coup, on essaie de leur faire faire de plus en plus les gestes, euh..., au départ, accompagnés toujours, après ils le font eux et on reste à côté puis après ils le font eux-mêmes.</p> <p>- Ah, bah, un bien-être pour le bébé. Enfin c'est vraiment, euh... Le bébé il... On voit bien que les parents qui restent H 24, enfin en tout cas, le plus souvent possible à côté de leur bébé, en peau-à-peau ou en s'occupant d'eux, euh... Les bébés sortent beaucoup plus vite en fait. Donc euh..., du coup, ils ont d'abord beaucoup moins peur dans les soins, puisqu'ils apprennent à connaître leur bébé et à</p>	<p>Eduquer le parent</p> <p>Laisser faire le parent ; rôle de soutien de la puéricultrice</p> <p>Accompagnement du parent</p> <p>Moins d'appréhension par le parent</p>
--	--	---

	<p>savoir décrypter pourquoi il pleure, pourquoi... voilà. Et du coup, ils ont moins peur à la sortie à la maison où ça se passe beaucoup mieux. Et on a aussi l'HAD, l'hospitalisation à domicile, donc du coup quand les parents sont toujours, toujours présents à côté de leur bébé quand ils sont hospitalisés, ils arrivent à prendre vraiment de l'assurance. Et du coup ils peuvent sortir en HAD justement ils arrivent à plus... euh... A avoir plus d'assurance et pouvoir rentrer à la maison.</p> <p>Après au niveau professionnel, euh... On en tire quand même une certaine satisfaction, parce que quelque part ils arrivent, ils ne savent rien, parfois c'est le premier enfant et... On arrive à leur faire passer des petits messages ou leur montrer leur enfant. Enfin, leur expliquer comme... Enfin ils apprennent, euh... On les voit évoluer en fait au fil des jours et ils apprennent de mieux en mieux à connaître leur enfant, ils s'en occupent de mieux en mieux et quelque part c'est... Pour nous, on a réussi notre boulot quoi...</p> <p>- Oui, alors en fait dans les services de médecine néonatale, on développe de plus en plus les soins de développement et la participation des parents pour favoriser la parentalité. Donc dans la mesure du possible, on attendait les parents pour réaliser les soins : les soins de confort, la toilette, des choses comme ça. On proposait plus précocement et plus systématiquement les mises à bras ou le peau-à-peau. Dans les nouvelles pratiques, il était prévu en fonction de la santé de l'enfant de pouvoir transférer l'enfant du bloc de maternité au service sur sa maman, ou dans les bras de son papa, en fonction de</p>	<p>Gratifiant pour la puéricultrice : satisfaction ; réussite</p> <p>Faire passer des messages aux parents</p> <p>Binôme</p>
--	---	--

	<p>l'état de la maman, et non pas forcément systématiquement dans une couveuse. L'importance d'avoir les parents pour réaliser les soins, c'est que du coup on fait des soins en binôme, à quatre mains, et on gagne en confort pour l'enfant. Du coup, on peut mieux le « cocooner », on peut mieux l'apaiser et on peut mieux répondre à ses besoins.</p> <p>Donc c'est ce que vous retirez de cette collaboration, un meilleur confort ?</p> <p>Oui, oui et le soin en binôme, ce n'est pas forcément le parent qui fait le soin. Rien que le fait d'avoir son enfant dans les mains, de le « cocooner », ça participe au soin et du coup rien que ça, c'est important parce que ça nous permet des gestes tels qu'une aspiration nasale, ou nettoyer les yeux ou des soins de cordon, que les parents n'ont pas forcément envie de réaliser parce qu'il s'agit de soins techniques mais au moins eux participent dans la partie agréable du soin.</p> <p>Et quelle place laissez-vous aux parents ?</p> <p>Dans la mesure du possible, ils font ce qu'ils veulent. Il y a des parents qui ont envie, par exemple, de nettoyer les yeux ou de changer la couche, même chez un très petit, chez un grand prématuré. C'est sans obligation, c'est vraiment en fonction de ce que le parent se sent capable de faire. Le but étant de l'amener à une prise en charge progressive de l'enfant, dans sa globalité, pour que au moment de la sortie, les parents se sentent autonomes avec leur enfant. Le but étant aussi de favoriser le lien parents-enfant pour éviter des troubles relationnels par la suite.</p>	<p>Apaiser l'enfant et répondre à ses besoins</p>
--	---	---

	<p>déjà des antécédents, euh, voilà où on sait qu'il faut qu'il y ait... qu'ils viennent tout de suite. Soit c'est nous qui leur disons, bah avec cet enfant-là, ils ne sont pas souvent là... « Est-ce que tu peux passer ? » Donc c'est soit nous soit c'est d'office. Ça dépend un petit peu du contexte.</p> <p>- Bah c'est dès le début, dès qu'on les accueille, il se fait dès le début à l'accouchement avec l'enfant. Et nous, on l'observe dans tout, dans les regards, dans le contact que la maman a avec son bébé, dans les discours qu'elle va tenir avec son bébé quand on est présent, dans sa présence aussi au sein du service, au sein de la PEC que l'on peut amener au bébé et à la maman, parce que nous on prend en charge le bébé, mais automatiquement on va aussi prendre en charge la maman et la famille dans sa globalité. Mais c'est dès le début, dès qu'on les accueille qu'on repère ce lien entre le bébé et la maman.</p> <p>- Bah le nombre de visites, si la maman elle vient souvent ou pas, ou si le papa vient ou pas. Si elle va vers son bébé ou si on est obligé de créer un lien. C'est surtout quand elle arrive, comment elle se comporte. Il faut observer le comportement de la maman, et c'est là qu'on va observer un dysfonctionnement ou pas dans l'attachement.</p> <p>- Oh bah les parents qui viennent déjà régulièrement, en faisant du peau-à-peau. Après, il y a l'allaitement maternel qui favorise aussi le lien. Euh... Vous pouvez répéter la question ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous permet de repérer la présence d'un lien entre les parents et le nouveau-né ?</p> <p>Bah la présence des parents, leur façon d'être aussi, ils ont l'appréhension de le prendre quand ils sont</p>	<p>Rôle d'observation</p>
--	--	---------------------------

tout-petit. Le nombre de fois où ils téléphonent. Enfin, et encore, il y en a qui téléphone, et ce n'est pas pour ça qu'ils vont venir. Oui, par leur comportement, on voit bien qu'il y a de l'attachement avec les parents. Après, c'est aussi avec le discours des parents, parfois ils nous disent que c'est un peu difficile, ça nous arrive de faire passer l'équipe pédopsy. Donc quand on sent qu'il y a quelque chose par en-dessous et qu'on sent qu'il faut approfondir la question.

- Ça c'est très subjectif, quand même, et puis d'un parent à l'autre c'est quand même très différent. Euh... Je pense que la durée de la prise en charge elle nous aide pour repérer ces signes-là, parce qu'ils sont quand même très interindividuels d'un parent à un autre. Euh... Les parents, en fait, ils ont besoin parfois de temps et parfois non, pour prendre leurs marques avec leur bébé ; leurs habitudes. Euh... La manière qu'ils ont de le porter, de le contenir, elle, euh... C'est des signes qui nous font dire, bah..., il y a du lien qui se crée. Quand ils arrivent à appréhender, euh..., entre guillemet la taille de leur bébé. C'est des bons indicateurs. La dextérité dans les gestes pas forcément parce que, voilà, on a tous des capacités différentes et que de temps en temps c'est pas forcément évident de..., d'aller faire certaines choses. Et puis le contact qu'ils ont, que ce soit physique ou verbal avec leur bébé et puis visuel aussi. La manière qu'ils ont de regarder leur bébé, mais c'est des choses (silence), très subjectives mais en même temps tellement humaines. On a tous en fait, euh... voilà je n'ai pas vraiment d'indicateur, c'est du ressenti vraiment.

