

Précarité et liens parents-enfant : le rôle de la puéricultrice

Marine Dachicourt

▶ **To cite this version:**

Marine Dachicourt. Précarité et liens parents-enfant : le rôle de la puéricultrice. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02104046

HAL Id: dumas-02104046
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02104046

Submitted on 19 Apr 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.

Année de formation 2018

Présenté et soutenu publiquement par **Marine DACHICOURT**

Précarité et liens parents-enfant : Le rôle de la puéricultrice



Mémoire dirigé par **Madame ROUZE Cindy**

Ecole de Puéricultrice

Institut de formation en santé IFSANTE de Lomme

Institut Catholique de Lille

« Les bienfaits des parents sont aussi illimités que l'étendue du ciel »

Proverbe mongol ; Les proverbes de la Mongolie (1886)

Remerciements

Je tiens à remercier tous les professionnels qui ont consacré du temps afin de répondre à mes questions et me permettre d'avancer dans mes recherches.

Un grand merci également à ma directrice de mémoire, Madame Rouzé, qui m'a accompagnée avec bienveillance dans la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je remercie également toutes les formatrices de la formation de puéricultrice pour m'avoir permis d'évoluer durant cette année, aussi bien sur le plan professionnel que personnel.

Sans oublier ma famille et mes amis qui m'ont soutenue tout au long de cette formation.

Sommaire

Introduction 1

Situation d'appel 3

I. Cadre conceptuel 9

A. Un petit être arrivé trop tôt 9

1. La néonatalogie 9

1.1. Qu'est-ce que la néonatalogie ? 9

1.2. Evolution de la néonatalogie au fil des années 10

2. La prématurité 12

2.1. Définition 12

2.2. Epidémiologie 13

2.3. Physiologie du nouveau-né prématuré 13

2.4. Psychologie et capacités relationnelles du nouveau-né prématuré 15

3. La puéricultrice 16

B. Le lien parents-enfant en service de néonatalogie : 18

1. Liens d'attachement 18

1.1. Théorie de l'attachement 18

1.2. Perturbation du lien parents/enfant et rupture du lien parental 20

2. Deuil en réanimation néonatale 22

2.1. Le deuil 23

2.2. Deuil d'une grossesse inachevée et d'un bébé imaginé 24

2.3. Deuil périnatal 25

C. Puéricultrice et prise en charge du bébé et de ses parents 28

1. Relation soignant/soigné avec le bébé et ses parents 28

1.1. Définition de la relation soignant-soigné 28

1.2. L'entrée en relation avec le bébé 29

1.3. Accompagnement des parents 31

1.3.1. Entrée en relation avec les parents 31

1.3.2. Accompagnement des parents en situation précaire 33

2. La juste distance 36

II. Elaboration de la question de recherche et de l'hypothèse 40

III. Méthodologie d'enquête 41

2. Choix du lieu 42

3. Choix de la population et déroulement des entretiens 42

IV. Méthodologie d'analyse 45
V. Analyse des entretiens 46
1. Profils de parents 46
2. La précarité 51
3. Précarité et lien parents-enfant 59
4. Précarité et juste distance professionnelle 66
VI. Synthèse de l'analyse 72
VII. Vérification de l'hypothèse 74
Conclusion 76

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à l'échelle mondiale, environ 15 millions d'enfants naissent avant terme chaque année, soit plus de 1 naissance sur 10. Nous pouvons nous apercevoir grâce à ces données épidémiologiques, que le nombre de naissance de nouveau-nés prématurés n'est pas négligeable.

La prématurité est un sujet très vaste qui nécessite une grande attention dans l'exercice de notre profession, en raison de sa complexité aussi bien au niveau physiologique que psychologique. Dans ma carrière professionnelle en tant que puéricultrice je serai amenée à prendre en charge ces enfants nés précocement, c'est pourquoi j'ai souhaité rédiger ce mémoire sur le thème de la prématurité, qui est un aspect du métier de puéricultrice me passionnant depuis de nombreuses années.

Lors de ces quatre dernières années, j'ai eu la chance de réaliser des stages et de travailler en service de néonatalogie. La relation d'attachement entre l'enfant et ses parents m'a toujours questionnée, notamment sur les modalités de création du lien d'attachement et de l'impact que cela pouvait avoir sur l'exercice du rôle parental.

Avant de commencer ce mémoire je souhaitais travailler sur l'absence des parents auprès de leur bébé en service de néonatalogie. C'est un thème qui me tenait à cœur étant donné que j'ai pu rencontrer quelques situations similaires lors de mes stages ou lorsque j'exerçais dans ce service. L'objectif était pour moi de comprendre la complexité de la création des liens d'attachement parents-nouveau-nés prématurés, et ainsi faire évoluer ma pratique professionnelle en m'adaptant à chaque situation.

Pour cela, j'ai souhaité aborder dans un premier temps les concepts de néonatalogie, prématurité et de puéricultrice afin de mieux comprendre le contexte de ce mémoire, et les spécificités que nous devons prendre en compte dans l'exercice de notre métier.

J'ai ensuite souhaité traiter dans une deuxième partie, du lien parents-enfant en service de néonatalogie afin d'en comprendre les spécificités, mais aussi de prendre conscience des difficultés que peuvent rencontrer les parents dans cette épreuve de la vie qui semble être parfois difficile à accepter pour eux.

Dans la dernière partie du cadre conceptuel, j'ai ciblé le rôle de la puéricultrice dans la prise en charge de l'enfant et de ses parents. Etant donné que je réalise une licence professionnelle

parallèlement à ma formation de puéricultrice, j'ai orienté mes informations vers des données sociologiques, notamment sur la notion de précarité des parents. La situation des parents est un élément qui me semble important à prendre en compte dans notre profession. C'est pourquoi j'ai souhaité aborder dans cette dernière partie, la relation soignant-soigné, en insistant sur l'accompagnement des parents en situation précaire par les professionnels et la notion de juste distance entre le bébé et la puéricultrice.

Ce mémoire a grandement évolué au fur et à mesure de la réalisation du cadre conceptuel. Le thème principal que nous pouvons en dégager est la situation précaire des parents en service de néonatalogie et l'impact que celle-ci peut avoir sur la création du lien d'attachement et la juste distance entre le bébé et la puéricultrice.

Dans un premier temps, je vais exposer la situation qui m'a incitée à approfondir ce sujet. Suite à cela, je proposerai une problématique qui me permettra de développer les trois grandes parties de ce cadre conceptuel. Ces recherches m'amèneront donc à proposer une hypothèse de recherche, que je validerai ou non en fonction de l'analyse des résultats des entretiens réalisés.