Pédopsychiatrie

	<p>- Question oubliée lors de l'entretien</p> <p>- Leur confort, en néonate, on avait un test sur des moniteurs qui nous restituait le confort de l'enfant. Et en présence des parents, on pouvait observer un meilleur confort des parents. Ce sera des enfants qui font moins de bradycardies, moins de pauses respiratoires, des enfants qui vont être beaucoup plus confortables, on n'observe pas de signes de douleur ou de crispation ou des choses comme ça, moins de signes de retrait aussi : les enfants qui éternuent et qui baillent. Du coup c'est intéressant de se dire que la présence des parents a vraiment une valeur réconfortante et malgré tout, c'est une nécessité dans les soins.</p>	<p>Confort du nouveau-né</p> <p>Rôle des parents dans le réconfort</p>
<p>Outils mis en place</p>	<p>- Les outils ? Nous ce qui nous permet d'avoir les parents, euh, présents et pour le lien c'est qu'ils puissent dormir là et que, euh, on leur fasse faire les soins. Enfin tu vois on n'a pas d'outil, euh... Je réfléchis pour les interactions, c'est vraiment ça en fait... C'est la présence des parents dans la même chambre et essayer au plus vite après la naissance. On a aussi des chambre mère-enfant comme ça les mamans qui viennent d'accoucher elles peuvent, euh, être avec leur petit, euh, tout de suite.</p> <p>- Est-ce qu'ils sont en demande à mettre en place des outils ?</p> <p>Non. Jamais ? Non C'est toujours vous qui prenez les devants par rapport à ça ? Bah, pfff. Je ne comprends pas quel outil tu veux que... En fait c'est surtout aussi, si les parents ne restent pas forcément dans la chambre, est-ce qu'il y a quelque chose que vous utilisez, des conseils que vous pouvez donner aux parents pour justement favoriser et maintenir le</p>	

lien ? Non, on leur dit juste que c'est important pour leur enfant qu'ils soient là, euh..., euh... De toute façon, nous, euh..., pour pouvoir sortir il faut qu'ils aient passés au minimum deux nuits avec leur enfant. En fait 48h où ils soient euh..., où ils aient passé vraiment 48h avec leur enfant au total, ici, chez nous, pour qu'on puisse valider la sortie. Après, voilà on comprend aussi qu'il y a des mamans qui ont cinq enfants et que, bah, ce n'est pas évident de placer les autres etc... Mais il y a quand même possibilité que les frères et sœurs viennent, euh, certains jours, etc... Donc il y a quand même des possibilités pour que les parents soient présents. Mais, voilà... ça c'est sûr c'est imposé les 48h auprès de l'enfant. Après nous c'est juste du rôle, euh... Bah, « votre enfant il a besoin de votre présence pour qu'il sente que vous êtes là et qu'il interagisse et qu'il ait envie de progresser et qu'il a envie de sortir plus vite ». C'est juste ça. On n'a pas d'autres outils, euh..., pour les faire rester.

- Comme je vous l'ai dit, il y a la chambre mère-enfant qui est possible au début. Après quand il y a des choses particulières : des allaitements qui ont du mal à se mettre en route, quand on a des chambres mère-enfant de libre, on essaie de réinstaller les parents et le bébé en chambre mère-enfant justement pour favoriser le lien, pour que la maman elle puisse rester plus longtemps, tout ça, justement pour renforcer le lien qui est entre tout ça. Après ici, la présence des parents est possible 24h/24 même du papa, il n'y a pas d'heure de visite tout ça, après c'est plus compliqué pour les frères et sœurs, ils peuvent venir que le mercredi et le week-end mais bon voilà,

Fratrerie

	<p>mais c'est aussi parce que c'est un service un peu protégé, donc c'est aussi pour ça que la présence des plus petits est plus restreinte. Mais c'est tous ces outils-là, et puis aussi l'équipe, le travail en équipe qui fait que dès qu'on relève ou qu'on observe quelque chose dans le lien mère-enfant on le fait. On fait pas mal de transmissions sur ces points-là quand il s'agit de prématuré, ou de contextes sociaux particuliers, ou quand l'accouchement ne s'est pas très bien déroulé, on a des psychologues qui sont disponibles aussi pour qu'elles surveillent aussi le lien mère-enfant qui s'est fait dès le début. Voilà, je pense que le travail d'équipe fait beaucoup, pendant les transmissions, pareil, on n'oublie jamais de dire, là c'est une maman investie, là c'est une maman qui est assez craintive dans les soins auprès de son bébé, enfin voilà, il y a beaucoup de choses qui sont quand même transmises entre nous. Et après, on essaie de se montrer un maximum disponible, même quand il y a beaucoup de travail, on essaie d'être au maximum auprès des mamans, quand on voit que les soins leur fait peur parce que voilà, nous on est habituée, mais un bébé tout petit, ou un retard de croissance, nous ça peut nous paraître comme une habitude mais bon il faut pas oublier que pour les mamans, surtout si elles ont eu d'autres enfants nés à terme avec un poids de 3.5kg, ça peut être compliqué les premiers jours, donc on essaie toujours de favoriser un accompagnement et après, au fur et à mesure, une autonomie dans la prise en charge de leur bébé. Voilà, mais ça se fait quand même sur plusieurs semaines, surtout chez les tout-petits.</p>	<p>Equipe avec psychologue</p> <p>S'adapter aux mamans par rapport aux « habitude » des soignants</p>
--	---	---

	<p>- Alors le lien, alors bah les outils, il y a notre feuille de soins, parce qu'on note les visites, on note le peau-à-peau. Après, on a un cahier de transmission dans lequel il y a des cases réservées aux parents, et on voit s'ils viennent souvent, on voit s'ils téléphonent, on met s'ils font du peau-à-peau, s'ils font la toilette, s'ils font les changes. C'est des feuilles d'une semaine, du coup on voit rapidement s'il y a un dysfonctionnement, si elle vient de façon épisodique, alors si les parents viennent de façon épisodique, on se pose la question de savoir s'il y a des éléments qui font qu'ils ne peuvent pas être présents. Et s'il n'y a pas de raison, là on s'inquiète quoi. Et donc du coup, on est vigilant, et quand les parents sont là, on est plus attentifs au moindre signe. Et si on repère des choses, on en parle à l'équipe médicale et à l'ensemble du personnel pour que tout le monde soit vigilant et après il y a possibilité de rencontrer la psychologue si ça persiste. On propose aux parents et puis on voit si oui ou non.</p> <p>Mais parfois, ils ne viennent pas, parce que nous on draine tout le Nord Pas-de-Calais, et qu'il y a de la distance parfois. Après, il y a des fratries, bon si c'est un premier bébé ça va, mais si c'est le bébé x de la fratrie, bah ce n'est pas toujours facile de s'organiser pour les parents quoi.</p> <p>- Bah j'pense que c'est la relation qu'on établit avec les parents donc on voit, on propose certaines choses mais en même temps c'est un échange avec les parents. Mais comme on n'a pas forcément les bébés plusieurs jours, on essaye d'avoir les bébés quand on les a en charge plusieurs jours d'affilée mais par</p>	<p>Freins : distance ; fratrie</p> <p>PEC sur plusieurs jours</p>
--	---	---

notre roulement, on peut être amené à ne pas les récupérer, et donc du coup, de voir quand on a pas les bébés, ce qui a été fait par les collègues, et donc c'est un échange. Et parfois, si on n'a pas l'habitude du bébé, c'est eux qui nous guide, ils nous parlent de leur peau-à-peau et c'est un échange, et on voit si dans le peau-à-peau ou dans les soins, quelle qualité de relation il y a. Après je pense que c'est vraiment un échange, et ce n'est pas nous qui disons « moi je veux faire ça », c'est en collaboration avec les parents. Et donc du coup s'ils ont eu l'habitude de faire certaines choses, on continue, si on pense que ce n'est pas le bon moment pour faire ça, on le dit, on peut différer les soins ou expliquer le pourquoi du fait qu'on ne peut pas faire le soin à ce moment-là. Oui c'est plutôt nous quand même oui. Mais bon, il y a des attachements qui se font spontanément et où on n'a pas à intervenir.

- Bah justement, on donne le livret d'accueil, on leur fait visiter le service, on leur explique comment on fonctionne. Leur souhait, surtout, leur souhait à eux. Bah, dans leur discours, ils disent que c'est compliqué, qu'ils ne s'attendaient pas à ce que leur enfant soit transféré.

Et les parents, est-ce qu'ils mettent d'eux même quelque chose en place ? Ou est-ce que c'est vous qui proposez à chaque fois ?

Non, il y a des parents qui arrivent et qui savent déjà qu'il faut ramener quelque chose avec leur odeur, mais en général, c'est nous qui proposons parce qu'ils n'en ont jamais entendu parlé, ils ne s'attendaient pas que leur enfant serait transféré. On

Effet de surprise
situation
inattendue

	<p>demande soit le doudou, ou quelque chose qui porte l'odeur des parents.</p> <p>- Alors on en a plusieurs. On ne peut pas vraiment parler d'outils, c'est un mode de travail en fait. Euh... Donc le fait que le service soit complètement ouvert aux parents, 24 heures sur 24. A la fratrie également. Euh... Et puis ouvert à l'extérieur aussi, les visites peuvent venir l'après-midi, accompagnées toujours des parents. Euh... On les incite comme je le disais avant à être là pendant les soins, on leur explique que leurs enfants ont besoin d'être contenus et donc ont besoin d'eux, ont besoin de leur présence, ont besoin de faire des séances de peau-à-peau avec leurs parents. Euh... Qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Répète-moi ta question que je recible bien.</p> <p>- Bah c'est des parents qui généralement arrivent, et sont quand même un peu perdus. Euh... Voilà, il y a le choc de la naissance généralement, pas systématiquement mais quand même souvent ou alors le choc de la séparation ou de la maladie, enfin voilà. Euh... Maintenir le lien c'est aussi simplement donner nos coordonnées téléphoniques, dire qu'il y a toujours quelqu'un. Qu'ils appellent quand ils veulent notamment quand les mamans elles rentrent. On insiste sur la présence d'un doudou ou en tout cas d'une odeur des parents, essentiellement de la maman. Donc ça on insiste pour qu'ils en aient un assez systématiquement et puis sur le temps qu'ils passent avec leur bébé. C'est vrai qu'on a aussi la chance d'avoir, euh..., une équipe de pédopsy sur laquelle on s'appuie. Et quand on voit qu'il y a des parents qui ont du mal à</p>	<p>Parents perdus</p> <p>Choc de la naissance</p> <p>Freins : peur ; appréhension ; éloignement</p>
--	--	---

	<p>venir pour des raisons, soit de la peur, soit de l'appréhension, soit même de manière géographique, des parents qui sont éloignés, qui ont que les transports en commun pour venir, voilà. On essaie de s'appuyer un peu sur toute l'équipe et puis de..., de faire le point, essayer de maintenir ce lien. On a une salle parents aussi. Donc c'est une salle parents à côté qui permet aux parents de rester vraiment la journée. Ils ont de quoi se faire des cafés, ils ont un réfrigérateur donc ça, ça permet du lien aussi parce qu'en fait les parents peuvent rester. Il y a des jouets pour les frères et sœurs donc ils peuvent rester aussi un petit peu plus longtemps. Voilà, ça permet aux parents de rester.</p> <p>- La présence H24 des parents. Les parents peuvent être là H24. Ils ont soit des chambres mère-enfant mais c'est vrai qu'on en a pas tant que ça mais en tout cas ils ont la possibilité de... D'avoir des couchettes pour dormir auprès de leur bébé et de rester là.</p> <p>Au départ il y a quelques années, c'était que la maman, et maintenant on autorise aux deux parents, enfin au couple, de rester. Euh... Après on a notre petit cahier qui sert de... Enfin nous on écrit nos courbes et tout ça et les parents peuvent écrire dans ce cahier. Et on a maintenant aussi une ardoise Velleda où ils peuvent écrire euh... Euh... « bah on vient pour la toilette » ou « je reviens à telle heure » ou « attendez-moi pour la prochaine alimentation », ou... Voilà. On a des petits panneaux aussi genre « mes parents font ma toilette » comme ça on le sait si on a fait avec eux, s'ils sont accompagnés ou...</p>	<p>Salle parent Jouets pour la fratrie</p> <p>Chambre mère-enfant mais pas beaucoup</p> <p>Outils : cahier ; ardoise ; panneaux ; bandeaux de portage</p> <p>Investissement de la chambre</p>
--	---	---

	<p>On a une petite salle de restauration où ils peuvent, euh... Prendre leurs repas sur place. Donc quand ils dorment là c'est quand même plus facile pour gérer leurs repas.</p> <p>On les invite à décorer la chambre aussi. Du coup ça permet aussi de faire un lien des fois, ou d'accrocher des dessins des frères et sœurs et... Comme ça ils s'approprient les lieux et puis ils peuvent aussi créer le lien avec les frères et sœurs ou, ils peuvent, euh...</p> <p>Ouais faire des dessins, les accrocher sur le mur ou sur le petit berceau.</p> <p>Qu'est-ce qu'on a comme outils ? Bah on a les bandeaux de portage quand même pour le peau-à-peau. Redis la question.</p> <p>- Après on a tous nos équipes autour. Je pense par exemple à Agathe, l'équipe de périnatalité qui...</p> <p>Quand il y a des fois des liens difficiles ou des petites difficultés elle permet vraiment de... Avec l'observation du bébé, en montrant des gestes euh...</p> <p>En montrant le développement euh... la psychomotricité et tout ça. Elle permet de rentrer en lien avec les parents et des fois quand le lien est un peu compliqué par la suite, quand ils sont rentrés à domicile, elle va aussi à domicile pour dire de continuer à essayer de... Justement de développer le lien et de voir si tout se passe bien et ça c'est l'équipe de périnatalité. Ouais il y a aussi les intervenants extérieurs, les kinés par exemple, pour euh... Bah pour la posture de bébé prématuré, pour aussi expliquer à la maison comment installer un enfant dans son lit, dans un transat, euh... L'écharpe de portage aussi. Après on a les psychologues dans le service aussi. Quand on voit qu'il y a des</p>	<p>Outils : équipe périnatalité ; kinésithérapeute</p>
--	---	--

difficultés... Les mamans elles sont en difficulté, on peut faire intervenir les psychologues. Euh... (silence) Après on est beaucoup dans l'écoute, quand même, dans l'équipe, on est toujours euh... On échange beaucoup en fait. On passe beaucoup de temps en fait, euh... Ici en fait l'apprentissage c'est beaucoup dans le relationnel, il n'y pas beaucoup de technique, c'est beaucoup d'alimentation, d'autonomisation des enfants et beaucoup de relationnel.

- Bah c'est un peu nous. C'est un peu instaurer dans nos habitudes de service et puis dès qu'ils arrivent ici, ça fait partie d'un package en fait, euh... Du coup, ils se laissent un peu emporter, guider par nos propositions ; ils adhèrent, ils n'adhèrent pas, enfin... On fait vraiment en fonction de chaque parent, de ce qu'ils veulent. On propose toujours, voilà.

Après du coup, t'as les parents qui posent beaucoup de questions et qui... Voilà quand on leur explique, après, il y a des parents qui viennent nous dire, et bah, par exemple, euh... « ce transat-là, est-ce qu'il serait bien pour la maison ? » ou... Enfin, voilà, du coup ils posent beaucoup de questions et... Et, ouais, au départ c'est nous qui apportons les informations.

- Alors, dans les services, que ce soit en réanimation ou aux soins intensifs, il y avait un cahier de vie qui était mis en place, qui était proposé aux parents. Si les parents l'acceptaient, l'équipe faisait des photos, le remplissait en indiquant ce qui avait été fait dans la journée, les moments clés de la journée. Et les parents étaient aussi invités à remplir ce cahier de vie, et l'entourage aussi. Donc parfois les visites, que

	<p>ce soit les fratries ou l'entourage proche des parents mettaient un petit mot dedans. Après, il y avait aussi, on indiquait les heures des soins sur les tableaux dans les chambres et les parents nous indiquaient l'heure à laquelle ils arrivaient. Donc après, en fonction de l'état de l'enfant, soit on les attendait pour faire les soins de l'enfant ensemble, soit on faisait les soins sans les attendre. Mais dans la mesure du possible, c'était fait en concertation avec les parents. Donc il y avait différentes petites choses, et puis les parents pouvaient appeler quel que soit l'heure du jour ou de la nuit pour prendre des nouvelles de leur enfant ou pour nous dire s'il y avait un changement dans l'horaire d'arrivée pour les soins ou les choses comme ça. Du coup on s'adaptait en fonction des parents dans la mesure du possible.</p> <p>Ces outils sont-ils mis en place à la demande des parents ? Ou de votre propre initiative ?</p> <p>C'est nous qui les mettions en place, parce qu'il y avait différentes formations qui avait été proposées. Il y avait des infirmières ou des puéricultrices qui avaient suivi des formations et c'est vrai qu'on essayait de développer un maximum une communication avec les parents parce qu'on est pas forcément tout le temps, parfois il y a des informations qui sont perdues lors des transmissions, du changement d'équipe et s'il y a d'autres évènements importants qui se sont passés sur le poste, et du coup il y a différentes choses qui se sont mises en place pour éviter cette perte d'informations et favoriser la communication avec les parents.</p>	<p>Freins : informations perdues ; changement d'équipe</p>
--	--	--