Situation d'appel

Lors de ma troisième année de formation en soins infirmiers, j'ai réalisé un stage aux soins intensifs d'un service de néonatalogie. Ce service est un niveau 3, c'est-à-dire qu'il possède un service de réanimation néonatale, un service de soins intensifs ainsi qu'un service de soins continus. Il accueille les nouveau-nés prématurés à partir de 24 semaines d'aménorrhées ou des nouveau-nés à terme ayant des pathologies nécessitant l'hospitalisation dans ce service, et les prend en charge jusqu'à leur sortie, ou jusqu'à ce qu'ils soient transférés dans un autre centre hospitalier ou un autre service. Lors de ce stage, plusieurs situations m'ont questionnée mais l'une d'entre elles m'a particulièrement interpellée.

Dans ce service de soins intensifs, un nourrisson de 8 mois était hospitalisé depuis sa naissance. Cette petite fille est née à 25 semaines d'aménorrhée par césarienne d'une mère de 18 ans et d'un père de 19 ans. Elle avait une petite sœur de 4 ans. Ces parents vivaient à trente minutes de l'hôpital et n'avaient pas de moyen de locomotion.

Avant de décrire la situation, je vais tout d'abord présenter les antécédents de cette petite fille. Cette dernière est née en état de mort apparente, elle a été réanimée, et ensuite intubée, ventilée et a été transférée en service de réanimation néonatale. Elle pesait 650 grammes. Dès la naissance, elle souffrait d'une dysplasie bronchopulmonaire, pathologie entraînant des troubles respiratoires sévères, ainsi que d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), hyperpression survenant à la naissance du bébé lorsque ses vaisseaux pulmonaires ne parviennent pas à s'ouvrir. Elle a donc été mise sous monoxyde d'azote (NO) pendant 19 jours, gaz ayant pour objectif de faire diminuer la pression des artères pulmonaires, permettant le passage du sang désoxygéné vers les poumons. Ce traitement n'a pas fonctionné, l'HTAP était trop importante, elle a donc reçu le traitement Revatio® qui a également été un échec. A ses 6 mois, un nouveau traitement appelé Remodulin® a donc été instauré, il s'agit d'une pompe posée en sous-cutanée agissant sur l'HTAP. Ce traitement ne fonctionnait toujours pas, ses besoins en oxygène ne cessaient d'augmenter. A la veille de ses neuf mois, un transfert vers un plus grand service de réanimation a été envisagé pour la pose d'un cathétérisme permettant d'évaluer les pressions pulmonaires en continu.

Au niveau de l'alimentation, les puéricultrices lui proposaient des petits pots mais elle les refusait. Lorsqu'on lui mettait la cuillère à la bouche elle tournait la tête. De ce fait, une sonde d'alimentation a été posée afin de pouvoir poser une alimentation continue la nuit pour qu'elle

puisse néanmoins avoir les apports nécessaires à son développement ainsi qu'une prise de poids adaptée à sa taille et son âge.

Au niveau de son développement, elle n'avait pas de retard psychomoteur. Elle cherchait toujours le contact avec autrui, mais pleurait lorsqu'elle voyait les professionnels arriver avec de la nourriture. Elle ne supportait pas être seule dans sa chambre, lorsque les puéricultrices quittaient la pièce, elle se faisait vomir.

Au niveau familial, ses parents venaient la voir un jour sur deux le premier mois, puis cinq visites le deuxième mois, puis quatre visites, pour arriver à deux visites le huitième mois. Les appels étaient également peu fréquents. A plusieurs reprises les puéricultrices ainsi que les pédiatres ont discuté avec eux de la gravité de la situation de leur fille, et leur ont expliqué l'importance de leur présence auprès d'elle. Avec les pédiatres, les parents restaient mutiques. Un jour en venant rendre visite à leur fille le papa s'est confié au pédiatre en disant *« c'est compliqué de voir un enfant dans cet état-là ».* Malgré cela, la situation n'évoluait pas ; les parents devenaient davantage absents.

Lorsqu'ils étaient auprès de leur fille, ils restaient distants, ils jouaient avec elle lorsqu'elle était éveillée mais ils leur arrivaient de refuser de réaliser un soin tel que donner un bain par exemple.

Au fil des jours, l'état de ce bébé s'aggravait, elle a donc été transférée dans un service de réanimation pédiatrique pour la pose du cathétérisme. Lors de l'intubation permettant l'anesthésie générale, cette petite fille n'a pas survécu.

Cette situation m'a particulièrement interpellée puisque j'ai eu des difficultés à comprendre l'attitude des parents, leurs ressentis face à la situation, je ne savais pas comment réagir face à eux. Cela a quelque peu bousculé mes propres valeurs qui sont la bienveillance, la fidélité et les valeurs familiales. Mais comment la puéricultrice peut-elle prendre en charge le bébé et ses parents lorsque ses propres valeurs sont heurtées, tout en restant dans l'empathie ?

Avant de pouvoir répondre à cela, l'on se questionnera tout d'abord sur la réaction des parents.

Isabelle Conti, psychologue clinicienne en réanimation néonatale, affirme que *« les parents découvrent une réalité toute autre que l'image rêvée du bébé né à terme. Le premier contact avec leur enfant est souvent un choc, un nouveau traumatisme. Certains peuvent dire combien cette première rencontre avec leur bébé a pu être effrayante, inquiétante »*[1]. Les parents sont

[1] CONTI ISABELLE, Favoriser la relation parents-enfant en réanimation néonatale, revue *Soins Pédiatrie/Puériculture*, mai/juin 2014, n°278, p.20 à 21.

souvent amenés à faire le deuil de l'image idéale du bébé qu'ils avaient imaginé. Le fait de voir leur bébé dans cet état a-t-il réellement été un choc pour les parents ? Est-ce l'une des raisons pour lesquelles ils venaient peu voir leur fille et refusaient de participer à certains soins ? Est-ce un moyen de se protéger ?

Cette auteure a également ajouté que *« le contact physique est alors très difficile à établir, car les bébés vivent les premières semaines de leur vie à l'intérieur de couveuses, où les contacts corporels, les manipulations et les caresses se limitent dans un premier temps aux nécessités vitales »*[2]. Pourquoi les parents étaient-ils distants avec leur enfant ? Avaient-ils peur de toucher leur bébé, de le regarder ? Quels ont été les freins à l'instauration du lien parents-enfant à la naissance ?