<p>Comportement de l'enfant suite à un échange prolongé</p>	<p>- Bah, c'est un enfant qui est plus éveillé, qui est plus... Qui progresse plus vite, qui est, voilà... Qui est dans l'interaction. Les bébés qui sont souvent seuls, bah, ils ont tendance à... Même si nous on est là, on ne remplace pas un parent. Ils ont quand même tendance à s'éteindre. C'est des bébés qu'on entend, enfin, qui ne vont plus forcément pleurer, qui ne vont plus réclamer, qui vont... C'est vraiment quand on va les stimuler qu'ils vont se réveiller, ce genre de chose. Voilà. Donc je dirai un bébé plus réactif, plus dans l'interaction et qui du coup se développe plus vite et mieux.</p> <p>Vous le voyez tout de suite ça ?</p> <p>Bah tout de suite, euh..., non peut être pas. Enfin, souvent c'est des enfants qui restent longtemps. Si c'est des enfants qui restent quatre-cinq jours en général les parents ils viennent, ils sont là, si c'était un premier ils sont souvent là etc... Mais des enfants qui sont hospitalisés pendant un moment les parents ne viennent pas tout le temps. Donc c'est plus ces enfants-là qui restent un petit moment avec nous, nous on voit que, bah..., au bout d'un moment, ils ralentissent un petit peu quoi.</p> <p>- Je pense que c'est beaucoup de l'éveil, de l'alimentation, c'est un exemple basique : du peau-à-peau avec un enfant qui est irritable, qui a du mal à digérer, dès qu'il va être en contact avec son papa ou sa maman, même pas forcément en peau à peau, mais dès qu'il va se sentir plus rassuré. On est en plein dans le lien mère enfant je pense. Parfois, ça peut avoir aussi l'effet inverse, parce que quand on a des parents qui sont très stressés, angoissés par la prématurité ou autre chose, ou encore qui ont des</p>	<p>Frein : Durée de l'hospitalisation</p>
---	---	---

	<p>à s'infecter, ou s'il va moins bien, ou s'il se dégrade un peu parce qu'ils l'observent à chaque fois qu'ils sont là. Donc euh Je ne sais plus la question.</p> <p>[Rires]</p> <p>- Ah bah pour le peau-à-peau, c'est connu, la respiration, la fréquence cardiaque, ils sont plus zen mais quelques fois quand ils en ont marre, ils savent le manifester aussi donc c'est bien de voir quand ils en ont assez du peau-à-peau et qu'ils voudraient qu'on les réinstalle, ça aussi... [quelqu'un ouvre la porte et la referme], leur tonicité, leur éveil avec leurs parents, ils viennent les chercher du pied. Donc oui, il y a pleins de signes.</p> <p>- Oui alors souvent, ça peut être des enfants qui sont plus calmes. Et après parfois ça peut être des enfants qu'on entend pas trop et c'est des enfants silencieux. Donc, tu vois, tu peux avoir les deux. Est ce qu'ils sont apaisés, ou est-ce qu'ils sont juste calme. Un enfant qui ne voit pas ses parents peut être calme. Donc, tu vas dire, ah bah il est calme, ses parents lui manquent. Bah si, ils lui manquent ses parents, il est triste.</p> <p>D'accord, et ça, vous arrivez à le repérer par des signes ?</p> <p>Bah, quand on sait que les parents ne sont pas là et qu'il est toujours calme, enfin ça un peu moins. J'ai travaillé avec des enfants abandonnés en maternité aussi, et là on voyait la différence entre des parents qu'il ne verrait jamais plus....</p> <p>- Alors ça aussi ça dépend des enfants. (Rire) Il y a des enfants pour qui, quand ils viennent de faire des séances de peau-à-peau et que les parents s'en vont, le retour au calme est un peu plus compliqué. Euh...</p>	<p>Enfant dépendant</p>
--	--	-------------------------

	<p>Mais en règle générale, ils sont quand même beaucoup plus apaisés par la présence des parents. C'est le seul lien qu'ils ont d'avance, c'est tout ce qu'ils connaissent, c'est les odeurs, c'est les bruits, c'est... la voix. Donc ça ne peut que leur faire du bien et puis ça... Ils murent beaucoup plus vite aussi, hein, de toute façon.</p> <p>- Bah, c'est un enfant qui est plus apaisé. Il est quand même plus... Après nous on fait beaucoup de peau-à-peau ici, on insiste vraiment sur le peau-à-peau parce qu'il y a énormément de bénéfices et euh... Souvent quand ils arrivent... Ils en font beaucoup en réa, aux soins, un peu moins ici. Mais du coup, là on est un en zone dynamique où on essaie de « rebooster » un petit peu pour le peau-à-peau, ici, parce que on les... On... Voilà les enfants sont plus calmes, ils dorment mieux, du coup ils ont de meilleures phases d'éveil, ils sont plus stables, ils digèrent mieux. Enfin il y a tout un ensemble de choses. Donc, euh... (silence) Et puis du coup, plus stables aussi puisque les parents, ils sont attentifs aux moindres signes d'éveil et donc du coup dès qu'il y a un signe d'éveil ils peuvent agir tout de suite, que nous si on a plusieurs enfants en charge, comme c'est toujours le cas, on a 5 ou 6 enfants, on ne peut pas toujours être pile poil au temps T où l'enfant se réveille. Du coup les soins sont beaucoup plus adaptés et personnalisés quand les parents sont là parce qu'ils peuvent agir tout de suite au moment où l'enfant est prêt alors que nous avec notre charge de travail on ne peut pas forcément intervenir au bon moment. Soit c'est avant, soit c'est après et parfois on a loupé le coche quoi. Donc c'est le fait que les</p>	<p>Lien avec la grossesse</p> <p>Bénéfices du peau-à-peau</p> <p>Parents attentifs et agissent tout de suite : soignant moins rapide</p> <p>Frein : charge de travail</p>
--	--	---

	<p>parents soient là, c'est un bien-être pour l'enfant parce qu'il a vraiment les soins au moment où il peut les recevoir. Et pas, bah moi je passe mon tour là, c'est mon heure où je dois voir l'enfant et bah ce n'est peut-être pas le moment pour lui mais moi dans l'organisation de travail, en tant que professionnel, je n'ai pas trop le choix. Donc il y a un réel intérêt pour l'enfant à ce que ce soit les parents qui soient là et qu'ils soient attentifs aux moindres signes d'éveil ou de retrait de leur enfant.</p> <p>Et du coup ils progressent beaucoup plus vite, hein, au niveau de l'alimentation, que ce soit l'allaitement ou l'alimentation au biberon, ils progressent beaucoup plus vite et ils arrivent beaucoup plus à être autonomes rapidement que quand ils sont moins là.</p> <p>- Euh... On observe, par exemple lors de long peau à peau, un apaisement des enfants. On voit aussi que par la suite, ce sont des enfants qui ont une meilleure qualité de sommeil, ce sont des enfants qui sont plus calmes. Lorsque c'est réalisé dans de bonnes conditions, on a vraiment l'impression que ça a un impact positif sur la santé de l'enfant. Et du coup, s'il y a plus de présence parentale, ou équivalent parental, parce que parfois les parents ne peuvent pas venir et autorisent les blouses rose à venir, on constate que quand l'enfant reçoit du temps et de l'affection, il y a une amélioration, pas forcément une amélioration mais en tout cas, ça a un effet positif sur l'enfant.</p>	Rôle des associations
La puéricultrice et le nouveau-né quand les parents doivent s'absenter	- Bah, en fait on fait tous les soins. Après nous, on n'est pas tout le temps dans la chambre, on est là, en néonate comme ils mangent à peu près 8 fois par jour,	

	<p>on vient toutes les trois heures. Donc bah nous, on lui parle beaucoup. On parle beaucoup à l'enfant. On lui explique ce qu'on lui fait etc... On le rassure etc... Mais on passe que toutes les trois heures. On n'est pas H24 dans la chambre avec lui. Donc, euh, voilà. On ne peut pas remplacer les parents quoi. Après quand les parents ne viennent pas, aussi, on essaie de faire tout ce qui est peau-à-peau etc... quand ils sont là justement pour favoriser aussi ce lien-là. C'est des petits trucs qu'on fait.</p> <p>- Une longue durée ? C'est-à-dire, une nuit ? Ou plusieurs jours ?</p> <p>Plusieurs jours par exemple ?</p> <p>Ça nous arrive quand même souvent, après de là à ne pas venir du tout, mais des mamans qui ne peuvent pas venir plus de quelques heures par jour, ou pendant plusieurs jours, ça nous arrive quand même souvent, parce que voilà, tout le monde a ses soucis personnels, une vie à côté, d'autres enfants, ou travaillent, ou des parents qui n'habitent pas tout près non plus, parce que parfois malgré tout, l'hôpital se trouve loin de leur domicile. Alors, on va essayer d'accorder un peu plus de temps à l'enfant. Alors, on va toujours essayer de faire les soins avec la maman, même si la maman n'est là qu'une heure dans la journée, on lui demande toujours, la veille, si elle veut qu'on l'attende pour le bain, si elle veut voir comment se passe les soins, si elle veut qu'on revoie des choses avec elle. On essaie de faire en sorte qu'elle soit au maximum là pour faire les soins auprès de son enfant. Après au niveau de l'enfant, on essaie au maximum de lui apporter le soutien dont il a besoin tout en prenant compte de l'activité du</p>	<p>Parler/réassurer</p> <p>On ne remplace pas les parents</p>
--	--	---

service donc parfois c'est frustrant, parce qu'on n'a pas forcément le temps. Il n'y a pas longtemps, quand j'étais dans le service, il y avait une petite prématurée, on essayait de passer un peu plus de temps avec elle, mais ce jour on a pas pu faire plus que les changes et les biberons aux heures où elle réclamait. Mais ne serait-ce que lui parler, lui faire des petits câlins, la garder avec nous tout ça, on a pas pu faire plus parce que l'activité du service ne le permettait vraiment pas. C'est vrai que pour nous, c'est quand même un aspect frustrant parce qu'elle n'a pas la maman qui peut être là, elle n'a pas le papa non plus et nous on ne peut pas se permettre de se détacher trop, du coup c'est vrai que parfois c'est frustrant. Après on a aussi, l'association des *Blouses roses* qui vient voir les enfants, leur raconter des histoires, jouer avec eux, c'est vrai que l'autre jour, on avait demandé à la dame d'aller voir cette petite parce qu'elle était toute seule et que nous ne pouvions pas nous détacher. Ce sont des petites choses mais on essaie de faire au mieux. Après, quand il y a moins la présence des parents, on essaie vraiment d'utiliser le carnet de vie, pour que, même l'enfant puisse le regarder quand il sera plus grand, voir son évolution. Comme ça, quand les parents reviennent, même avec les frères et sœurs, ils peuvent voir tout ce qui s'est passé dans la journée, les étapes importantes de la journée qu'on va noter dans le carnet, ou sur le tableau tout au moins.

On n'appelle pas les mamans de nous-même, elles savent qu'elles peuvent appeler n'importe quand et qu'on est disponible dès qu'elles en ont besoin. Il y a des enfants avec qui il faut être un peu plus vigilants

	<p>par rapport à l'alimentation, au poids, parce que comme ils sont tous seuls, on pense que ce sont des enfants qui sont moins aptes à s'éveiller, à réclamer et tout ça.</p> <p>- Alors quand les parents ne sont pas là, c'est nous qui faisons les soins, on essaie ... le peau-à-peau non parce que c'est réservé aux parents mais on les prend, quand ils sont capables de réguler leur température, on les sort de « l'isolette », on les prend et on leur donne à manger dans les bras. Si on ne peut pas, on les regroupe, on les installe pour qu'ils aient une bonne motricité, pour mettre tout en place pour qu'ils soient le mieux « cocooné ». Lors de la toilette, parce que les toilettes, on les fait souvent avec les parents. Mais quand il n'y a pas beaucoup de visites, on essaie de faire les soins en binôme pour qu'il y ait une qui les regroupe comme un parent, mais en étant professionnel, et l'autre fait les soins. Et puis nous on a la chance d'avoir les dames en rose, donc quand les parents ne peuvent pas venir souvent, on leur demande s'ils sont d'accord pour que quelqu'un porte leur bébé, fasse du portage et si l'accord est donné, on demande aux dames en rose de venir les porter. Et puis on est assez nombreuses et ça tourne donc on arrive toujours à ... ils ne sont pas seuls dans leur chambre toute la journée.</p> <p>- Bah déjà, on leur parle, on leur explique. On met des vêtements, enfin ici en soins intensifs, on les habille moins mais parfois ils ont quand même des petits bodies tout ça, on fait participer les parents en leur disant qu'ils peuvent ramener des petits habits en fonction de leur ... enfin c'est onéreux quoi, et puis nous, acheter des tous petits vêtements c'est</p>	<p>Rôle du binôme pour la puéricultrice pendant les soins</p> <p>Rôle des parents dans l'absence</p>
--	---	--

difficile aussi donc on peut leur en prêter. Sinon, ils peuvent ramener tout ce qu'ils veulent de la maison.

Et surtout, ce qui a une odeur de maman et de papa.

D'accord, donc vous au quotidien, vous leur parlez, vous m'avez dit, et vous privilégiez le contact avec l'odeur des parents ?

Oui, avec l'odeur, mais ils peuvent rapporter d'autres choses aussi.

- On ne peut pas remplacer, du tout. Après de l'enfant, on lui dit déjà. Euh... Souvent c'est les parents qui lui disent mais nous, on n'hésite pas à lui rappeler, à lui parler de ses parents entre deux. Justement on s'appuie sur le doudou et l'odeur des parents. L'alimentation aussi ça nous aide, parce que quand c'est une maman qui allaite, bah, c'est le lait de la maman. Donc pareil il y a l'odeur et puis on n'hésite pas lui donner des petits mots entre deux « bah regarde ça c'est le lait de maman, elle fait tout ça pour toi, aujourd'hui elle ne peut pas venir mais demain c'est sûr, elle va venir. Elle a téléphoné, elle a pris de tes nouvelles. » Voilà. Après on ne peut pas remplacer les parents.

- Bah, généralement ils laissent des... du linge ou quelque chose qui leur a appartenu qu'on laisse des fois dans le lit. Euh... Après quand les parents ne sont pas là depuis longtemps, on les prend souvent à bras, nous, on les câline, on les prend un petit peu avec nous, parce que c'est des enfants qui ont aussi besoin de contact. Et donc du coup quand on fait les soins, bah, parfois on les prend un petit peu plus longtemps pour... Dans nos bras pour les câliner, les promener en poussette ou... Changer un petit peu de leur lit.

	<p>Après, j'ai oublié de le dire tout à l'heure aussi, il y a aussi la maison des parents. Donc du coup quand c'est des gens qui habitent très très loin. Si c'est... et qu'ils ne veulent pas dormir ou qu'ils ont un peu... voilà qu'il a le papa et les frères, ou peu importe... euh... Ils peuvent, enfin, quand il y a des places de disponible, la maison des parents qui est présente et du coup on leur propose aussi de pouvoir se rapprocher, du coup c'est beaucoup moins loin pour euh... si c'est des fois parce qu'ils habitent à Tataouine. (Long silence) Après c'est tout, hein. On leur donne des nouvelles par téléphone quand même, quand les parents ne sont pas là. On les invite à téléphoner et à prendre des nouvelles du bébé, euh... H24 aussi, aux parents, pas à la famille mais juste aux parents. Et ça nous ait déjà arrivé aussi d'appeler directement les parents parce que ça fait longtemps qu'on ne les a pas vu, soit parce que... pour un problème logistique on n'a plus de lait, soit parce que on se demande ce qu'il se passe, « pourquoi ils ne sont pas là ? » ; « Est-ce qu'il y a un problème ? » Ça nous ait déjà arrivé d'appeler des parents.</p> <p>- Euh... Quand les parents sont absents pendant une longue durée, déjà il faut savoir pourquoi ? Quel est le motif de l'absence ? Est-ce que c'est la distance ? Parce que dans un service de réanimation, les enfants peuvent être originaire de villes qui sont assez éloignées dans le département ou même d'autres pays, on a reçu quelque fois des enfants de Belgique. Du coup, il faut déjà essayer de comprendre, et après ce sont des enfants pour qui on va essayer d'être un petit peu plus vigilants et proposer l'association les blouses roses, c'est</p>	<p>Outil : la maison des parents</p> <p>Appel</p>
--	---	---