Face à leur bébé prématuré, les parents peuvent éprouver de l'angoisse, un sentiment de culpabilité de la part de la maman de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme, un sentiment d'impuissance également face à l'état de santé de leur bébé, mais aussi de ne pas pouvoir s'occuper de lui comme ils le souhaiteraient. Ces sentiments de culpabilité et d'impuissance peuvent-ils expliquer le désinvestissement des parents face à une situation qui leur semble trop difficile à surmonter ?

Dans cette situation, le pronostic vital de l'enfant était engagé dès sa naissance. Les soignants ainsi que les parents ne savaient pas comment allait évoluer l'état de santé du bébé. Les soins apportés allaient-ils être suffisants ? Ou au contraire n'allaient-ils pas avoir un impact sur le devenir de l'enfant ? Allait-elle survivre ? Si oui, à quel prix ? Serait-elle porteuse d'un handicap ? Son espérance de vie serait-elle élevée ? Quelle serait la prise en charge adaptée à ses besoins au retour à domicile ?

Les parents se sont probablement posé ces questions. L'état de santé de leur enfant leur a-t-il fait peur ? Craignaient-ils que leur enfant ne soit porteur d'un handicap ou qu'il ne décède ? Est-ce pour cette raison qu'ils ont préféré s'éloigner de leur bébé ? Est-ce un mécanisme de défense ? Quel rôle a la puéricultrice auprès de l'enfant et de ses parents face à ce genre de situation ? Je suis également attachée à mettre l'accent sur les liens affectifs qu'entretenait cette enfant avec son entourage. Qui étaient les figures d'attachement pour elle ? Que ressentait-elle réellement ? Reconnaissait-elle ses parents ? Quelle relation entretenait-elle avec eux lorsqu'ils étaient présents ?

[2] CONTI ISABELLE, Favoriser la relation parents-enfant en réanimation néonatale, revue *Soins Pédiatrie/Puériculture*, mai/juin 2014, n°278, p.20 à 21.

En service de néonatalogie, les liens d'attachement parents-enfant ont une place prépondérante. Les puéricultrices ont à cœur de favoriser les liens des parents avec leur bébé pour permettre son bon développement physique et psychologique et ainsi améliorer plus rapidement son état de santé. Mais en quoi les liens d'attachement parents-enfant sont-ils bénéfiques pour le bébé ? Et pour les parents ? Comment sont créés les liens d'attachement ?

Carole Muller, praticien hospitalier en psychiatrie de l'enfant, nous explique que *« la complexité des processus en jeu, les dimensions traumatiques, le risque de surinvestissement ou de désinvestissement de l'enfant, la prématurité peut être considérée comme une situation à risque pour la relation parents-enfant et le développement de l'enfant »*[3]. Quel est le risque à long terme d'une rupture du lien parental dès la naissance de l'enfant ?

Je me suis également intéressée à la place des soignants auprès des parents et de leur bébé. Je me suis alors demandée comment favoriser le lien parents-enfant à l'arrivée du bébé dans le service ? Mais aussi, comment prendre en charge un bébé en l'absence des parents ? Et comment les intégrer aux soins lorsque ces derniers sont réticents ?

En tant que soignante, je me suis sentie impuissante face à la gravité de la situation. L'état de cette petite fille s'aggravait malgré tous les traitements envisagés. Il m'était également difficile de comprendre la réaction des parents, leur absence, leur distance par rapport à leur fille. Malgré le fait que les professionnels étaient très disponibles et passaient du temps dans sa chambre, je ressentais un manque affectif et un manque d'attention chez cette enfant. Quel rôle et quelle place avons-nous auprès de l'enfant en tant que soignant face à l'absence des parents ?

Pour chaque enfant né prématurément, je serai amenée à prendre soin du bébé mais aussi des parents, de les faire verbaliser, les écouter, les rassurer, sans les juger. Mais la création du lien d'attachement parents-enfant est parfois difficile pour les familles et cela peut parfois avoir des conséquences graves sur le développement psychoaffectif de l'enfant. En tant que future puéricultrice, mon rôle est de favoriser ce lien par divers moyens, de repérer les situations à risque où les parents se désinvestissent vis-à-vis de leur bébé, afin d'éviter la rupture du lien parental.

J'ai choisi ce sujet car les liens d'attachement parents-enfant ont une place prépondérante en service de néonatalogie. La rupture du lien parental n'est certes pas fréquente, néanmoins nous

[3] MULLER Carole FORCADA-GUEX Marguarita, BORGHNI Ayala et al, *La psychiatrie de l'enfant*, Cairn.info, 2009, Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche, pages 423 à 450. P. 446. ISBN 9782130572794

pouvons parfois ressentir certaines craintes chez les parents, la peur de toucher leur enfant, de leur faire mal, le choc de voir leur bébé scopé, intubé, si petit dans un incubateur. Tout cela peut les mener à être distant avec leur bébé. A travers ce mémoire, j'aimerais comprendre la réaction des parents face à leur bébé prématuré, afin de pouvoir les accompagner au mieux, pouvoir également favoriser la relation avec leur bébé et comprendre ce qui amène les parents à s'éloigner de leur enfant et ainsi être amené à une rupture des liens parentaux. Cela permettra de faire évoluer ma pratique professionnelle en améliorant ma prise en charge du bébé et de sa famille.

Tout ce questionnement, cette volonté d'enrichir mes connaissances sur les liens parents-nouveau-né prématuré, ainsi que l'importance de cela dans notre métier de puéricultrice, me permettent d'établir ma question de départ :

> Comment penser l'accompagnement de la puéricultrice dans la création du lien d'attachement parents-nouveau-né prématuré en service de réanimation néonatale, dans un contexte de pathologie pouvant engager le pronostic vital de l'enfant ?

Cette question de départ est basée sur la situation décrite précédemment. Pour la construire, nous nous sommes appuyés sur plusieurs mots clés qui sont la puéricultrice, l'accompagnement, les liens d'attachement parents-nouveau-né prématuré, la réanimation néonatale et le pronostic vital engagé.

Tout au long de ce mémoire, de nouveaux mots-clés ne faisant pas partie de cette question de départ, sont venus agrémentés le cadre théorique, notamment avec les concepts de relation soignant-soignée, de juste distance relationnelle ainsi que de la précarité des parents.

Ces mots-clés présentés ci-dessus sont des concepts qui nous aideront à construire notre plan afin de répondre au mieux à cette problématique.

Nous allons tout d'abord nous intéresser au contexte de cette situation en abordant le nouveau-né prématuré et ses spécificités, mais aussi le service de néonatalogie et le rôle de la puéricultrice.

Nous parlerons ensuite, dans un deuxième temps, de la spécificité des liens d'attachement entre les parents et le bébé. Dans cette deuxième partie, nous aborderons les concepts de liens d'attachement, ainsi que du deuil en réanimation néonatale, en mettant en lien cette notion avec

le pronostic vital de l'enfant. Ce sont des éléments essentiels à prendre en compte dans l'accompagnement à la parentalité.

Pour finir, nous parlerons de la puéricultrice et de la prise en charge du bébé et de ses parents en détaillant la relation soignant/soigné et la juste distance professionnelle. Dans cette sous-partie, nous nous attarderons sur l'accompagnement des parents en situation précaire, ce qui fera l'objet de notre hypothèse exposée à la suite de ce cadre théorique.

Après avoir effectué la rédaction de notre cadre théorique, nous soumettrons une hypothèse. Des entretiens seront ensuite réalisés auprès de professionnels de santé. Ces derniers seront analysés afin de valider ou non notre hypothèse.

Notre plan, ainsi que la construction de ce mémoire maintenant exposés, commençons tout d'abord par présenter notre première partie du cadre théorique.

I. Cadre conceptuel

A. Un petit être arrivé trop tôt

Dans cette première partie, nous aborderons tout d'abord le service de néonatalogie et son organisation. Cela nous permettra de visualiser le milieu où se trouve le nouveau-né prématuré lors de son hospitalisation, mais aussi de comprendre l'évolution de ce service au fil des années, notamment dans la prise en charge de l'enfant et de ses parents. Suite à cela, nous parlerons de la prématurité en exposant une définition et quelques données épidémiologiques, puis la physiologie du nouveau-né prématuré afin de mieux comprendre l'image que les parents peuvent avoir de leur enfant en réanimation néonatale. Pour conclure cette partie, nous parlerons de la puéricultrice en service de néonatalogie afin de comprendre les spécificités de son rôle auprès des nouveau-nés prématurés.

1. La néonatalogie

1.1. Qu'est-ce que la néonatalogie ?

Selon le dictionnaire Hachette, *« la néonatalogie est une discipline spécialisée dans les maladies du nourrisson dans la période qui suit immédiatement la naissance »*[4].

Ce service est composé de pédiatres, de puéricultrices, d'auxiliaires puéricultrices, de kinésithérapeutes, de psychomotriciens, de psychologues, d'assistantes sociales.

Il existe plusieurs niveaux de néonatalogie. A travers les différents cours enseignés en formation de puéricultrice, nous avons appris que les maternités dîtes de niveau 1 prennent en charge les grossesses normales et ont uniquement une unité d'obstétrique, elles peuvent prendre en charge les soins de réanimation des nouveau-nés mais ces derniers ne restent pas dans le service, ils sont dirigés vers une réanimation néonatale. Les maternités de niveau 2 prennent en charge les grossesses à risque modéré ainsi que les nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation. Elles disposent d'une unité d'obstétrique et de néonatalogie. Les maternités de niveaux 2 sont subdivisées : les maternités de niveau 2A accueillent les bébés

[4] Dictionnaire Hachette, édition 2005, page 1106

nés à partir de 32 semaines d'aménorrhée (SA) avec un poids d'au moins 1 500 g et le niveau 2B correspond aux soins intensifs et accueillent les nouveau-nés entre 30 et 32 SA, pesant entre 1 000 et 1 500 g qui sont stables et n'ont pas besoin d'être intubés. Les maternités de niveaux 3 prennent en charge les nouveau-nés à partir de 24 semaines d'aménorrhées nécessitant une réanimation.

Dans le service de néonatalogie où se déroulait ma situation, il y avait trois unités : la réanimation, les soins intensifs où les bébés étaient transférés lorsqu'ils étaient plus stables et non intubés, et les soins continus où les bébés sont transférés lorsqu'ils sont proches de la sortie.

Le service de réanimation est un service qui demande une très grande technicité ainsi qu'une hygiène rigoureuse de la part des soignants et de la famille en raison de la fragilité et l'immaturité immunologique des nouveau-nés. Le fait de voir leur bébé intubé, scopé, si petit dans un incubateur ainsi que le fait de porter une surblouse, d'éviter de stimuler leur bébé peut être difficile à vivre pour les parents qui ne peuvent exercer pleinement leur rôle parental.

Dans tous les services de néonatalogie, les parents peuvent venir voir leur bébé 24h/24, 7j/7 sans limite. Ils peuvent participer aux soins tels que les soins de nursing et cocooner leur bébé pendant les soins techniques réalisés par la puéricultrice. Cela permet aux parents de se sentir plus proche de leur enfant.

Mais cela n'a pas toujours été le cas. Le service de néonatalogie a évolué au fil des années. Auparavant, les bébés ainsi que leur famille n'étaient pas pris en charge de la même manière qu'aujourd'hui. C'est ce que nous détaillerons dans cette prochaine sous-partie.

1.2.Evolution de la néonatalogie au fil des années

Pour réaliser cette partie, je me suis inspirée du livre *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, paru en 2000, de Geneviève Binel. Ce livre a maintenant 18 ans, nous comprenons bien qu'aujourd'hui les pratiques ont évolué dans les services de réanimation néonatale. L'histoire de la néonatalogie est une partie que nous détaillerons afin de prendre conscience de l'évolution de ce service, notamment dans le développement de la prise en charge de l'enfant et de ses parents.

Cette auteure nous explique qu'entre 98 et 138 après J.-C Soranos, médecin Grec, parle pour la première fois de prématurité et de soins à prodiguer au nouveau-né. Cette notion de prématurité est donc très ancienne et n'a cessé d'évoluer au fil des siècles.

En 1880, Tarnier, rédige un manuel de réanimation néonatale et expose les pratiques de prise en charge du bébé prématuré : hygiène, alimentation par « gavage », chaleur humide et constante, isolement. Ce manuel est le premier guide de pratiques enseigné aux professionnels travaillant auprès des nouveau-nés prématurés.

Quelques années plus tard, Martin Cooney associe la mortalité des prématurés aux infections. Suite à cela, il crée des services de prématurés, où ces derniers sont isolés et l'allaitement maternel est interdit. Le nettoyage des incubateurs, le port de blouse ainsi que l'hygiène des mains deviennent des impératifs.