	<p>l'association de bénévoles qui prennent les enfants à bras. Donc ça, c'est dans la mesure du possible. Euh... sinon, c'est des enfants pour qui, quand on peut les prendre à bras, on n'hésitera pas à essayer de prendre un peu de temps pour eux. Et puis, il faut leur expliquer pourquoi les parents n'ont pas la possibilité d'être auprès d'eux et qu'ils se sentent malgré tout entourés, ça c'est la chose principale, que ce soit les parents ou l'équipe, il faut quand même que les enfants sachent qu'ils ne sont pas tout seuls et qu'il y a des gens pour s'occuper d'eux quoiqu'il arrive.</p>	
<p>Conditions de naissance et lien d'attachement</p>	<p>- Bah oui. Bah oui. Parce que s'ils sont séparés tout de suite... On a des cas où malheureusement les enfants sont séparés. Si l'enfant il a pu faire du peau-à-peau en salle de naissance avec sa mère, euh, parce qu'il va bien, il n'a pas de problème respi et, euh, finalement, bon, c'était un accouchement difficile mais il a quand même pu faire un peu de peau-à-peau et puis il vient en néonatal, on a une chambre mère-enfant, ils sont à côté et tout ça... Forcément ça va mieux se passer qu'un enfant qui est déjà en détresse, il n'a pas pu voir sa mère, on le met dans un box de réa et puis la mère, elle ne monte pas tout de suite... Ou bien elle est transférée et puis il y a une, euh, il y a une séparation, il n'a pas connu sa mère en gros cet enfant.</p> <p>Donc bon, souvent ce que nous on essaie de faire c'est que même quand ils sont transférés ou quoi, excuse moi je raconte peut-être trop ? Je ne sais pas mais...</p> <p>Quand ils sont transférés ou par exemple, là euh..., bah je te prends l'exemple de la semaine dernière.</p>	<p>Séparation : enfant ne va pas bien ou maman ne va pas bien</p>

	<p>Un enfant de nuit qui tout de suite a eu une détresse respiratoire. Donc il est monté chez nous, donc il n'a pas pu voir sa mère, parce que sa mère avait une « césarienne » sous AG, je crois, enfin bref... Donc bah là, euh, lien mère-enfant, zéro. Papa était là et tout ça mais le lien mère-enfant il n'y avait pas. Donc nous souvent ce qu'on fait, c'est qu'on appelle le brancardier, on lui dit « Ecoute quand tu remontes la mère en « mater », passe chez nous, comme ça on peut faire un contact, un premier contact avec maman-bébé ». Pour dire qu'il ait l'odeur de sa mère, on met le t-shirt pour qu'il y ait l'odeur. Enfin, on essaie de faire des petits trucs comme ça, le temps que la séparation elle dure. Et après en général, on essaie de faire le rapprochement au plus vite. Donc soit il est chez nous et on arrive tout de suite à mettre une mère en chambre mère-enfant et qu'elle puisse venir tout le temps. Euh... Après des fois si ce n'est pas possible, on essaie qu'il aille en maternité, sauf s'il est sous oxygène, mais s'il n'est pas sous oxygène, on arrive à le faire aller en maternité, un petit peu, pour qu'il ait un contact avec sa mère. Mais en priorité on essaie de la faire venir en chambre mère-enfant. Et quand ils sont transférés, parce qu'ils ne vont pas bien, etc... Euh... Après nous, on transfère et les sages-femmes font en sorte de transférer la maman derrière. Voilà. Ce n'est pas toujours évident. Des fois, malheureusement, il n'y a pas de place pour accueillir la mère là-bas. Donc soit on a de la chance et ils peuvent revenir et du coup, bah, on reprend le lien à partir de 24h de vie. S'ils ne peuvent pas revenir, bah, la mère des fois</p>	<p>Rôle du papa</p> <p>Frein dans le transfert : pas de place pour la maman en chambre</p>
--	--	--

elle est sortie à J2 pour pouvoir aller tout de suite en néonate. Voilà.

Et dans ce cas les soins ils continuent pour elle ici ?

Ouais. Bah... Si elle est... Si, euh... elle est sortante. C'est-à-dire que si on la fait sortir à J2, euh..., il n'y a plus de soins. Enfin c'est qu'elle est capable d'être sortante et elle est considérée comme sortie d'hospitalisation. Après on ne pourra pas faire ça pour une « césarienne », mais..., c'est arrivé pour des accouchements, euh, normaux, et que... Bah comme il n'y avait pas de place là-bas, plutôt que de la séparer trop longtemps de son enfant, elle soit sortie un peu plus tôt la mère. Mais ce n'est pas ce qu'on fait en priorité. Il y a des fois, on n'a pas le choix. Voilà.

Non franchement. Lien direct au maximum, le plus vite possible. Et je te dis quand on fait venir juste la mère en brancard, même cinq minutes, rien que pour la mère et le bébé c'est... Parce que même quand ils sont en détresse respi, euh..., il suffit qu'on les mette en peau-à-peau sur leur mère et... Vraiment hein... Des fois, ils sont à 100% parce que, euh..., ils sont sur leur mère. C'est incroyable.

On le fait aussi avec le papa, hein, je n'oublie pas le papa.

Vous voyez une différence avec le papa ?

Le peau-à-peau il est bénéfique que ce soit le père ou la mère, ça c'est sûr. Après, la mère, voilà, il y a quand même un lien particulier. Parce que le bébé il reconnaît tous les sons, les odeurs, les goûts, etc...

Donc, euh..., mais on le..., ça marche aussi quand on met en peau-à-peau sur papa. Mais après la mère, ouais, c'est... c'est la mère. Voilà.

- Oui, c'est sûr, là je me sers un peu de mon expérience en maternité, quand ce sont des tout-petits ou même à terme, qui naissent avec une ventouse ou des forceps, ils sont super douloureux parce qu'ils ont des marques, des hématomes, ou des bosses séro-sanguines, enfin des choses bêtes et qu'ils sont difficilement manipulables, déjà c'est très frustrant pour les parents parce que, ils nous le disent que ça a été compliqué parce que « on ne pouvait pas le prendre comme on voulait, on essayait de répondre à ses besoins mais on ne savait pas trop comment faire ». Donc pour moi c'est sûr que le contexte de la naissance influe sur le lien, parce que pour moi le lien se fait dès le moment de la naissance et souvent c'est ce qu'on raconte aussi au psychologue : s'il y a eu des choses particulières, si la maman n'a pas bien vécu son accouchement non plus, quand c'est un accouchement est prévu par voie basse et qu'il se termine en césarienne, c'est pas la même chose. Quand il y a des séparations dès la naissance aussi, parce qu'il y avait des gestes techniques à faire, quand maman fait une hémorragie de la délivrance, nous on doit garder le bébé, et dans ces cas, ils sont séparés dans les premières heures. On essaie toujours de faire en sorte de rapprocher bébé au maximum, dans la mesure du possible bien sûr, après parfois ce n'est pas possible parce que la maman ou le bébé n'est pas stable. Mais oui tout ça a un impact. Après je ne vais pas dire que si ça s'est mal passé, l'attachement n'est pas bien fait parce qu'il sera mis en route plus tard, mais il ne se fera pas dans les premières heures et je