En 1960, le psychisme du nouveau-né a été pris en considération. Un lien a été établi entre le devenir physique et psychique du bébé et la relation avec sa mère. Les enfants étaient isolés, les parents n'avaient pas accès au service et pouvaient voir uniquement leur bébé à travers une vitre. En 1970, les parents peuvent entrer dans le service de néonatalogie, et à partir des années 1980, les parents sont invités à participer aux soins de leur bébé accompagnés de la puéricultrice.

A travers ces explications, nous nous apercevons que les nouveau-nés prématurés étaient auparavant considérés comme de petits êtres qui ne ressentaient aucune douleur. Le psychisme du nouveau-né a été pris en compte bien plus tard et cela a permis de faire le lien entre la séparation et l'importance de la relation de la maman avec son bébé. L'inclusion des parents aux soins est très récente.

Nous pouvons également nous apercevoir que les liens d'attachement parents-enfant n'étaient pas pris en considération. Cela a évolué au fil des années. A ce jour, les parents ne sont plus écartés, bien au contraire ils sont invités à réaliser les soins de nursing afin de faciliter la création du lien parents-enfant.

En lisant le titre de ce livre, nous pouvons également observer une nette amélioration entre l'an 2000 et aujourd'hui. En effet, cet ouvrage nous parle principalement du lien mère-enfant et non du lien parents-enfant. A ce jour, les pères sont également invités à être présents et à réaliser les soins de leur bébé. Ils ont également une place très importante dès la naissance du bébé, car il arrive parfois dans certaines situations, que les mamans ne peuvent voir leur enfant tout de

suite, c'est donc le papa qui est auprès du bébé dans un premier temps. Il existe aujourd'hui dans les nouveaux services de néonatalogie des chambres parents-enfant ou des studios permettant aux parents d'être plus près de leur enfant.

En 18 ans, notre société a évolué notamment par rapport à l'accès à l'information avec Internet, ou encore avec les documentaires télévisés qui permettent aux parents mais également à la population d'avoir un aperçu sur ce qu'est la prématurité et tout ce qui l'entoure.

Nous comprenons que le profil des parents a évolué en plusieurs années. Mais de ce fait, en quoi le rôle de la puéricultrice a-t-il évolué aujourd'hui ?

De nos jours, les champs de compétence de la puéricultrice se sont élargis puisqu'elle doit non seulement prendre en charge l'enfant aussi bien dans les soins techniques que relationnels mais également les parents qu'elle doit inclure aux soins. Certains centres hospitaliers détiennent le label Initiative Hôpital Amis des Bébés (IHAB) permettant de favoriser le lien parents-enfant. Les professionnels doivent donc adapter leur prise en charge en fonction des besoins de l'enfant et de ses parents. Cette prise en charge est donc aujourd'hui basée sur l'adaptabilité des professionnels.

Pour le moment, nous allons nous intéresser à la prématurité afin de nous rendre compte de l'image que peuvent avoir les parents de leur enfant hospitalisé en réanimation néonatale. Cela nous permettra de mieux comprendre leurs difficultés dans la prise en charge de leur bébé.

2. La prématurité

2.1. Définition

Selon l'OMS, *« un bébé est considéré comme « prématuré » s'il naît avant que 37 semaines de gestation se soient écoulées. Normalement, une grossesse dure environ 40 semaines »*[5].

Il existe différents degrés de prématurité. En effet, tout nouveau-né est dit prématuré s'il naît avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Entre 33 SA et 36 SA, l'on parle de prématurité moyenne, entre 28 SA et 32 SA de grande prématurité et de très grande prématurité avant 28SA.

[5] Organisation mondiale de la santé (OMS), Qu'est-ce qu'un bébé prématuré ? [En ligne], mise à jour en 2018, (consulté le 05/05/2018). Consultable sur http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/fr/

Plus le bébé sera prématuré, plus l'hospitalisation sera longue. Cela peut être difficile à vivre pour les parents qui vivent une séparation précoce avec leur enfant.

Les naissances prématurées sont un problème mondial qui peuvent toucher tout type de population. Nous allons donc maintenant parler d'épidémiologie pour mieux nous rendre compte de la fréquence des naissances prématurées en France et à travers le monde.

2.2. Epidémiologie

Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médical (INSERM), le taux de prématurité augmente au fil des années. En effet, il est passé de 4,5% en 1995 à 6% en 2016 chez les enfants uniques nés vivants. L'augmentation du taux de prématurité peut être expliquée par l'élévation de l'âge maternel à la naissance, ou la consommation de toxiques tels que le tabac, l'alcool ou la drogue.

Les naissances prématurées ne sont donc pas rares, elles sont même en augmentation. En tant que professionnels de santé, nous y serons davantage confrontés. Il est donc nécessaire de savoir prendre en charge un nouveau-né prématuré et sa famille. Pour cela, nous allons maintenant aborder l'aspect physiologique de la prématurité, puis l'aspect psychologique afin de comprendre les capacités relationnelles du grand prématuré.

2.3.Physiologie du nouveau-né prématuré

Dans cette partie, nous n'aborderons pas en détail les immaturités du nouveau-né prématuré. Le but de cette partie est de faire le lien entre toutes les immaturités liées à la prématurité et les soins ainsi que le matériel technique nécessaires à la prise en charge du bébé, afin de comprendre l'image que peuvent avoir les parents de leur enfant.

A la naissance, les nouveau-nés prématurés de moins de 27 SA sont de très petite taille et pèsent moins de 1 kg.

Le bébé prématuré souffre de différentes immaturités telles que pulmonaire, cardio-respiratoire, digestive, hépatique, rénale, du système nerveux, mais aussi une persistance du canal artériel. Des aides mécaniques permettent de compenser les différentes immaturités de l'enfant.

En effet, le bébé est immature au niveau de la thermorégulation il est donc placé en incubateur afin de ne pas perdre de chaleur, de prendre du poids et favoriser son développement. Une sonde thermique placée sur sa peau est donc reliée à l'incubateur afin de régler automatiquement la température de celui-ci en fonction de la température du bébé.

Pour pallier à l'immaturité pulmonaire, principalement dûe au manque de surfactant ainsi qu'à une atélectasie des bronches, le bébé est généralement intubé et a donc une sonde d'intubation dans le nez et un respirateur près de son incubateur pour l'aider à respirer. Il est aspiré régulièrement afin d'éviter la formation d'un bouchon muqueux.

L'immaturité digestive ne lui permet pas d'être alimenté par voie entérale. Il a donc une alimentation parentérale qui passe sur une voie centrale. Sur cette dernière, d'autres traitements sont administrés tels que des drogues ou encore de la caféine par exemple. Ces traitements sont préparés en seringue et sont disposés sur des SAP qui se trouvent près de l'incubateur également.

L'immaturité cardio-respiratoire nécessite également une surveillance par le scope afin de s'assurer que le bébé ne fasse pas de bradycardie ou de tachycardie, qu'il ne désature pas, qu'il ne fasse pas d'apnée et qu'il ait une tension artérielle dans les normes. Des électrodes sont donc placées sur son torse ou son dos et un bracelet de saturation est placé sur son poignet ou son pied.

Dans la situation que j'ai exposée ci-dessus, ce nouveau-né était en incubateur, intubé, scopé. Il avait une sonde thermique et un cathéter central à la naissance avec tout le matériel autour de l'incubateur. Les professionnels devaient également lui apporter de nombreux soins techniques tels que des aspirations trachéales, des bilans sanguins, des échographies cardiaques et transfontanellaires. Nous pouvons donc nous imaginer les représentations des parents, l'image qu'ils ont de leur bébé, ainsi que leurs craintes et leurs difficultés à entrer en relation avec lui.

Les parents de la petite fille que j'ai présentée précédemment ont vu leur bébé dans cet état. Cela leur a fait probablement peur d'où la remarque du papa *« c'est compliqué de voir un enfant dans cet état-là »*. Leur bébé ne bougeait pas et ouvrait très peu les yeux, il était donc probablement difficile pour eux de se projeter en tant que parents. Ils doivent faire le deuil de l'image du bébé *« idéal »* qu'ils avaient au moment de l'accouchement. Nous aborderons ce sujet dans la suite de ce mémoire.

La puéricultrice a donc une place très importante auprès du bébé et de sa famille pour permettre la création du lien d'attachement. Cela nécessite donc d'avoir des connaissances sur les capacités relationnelles du nouveau-né.

2.4.Psychologie et capacités relationnelles du nouveau-né prématuré

Le nouveau-né prématuré a de nombreuses capacités relationnelles qu'il est important de repérer en tant que professionnel afin de maintenir le bien-être du bébé et favoriser les liens relationnels avec ses parents. A travers cette partie, nous allons également aborder la psychologie du nouveau-né prématuré.

Dans leur article « La douleur chez le bébé prématuré », Morgane Gueguen et Céline Waroquier, qui sont deux psychomotriciennes, parlent de *« douleur psychique »* du bébé en néonatalogie. Pour elles, cette douleur est représentée par *« l'angoisse de la séparation d'avec la mère, le stress provoqué par les soins »*[6]. Elles ajoutent *« qu'une douleur physique intense et prolongée peut provoquer une souffrance psychique et une désintégration de l'appareil psychique »*[7] et que *« Face aux angoisses corporelles, au traumatisme de la naissance et de la séparation, le bébé a besoin de trouver un objet secourable lui permettant de retrouver un état d'intégration, il a besoin d'un environnement qui le contient et qui assure son sentiment de sécurité interne »*[8]. Les parents sont les principales personnes pouvant permettre *« d'assurer un sentiment de sécurité interne »* chez le bébé. En effet, selon les cours de psychologie reçus en formation de puéricultrice, le bébé a une préférence pour les visages humains, notamment le visage de ses parents. Il a la capacité de reconnaître la voix de ces derniers et peut réagir selon les sons, les tonalités, les intonations. Il reconnaît également l'odeur de sa maman et notamment celle du lait maternel. Cela le rassure et lui permet de se développer dans un environnement sécure.

Dans le cas d'une naissance prématurée, le bébé n'est pas toujours auprès de sa mère. Morgane Gueguen et Céline Waroquier nous expliquent *« qu'il va alors utiliser ses propres moyens de*

[6] GUEGUEN Morgan, WAROQUIER Céline, psychomotriciennes diplômées d'état, Présentation de la douleur [En ligne], (consulté le 24/06/18). Consultable sur http://psychomot.tout.petit.free.fr/douleur.htm
[7] GUEGUEN Morgan, WAROQUIER Céline, psychomotriciennes diplômées d'état, Présentation de la douleur [En ligne], (consulté le 24/06/18). Consultable sur http://psychomot.tout.petit.free.fr/douleur.htm
[8] GUEGUEN Morgan, WAROQUIER Céline, psychomotriciennes diplômées d'état, Présentation de la douleur [En ligne], (consulté le 24/06/18). Consultable sur http://psychomot.tout.petit.free.fr/douleur.htm

défense, archaïques et immatures : accrochage du regard à un point lumineux, agrippement à la sonde… »[9]. Selon Catherine Druon, qui est psychologue, le bébé vit des sensations morcelantes et cherche un moyen pour se rassembler. Le fait de s'agripper, ou encore de se griffer lui permet de se sentir vivant et entier, et permet de limiter ses angoisses de morcellement.

Nous pouvons repérer de grandes capacités relationnelles chez le bébé prématuré. Il reconnaît le visage de ses parents ainsi que leur voix. Leur présence est donc essentielle. Le fait de parler à leur enfant va le rassurer, il se sentira en sécurité dans un environnement qui lui est inconnu et probablement angoissant. Ce bébé a également besoin d'être contenu, dans un cocon par exemple ou dans les bras de ses parents afin d'éviter toute angoisse de morcellement.

A travers cette partie, nous comprenons bien qu'une naissance prématurée est toujours déstabilisant pour les parents qui doivent faire le deuil d'une naissance et d'un bébé *« idéal ».* La séparation de la maman et de son bébé dès l'accouchement, le transfert de ce dernier en réanimation néonatale, tous les soins techniques apportés à leur petit peut être vécu comme un choc pour les parents et un traumatisme pour le bébé. L'inclusion des parents aux soins est donc primordiale pour qu'ils puissent exercer leur rôle parental à leur niveau, et cela permettra ainsi au bébé de se sentir rassuré, aimé et de limiter ses angoisses.

Nous allons maintenant parler de la puéricultrice, de son rôle et des compétences qu'elle doit avoir pour prendre en charge un nouveau-né prématuré.