Parents :
S'adapter à la
taille du NN

	<p>pense que c'est autant frustrant pour le bébé que pour la maman.</p> <p>- Oh oui bien sûr, bah déjà pendant la grossesse, c'est bien avant... Oui oui, le lien, il est là pendant 9 mois, nous moins parce qu'on a des petits préma mais il y a pleins de choses qui se passe pendant la grossesse, mais l'attachement il est là pendant la grossesse. Après, pendant la grossesse, c'est l'enfant rêvé, idéalisé et quand il naît, c'est sûr qu'il y a un décalage mais il y a déjà des choses qui se sont installées. Et ... Je sais plus, je suis fatiguée [rires] C'était ?</p> <p>- Ah oui, alors si la mère a eu une césarienne, et qu'elle a été endormie, ils ne font pas du peau-à-peau dans la salle de naissance. Si la maman, elle part dans un service de réa parce qu'elle n'est pas bien ... L'éloignement, on sait que ce n'est pas propice à l'attachement donc nous en tant que professionnelles, on essaie de palier à ça. Donc dans le cas d'une maman qui est en réanimation, si le bébé peut aller voir rapidement sa maman, on met tout en place pour accompagner le bébé voir sa maman. Euuuh... si ce n'est pas le cas, on investit le papa pour qu'il fasse le lien entre la maman et le bébé. Euh on fait des photos, il y a une maman récemment où on ne pouvait pas emmener le bébé, la puéricultrice a fait des photos, elle y est allée, elle a expliqué, du coup elle a créé du lien, elle a filmé la maman, elle avait filmé le bébé, ça s'est bien passé quoi. Dès qu'on peut, on essaie de rapprocher les parents, tout au moins la maman avec son bébé. Voilà, qu'est-ce qu'on fait d'autre. Bah oui, on sollicite le papa pour que ce soit lui qui fasse le lien avec la maman, parce que lui souvent, il va voir la maman. Et on sait que</p>	<p>Lien dès la grossesse</p> <p>Enfant pensé vs réalité</p> <p>Rôle du papa</p> <p>Outils : photos/films</p>
--	--	--

	<p>les séparations sont sources de difficultés à établir un lien, donc du coup on est plus vigilante. Voilà ... Je crois que j'ai tout dit non ?! [Rires]</p> <p>- Oui. Et comment ?</p> <p>Bah de toute façon, quand il y a une séparation, c'est plus dur. Quand il y a de la distance. C'est pour ça qu'ici, c'est bien que les mamans soient en haut. Nous on peut les appeler, d'abord on leur dit à quelle heure sont les soins. Mais parfois, quand elles ne viennent pas du tout, ça nous arrive de les appeler, pendant qu'on fait les soins, on les appelle nous-mêmes pour savoir si elles veulent ou pour leur expliquer les soins.</p> <p>- Bah oui. Alors. Bah, nous on le voit de manière négative, quand le lien il est entravé, quand il y a une naissance catastrophe, une césarienne, une naissance sous anesthésie générale où, euh..., bah les mamans essentiellement, elles ont le sentiment d'avoir perdu ce côté naissance avec leur bébé. Plus l'hospitalisation après, le côté séparation c'est forcément toujours difficile. Euh... (silence) Donc voilà. Mais après c'est du lien qui..., voilà, qui se refait après, tout n'est pas perdu, ça se renforce après et ça se fait très bien. Mais faut..., faut l'avoir en tête en fait. Il faut avoir la connaissance des informations et puis, et puis que les parents arrivent à se confier, à verbaliser les choses aussi, c'est important.</p> <p>- Oh bah oui, hein. (Rire) Bah, forcément si c'est une prématurité par exemple, un bébé qui nait prématuré c'était vraiment euh... Pas du tout prévu et du coup, il y a euh... Alors d'abord il y a l'imprévu, le bébé qui nait. Il y a la culpabilité des parents qui sont vraiment... enfin qui est vraiment importante parce</p>	<p>Parents : se confient, verbalisent</p> <p>Sentiments des parents</p>
--	---	---

	<p>que forcément la maman elle se sent coupable, même si elle ne l'est pas forcément euh... Mais elle se sent coupable. Il y a la peur, il y a tellement la peur de perdre le bébé, euh... Qui est si petit que bah voilà. Et du coup la peur de s'attacher au risque que l'enfant décède, donc parfois il y a un petit... Un petit retrait entre guillemet pour se protéger en fait je pense. Et il y a aussi des fois, les bébés qui doivent être euh... Des mamans qui accouchent par césarienne sous AG et le bébé doit être tout de suite emmené et elle n'a même pas le temps de voir son bébé donc même si on essaie de faire... Bah, c'est souvent des bébés qui vont en réa. Ils essaient de faire... Ils essaient de faire des photos ou des choses comme ça pour dire de justement pouvoir créer ce lien. C'est vrai on a pas parlé des cahiers de liaison aussi, enfin des cahiers de vie. On fait des cahiers de vie. Alors beaucoup plus en réa et aux soins. Nous c'est plus les parents qui les alimentent les cahiers de vie. Sauf pour les enfants qui naissent sous anonymat. Parce que là on crée, euh... Un peu le début de son histoire pour quand il aura une famille qui pourra euh... Voilà qui aura le début de son histoire et qui se retrouvera quand même...</p> <p>Et après donc pour euh... La naissance, le fait de naître prématurément, euh, bah ils sont techniqués souvent ces enfants. Ils ont de l'oxygène, des cathéters, du coup les parents ils ne peuvent pas les prendre comme ils veulent. Ils sont parfois en incubateur donc ça gêne aussi un peu le portage. Euh... Ils sont aussi parfois tout nus parce qu'ils sont en berceau chauffant ou en incubateur et donc du coup bah, les parents ils ne peuvent pas mettre les</p>	<p>Attitude des parents</p> <p>Outils : photos / cahier de liaison ; de vie</p> <p>Freins : technique ; incubateur</p>
--	---	--

	<p>vêtements et je pense que les premiers vêtements pour les parents c'est très important. Et donc ça ils sont un peu frustrés de devoir les laisser tout nus, en couche. Et après, parce qu'effectivement on tend de plus en plus à les faire rester ici mais les locaux ne sont pas toujours adaptés. De ce fait là ils ne peuvent pas rester H24 ici. Ils sont obligés de rentrer chez eux et le fait de rentrer chez eux ça... Il y a forcément une séparation et... voilà, il y a forcément... Il n'y a pas... Il y a toujours une coupure dans ce lien mère-enfant quoi. Ils essaient d'être présents le plus possible mais... voilà. Il n'y a aucun parent qui est là de A à Z de toute l'hospitalisation. Ils rentrent parfois dormir chez eux le soir, ou ils s'absentent dans la journée. Enfin voilà, il y a rarement des parents qui sont là non-stop.</p> <p>Après si c'est une naissance d'un enfant qui a malheureusement une malformation, qui n'a pas forcément été découverte en anténatal, il y a aussi, euh... Le deuil de l'enfant parfait qu'ils avaient imaginé et du coup des fois le lien est un tout petit peu plus difficile aussi. Le temps de voilà, de réussir à... S'approprier, si on peut dire.</p> <p>- Oui, je pense. Je pense qu'un enfant qui aura eu une arrivée difficile, avec un danger important. Un enfant pour qui on aura craint un décès ou la mort ou des choses comme ça, ça a un impact. Parce que les parents sont parfois partagés, quand ce sont des extrêmes prématurés, des enfants qui naissent de 24 semaines d'aménorrhées par exemple, les parents sont partagés entre la joie d'accueillir un enfant et la tristesse d'avoir un enfant prématuré avec tous les</p>	<p>Différentes situations de séparation : éloignement ; réanimation de l'enfant ou de la mère...</p> <p>Deuil de l'enfant parfait</p> <p>Parents partagés entre joie et tristesse</p>
--	---	---

	<p>risques que cela implique. Et malgré sa venue au monde, ils savent qu'il y a quand même un risque de décès, lié à son extrême prématurité, qui est très présent. Donc ça peut être très partagé, et du coup une culpabilité entre la joie de voir son enfant et la peur de le voir partir tôt. Donc effectivement je pense que les conditions de naissance influencent énormément l'attachement, même pour un enfant qui est né à terme, pour qui, la naissance a été compliqué, que ce soit une naissance où ça a été long, où il y a eu des soucis, une prise en charge des soins de réanimation dès la naissance, ça peut avoir un impact. Et lorsqu'il y a une médicalisation importante, ça crée une barrière pour les parents vis-à-vis de leur enfant. Quand un enfant a de nombreuses perfusions, de nombreux câbles pour la surveillance, les parents osent moins mettre les mains sur leur enfant, c'est plus compliqué de trouver un espace où poser la main. Et pour les tout-petits, les extrêmes prématurés, ils sont dans la couveuse, donc d'emblée, il y a une barrière entre les parents et l'enfant, ça peut créer aussi une distance malgré tout, les parents peuvent aussi être impressionnés par tout l'environnement médical, donc ça peut avoir un impact sur le début de relation. Du coup, ce qui va être travaillé dans ces services là, ça va être d'accompagner les parents dans leur parentalité pour essayer d'effacer les barrières qui sont présentes dans le service. Ça, c'est vraiment important.</p>	<p>Freins : médicalisation = barrières</p> <p>Accompagnement des parents</p>
<p>La place du père</p>	<p>- Le peau-à-peau il est bénéfique que ce soit le père ou la mère, ça c'est sûr. Après, la mère, voilà, il y a</p>	

	<p>quand même un lien particulier. Parce que le bébé il ne reconnaît tous les sons, les odeurs, les goûts, etc... Donc, euh..., mais on le..., ça marche aussi quand on met en peau-à-peau sur papa. Mais après la mère, ouais, c'est... C'est la mère. Voilà.</p> <p>- Alors, le papa, il se retrouve entre les deux. Souvent, c'est le ressenti qu'on a surtout quand la maman est séparée de l'enfant. On a de plus en plus de papa, qui sont super investis dès la naissance, avant je pense que ce n'était pas comme ça, les papas restaient moins souvent la nuit, participaient à l'alimentation, changeaient les couches, qui voulaient faire le premier bain aussi. Maintenant, on a de plus en plus de papas qui sont là aux côtés de la maman pour prendre en charge le bébé. Après en néonatal, les papas sont quand même souvent là aussi, moins qu'en maternité mais ça c'est le contexte qui fait aussi, ce sont des mamans qui sont là 24h/24 donc s'il y a d'autres enfants, la maison à gérer tout ça, c'est normal qu'il ne soit pas là tout le temps. Mais papa a aussi un rôle d'aller voir la maman et après d'aller voir le bébé, de donner des nouvelles de bébé à maman. Et puis aussi de prendre en charge bébé quand maman ne peut pas être là et de justement commencer le lien avec le bébé si la maman ne peut pas mettre en place ce lien. On essaie toujours d'avoir des petits objets, on demande à la maman un petit t-shirt, qu'il n'hésite pas à ramener, surtout quand ce sont des transferts de maternité en néonatal, même quand ils viennent en box, ils savent qu'ils peuvent venir. Parfois, on essaie aussi d'amener bébé en maternité, justement pour favoriser le lien et pour au maximum éviter la</p>	<p>Investissement des papas</p> <p>Rôle dans la séparation et le lien</p>
--	--	---

séparation. Même quand on a des transferts en externes et que la maman est hospitalisée ici, on fait en sorte soit de rapprocher le plus vite la maman quand on sait que le bébé va rester un moment (souvent c'est à ***), soit on essaie de faire ramener bébé assez rapidement pour laisser le bébé avec sa maman.

- J'dis maman, mais c'est papa maman quoi. C'est vrai que pour les premiers soins, moi personnellement je préfère que ce soit la maman parce que c'était quand même elle qui le portait. Parfois, les pères veulent bien faire et ils excluent un peu leur femme et elle se retrouve un peu en retrait parce qu'il a une personnalité où il fait les soins plus facilement et donc du coup, il ne faut pas que la maman soit en retrait et qu'on n'ait plus ce lien. Donc, il faut savoir doser et savoir repérer ça quoi, parce qu'il y a des pères qui prennent beaucoup de place par rapport à la mère. Et le premier peau-à-peau, si la maman elle le peut, par exemple, pour moi, je trouve ça important que ça lui soit réservée plutôt qu'au papa. Après, si la maman est hospitalisée, il y a des gens qui penseront autrement, mais elle l'a quand même porté, c'est elle qui a accouché, donc moi je trouve que c'est quand même à elle de l'avoir en premier si elle est capable de faire ce premier peau-à-peau, s'il n'y a rien qu'il l'en empêche quoi.

- Et vous voyez une différence avec le papa dans l'implication des soins ?

Non, il y a beaucoup de papas qui s'impliquent dans les soins maintenant. Oui, en général, il s'implique

autant que la maman. Sauf s'ils sont moins disponibles. Après c'est culturel.

- Ah, bah, assez essentielle parce que justement, dans ces cas-là, en fait le papa, lui généralement suit. Et en fait à la naissance, quand la maman ne peut pas venir directement le papa, lui, il est invité à nous suivre en fait. Et donc il vient dès la naissance, il ne lâche pas son bébé. Donc, euh..., c'est lui notamment, souvent le premier jour, qui est le relais avec maman, qui donne toutes les informations et même si, euh..., nos pédiatres vont en maternité pour voir cette maman, lui donner des informations et que dès que possible elle passe chez nous. Donc il y a des mamans qui peuvent tout à fait venir même si elles ont une césarienne, juste après elles peuvent venir ici, mais elles sont..., bah, un peu plus maintenues en chambre. Enfin voilà, quand elles ont des perfusions, des SAP de partout, bah, forcément, au niveau mobilité, c'est un peu plus compliqué. Mais... Mais non, le papa c'est lui le premier, ce n'est pas rare qu'on ait des papas, les premiers à faire des séances de peau-à-peau et bon, bah, il est sur le même pied que la maman si ce n'est que lui n'allait pas. Voilà, c'est tout (rire). Sinon tout le reste se fait de la même manière.

- Il a la même place que la mère. On ne différencie presque pas, euh... Parce que même quand c'est un allaitement, le papa peut nourrir l'enfant avec le système de paille, ce qu'on fait ici beaucoup. En l'absence de la maman, on fait des pailles et on invite tout à fait les papas à le faire. On leur apprend et donc du coup ils font plein de choses. Ils font les changes, ils font l'alimentation. Ils sont contents de

Prise en charge
par le papa :
paille ; éducation

participer, euh... Ils font le peau-à-peau. Ils sont vraiment, euh... Comme les mamans ici en tout cas. Et quand la maman est hospitalisée soit en réa, soit aux deux lits parce que la maman ne va pas bien et que le bébé, lui, n'a rien du tout et qu'il est juste chez nous en hébergement, parce que la maman est hospitalisée, on va généralement accompagner... Les premières visites on va avec le papa et le bébé auprès de la maman, donc en réa, parce que maintenant ils ont... On a le droit d'aller en réa avec le bébé, euh, en réa adulte, ou aux deux lits, ou voilà. Et après le papa peut faire lui-même les allers-retours en fait. Avec l'autorisation du médecin, mais souvent quand le bébé est stable il fait lui-même les allers-retours et du coup ça lui permet aussi de... D'avoir ce lien entre le bébé et la maman et... Et du coup voilà, ça... Et souvent quand les mamans ne vont pas bien c'est les papas qui sont en première ligne dès la naissance, ils accompagnent l'enfant soit ici, soit en réa. On leur invite à faire des photos pour qu'ils puissent directement les montrer à la maman euh... Voilà, on a des petites nouvelles pour qu'il puisse faire un peu le lien entre maman-bébé aussi. C'est souvent le papa qui ramène le linge du coup et qui nous dit « bah, qu'est-ce qu'il faut ? » Et puis qui s'occupe des frères et sœurs des fois. Nan parce que des fois les parents se relaient. Une nuit c'est papa, une nuit c'est maman donc vraiment ici, au niveau de la prise en charge que ce soit papa ou maman c'est strictement pareil.

- Question pas posée car discours de la puéricultrice toujours porté sur « les parents »

<p>Eléments supplémentaires</p>	<p>- Par rapport à l'attachement, je dirais que ça se joue dans les premier jours, l'attachement entre les parents et l'enfant et qu'il peut y avoir euh... ça peut être un handicap un trouble de l'attachement entre les enfants et les parents. Il y a des choses qui peuvent paraître anodines mais que l'enfant va porter toute sa vie. Et moi je reste persuadé que même à 50 ans ou 60 ans, il y des gens qui ont des troubles de l'attachement parce qu'il s'est passé un évènement lors ... euh... il y a 50 ou 60 ans, on ne voyait pas les enfants de la même manière qu'aujourd'hui et le but c'est justement de ... les enfants qui naissent aujourd'hui avec les connaissances qu'on a, de leur apporter, de faire en sorte en tout cas que l'attachement soit de bonne qualité pour eux.</p>	
---------------------------------	---	--