3. La puéricultrice

Selon le guide de la puéricultrice, le métier de puéricultrice c'est *« prendre soin des enfants pour maintenir, restaurer et promouvoir la santé, le développement, l'éveil, l'autonomie et la socialisation »*[10]. Cet ouvrage ajoute que *« 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*

[9] GUEGUEN Morgan, WAROQUIER Céline, psychomotriciennes diplômées d'état, Présentation de la douleur [En ligne], (consulté le 24/06/18). Consultable sur http://psychomot.tout.petit.free.fr/douleur.htm
[10] GASSIER J, SAINT-SAUVEUR C., sous la direction de COLSON S, *Le guide de la puéricultrice*, 4ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. 1240p. P 4.

la société, à la lutte contre les exclusions »[11]. En service de néonatalogie, la puéricultrice aura donc pour rôle d'assurer la prise en charge du bébé tout en respectant son développement, mais aussi d'assurer la prise en charge des parents qui semble avoir une part importante dans notre profession, si l'on en croit cette définition.

Selon l'article R4311-13 du Code de la Santé Publique, *« 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'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :*

1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;

2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;

3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;

4° Soins du nouveau-né en réanimation ;

5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie. »[12].

Cet article est plus spécifique au travail de la puéricultrice en néonatalogie puisqu'il précise que la puéricultrice doit accompagner l'enfant dans son développement, dépister les inadaptations du nouveau-né, et prendre en charge l'enfant en réanimation. A travers ces deux citations, nous comprenons que la puéricultrice a un rôle très spécifique en service de néonatalogie auprès de l'enfant à travers les différents soins mais aussi auprès des parents, dans l'accompagnement à la parentalité.

Après avoir exposé les différentes notions de néonatalogie, prématurité et puéricultrice, qui sont trois points clés sur lesquels est basé le mémoire, nous allons maintenant nous attarder sur le lien parents-enfant en service de néonatalogie.

[11] GASSIER J, SAINT-SAUVEUR C., sous la direction de COLSON S, *Le guide de la puéricultrice*, 4ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. 1240p. P4.
[12] LEGIFRANCE, Code de la Santé Publique Article R4311-13, (Consulté le 22/09/2018). Consultable sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913901&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080310

B. Le lien parents-enfant en service de néonatalogie :

Le lien parents-enfant se crée dès les premiers mois de grossesse, et évolue au fil des mois. A la naissance, pour une grossesse menée à terme, le bébé et ses parents se découvrent, apprennent à se connaître et l'attachement se crée rapidement dans la majorité des cas. Lors d'un accouchement prématuré, les parents ne sont pas toujours prêts à accueillir leur enfant aussi bien au niveau matériel, qu'au niveau psychologique et émotionnel.

En service de néonatalogie, la puéricultrice est amenée à effectuer des soins techniques sur le bébé encore trop immature, mais elle est également amenée à travailler sur le lien parents-enfant qui est perturbé lors d'une naissance prématurée.

Il est donc important dans notre profession de comprendre comment se crée le lien d'attachement entre le bébé et ses parents afin d'assurer une prise en charge globale. Nous allons donc dans un premier temps aborder la théorie de l'attachement en s'appuyant sur les travaux de John Bowlby et Mary D. S. Ainsworth qui sont deux théoriciens-chercheurs du XXème siècle, ayant travaillé sur le développement de la théorie de l'attachement. Après avoir exploré ce concept, nous parlerons ensuite de la prématurité et du deuil des parents dans leur globalité, afin de comprendre leurs ressentis ainsi que leurs réactions, pour permettre de mieux les accompagner dans leur rôle parental et ainsi éviter une rupture du lien parental.

1. Liens d'attachement

1.1. Théorie de l'attachement

Jacynthe Emery, professeur de psychologie, définit le lien d'attachement comme étant *« un lien qu'un individu développe envers un autre »*[13]. Elle nous explique *« qu'un individu plus vulnérable (comme c'est le cas du jeune enfant) cherche à s'allier à un individu plus fort ou plus judicieux (comme le parent), dans la perspective où ce dernier est perçu comme une source potentielle de réconfort et de protection »*[14]. La place des parents a toute son importance auprès de l'enfant qu'il soit né prématurément ou non. Ce dernier a besoin d'être rassuré et

[13] EMERY J., *L'attachement parent-enfant de la théorie à la pratique*, Edition du CHU de Sainte-Justine, 2016, 496 pages, p.28

[14] EMERY J., *L'attachement parent-enfant de la théorie à la pratique*, Edition du CHU de Sainte-Justine, 2016, 496 pages, P.28

accompagné tout au long de sa vie, dès sa naissance. Malgré le fait qu'il soit placé en incubateur et que sont état nécessite de nombreux soins techniques, l'enfant prématuré entend les voix et sent la présence de ses parents. Leur présence auprès de leur enfant est donc importante en service de néonatalogie.

De son côté, Bowlby a défini l'attachement comme étant *« la conception théorique du besoin social primaire de l'auteur »*[15].

Le besoin est *« l'exigence destinée à combler un déficit de l'organisme (besoins primaires) ou ressenti comme nécessaire à l'existence matérielle ou morale »*[16]. Le nouveau-né a des besoins fondamentaux qui regroupent des besoins physiologiques, un besoin d'estime de soi, de réalisation de soi, mais aussi de sécurité et de stabilité, d'appartenance et d'affection qui concernent particulièrement le besoin d'attention, d'être aimé, d'être apprécié pour ses qualités. L'enfant va chercher à satisfaire ses besoins par n'importe quel moyen, que ce soit par des cris ou des pleurs pour attirer l'attention de l'adulte, et pouvoir ainsi acquérir un bien-être.

Mary Ainsworth a travaillé sur le concept de base de sécurité ainsi que sur l'importance du rôle de la figure d'attachement. Elle définit la sécurité dans l'attachement comme étant *« un état de confiance quant à la disponibilité de la figure d'attachement »*[17].

A travers ces définitions, nous comprenons bien que l'enfant nécessite dès le plus jeune âge, la présence ainsi que l'attention d'une personne sécurisante, qui n'est pas forcément celle de ses parents. Cette personne sécurisante est appelée *« caregiver », « care »* signifie *« prendre soin »* et *« giver »* est celui qui donne, autrement dit, le *« caregiver »* est celui qui *« donne le soin ».*

En 1958, Bowlby a identifié cinq *« réponses instinctives »* qui contribuent au développement de l'attachement de l'enfant : sucer, attraper, suivre qui sont des comportements de proximités, pleurer et sourire qui sont des comportements de signalisation. Il nous explique que tout au long de la première année de vie, ces comportements deviennent intégrés et dirigés vers la figure d'attachement. Il ajoute que la manière dont les parents vont répondre à ses comportements instinctifs va permettre de contribuer au développement de l'attachement. Cela va ensuite

[15] SOLIS-PONTO Leticia. *La parentalité*, Paris, Le fil rouge, 2014, p. 175
[16] PALY Pascale, Massonnière Nadine. Les besoins fondamentaux du jeune enfant [En ligne]. (Consulté le 23/07/2018). Consultable sur : https://docplayer.fr/21902494-Les-besoins-fondamentaux-du-jeune-enfant.html
[17] TERENO Susana, SOARES Isabel, MARTIN Eva et al. *Devenir*. Médecine & Hygiène, 2007. Théorie de l'attachement, p.151 à 188. P155.

donner à l'enfant la sécurité et la confiance nécessaires à son développement. Il a appelé cela comportement d'attachement.

Dès sa naissance, le nouveau-né prématuré est capable d'avoir des *« réponses instinctives »* qui interpellent l'adulte, que ce soit les parents ou les professionnels du service. En cas d'hospitalisation en réanimation néonatale, les parents peuvent être présents autant qu'ils le souhaitent, néanmoins ils ne peuvent toujours être présents auprès de leur enfant. En leur absence, les puéricultrices du service prennent en charge l'enfant selon ses besoins, qu'ils soient physiologiques ou psychologiques.

Les premières figures d'attachement de l'enfant sont ses parents. Lors d'un accouchement à terme et d'une hospitalisation en maternité, les liens d'attachement se mettent en place plus rapidement puisque la maman peut donner le sein ou le biberon, les parents peuvent faire du peau à peau ou prendre leur bébé dans les bras quand ils le souhaitent. Ils sont accompagnés lors des soins tel que le bain par exemple, mais les professionnels ne font pas à leur place. En service de réanimation néonatale, les liens d'attachement sont plus difficiles à mettre en place. Ils se créent également lors de la grossesse. Ce n'est qu'au troisième trimestre que le bébé acquiert de plus en plus de réalité de la part des parents, c'est également à ce moment que la Maman se prépare à l'accouchement. En cas d'accouchement prématuré, les liens d'attachement du troisième trimestre n'ont pas pu se créer. Comme nous l'avions abordé précédemment, en réanimation néonatale, cela est d'autant plus difficile pour les parents qui ne peuvent toucher ni prendre leur bébé dans les bras quand ils le souhaitent en raison de sa fragilité. De plus, les soins techniques nécessaires à la prise en charge du bébé sont réalisés par les professionnels. Tout cela peut mettre un frein à la création de la relation parents-enfant.

Pour certains parents, cette séparation peut être difficile à surmonter et les liens d'attachement sont difficiles à créer. Cela peut parfois aboutir à une réticence de leur part, parfois une absence, voire même une rupture des liens avec leur enfant. Nous allons aborder cette notion dans la prochaine partie.

1.2.Perturbation du lien parents/enfant et rupture du lien parental

En service de réanimation néonatale, les liens d'attachement sont souvent perturbés de par la naissance prématurée du bébé, par les soins techniques qui lui sont apportés ainsi que par la représentation qu'ont les parents de leur enfant. En effet, dans son livre *Prématurité et rupture*

du lien mère-enfant, Geneviève Binel a interrogé des parents dont le bébé est né prématurément, et certains d'entre eux ont été perturbés et ont témoigné : *« Quand je l'ai vue, ça m'a secouée. Elle était tellement minuscule ! Entre le bonnet, les chaussons et la couche, on ne voyait même pas sa peau… »*[18], *« Quand je suis arrivée dans le service, je ne l'ai pas reconnu… Je l'avais vu pourtant, mais ce n'était plus le même… »*[19], *« Elle était toute maigre, avec des fils et des tuyaux partout… »*[20]. Les parents voient leur enfant comme un objet de soin et non un sujet, et il semblerait que ce soit difficile à accepter pour eux. Certains parents vont être très présents pour leur enfant, ils vont s'investir dans les soins qu'ils sont capables de réaliser, d'autres vont surinvestir leur relation avec leur enfant car ils sont toujours dans la peur et l'angoisse, ils deviendront parfois agressifs envers le soignant, et il peut également arriver que certains parents ne souhaitent pas s'attacher à leur enfant de peur qu'il ne décède. De ce fait, il arrive qu'ils aient des difficultés à s'investir dans les soins de leur enfant, qu'ils deviennent de plus en plus absents au fil des jours, ou qu'ils prennent peu, voire pas de nouvelles de leur enfant.

Jacinthe Emery, professeur de psychologie, affirme que *« tous les enfants développent un attachement à leurs parents, même si ces derniers ont des conduites maltraitantes ou qui paraissent effrayantes aux yeux de l'enfant. La seule exception concerne les cas où l'enfant n'a pas l'occasion de créer des liens avec son parent par manque de contact. »*[21]. Dans ce passage, nous comprenons bien qu'en cas d'absence des parents auprès de leur bébé hospitalisé, les liens d'attachement ne peuvent pas se créer. En grandissant, l'enfant ne reconnaitra donc pas forcément ses parents, ils ne seront pas considérés comme figure d'attachement de l'enfant.

Leur absence peut être considéré comme un mécanisme de défense. Parmi ces mécanismes de défense, nous pouvons retrouver le déni, la rationalisation, l'évitement, le déplacement, la dénégation ou la projection. En cas d'absence des parents on parlera plutôt d'évitement. En effet, ces derniers ne viennent pas voir leur bébé de peur qu'il ne décède. Cela est un processus psychique inconscient. Les mécanismes de défense ont un rôle *« d'amortisseur »* face au choc, à l'angoisse de la perte.

---

[18] BINEL G. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin Editeur, 2000. 227p. P.119

[19] BINEL G. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin Editeur, 2000. 227p. P.119

[20] BINEL G. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin Editeur, 2000. 227p. P.119

[21] EMERY J., *L'attachement parent-enfant de la théorie à la pratique*, Edition du CHU de Sainte-Justine, 2016, 496 pages, p.28

Ce mécanisme de défense peut être dû à un deuil anticipé de la part des parents, face à un enfant qui risque de grandir avec des séquelles physiques ou neurologiques, ou qui risque de perdre la vie.

Laura Ferrari, psychanalyste dans l'accompagnement des familles affirme qu'en service de réanimation néonatale, *« Les parents ont commencé à s'inquiéter de la survie de l'enfant, et la peur de s'attacher à lui peut durer tout le temps de la réanimation de l'enfant. Ils présentent fréquemment des symptômes de deuil anticipé, comme s'ils étaient persuadés que leur enfant allait mourir. Ils sont partagés entre le désir de le sauver et le souhait qu'il meure s'il a trop de séquelles »*[22]. Nous comprenons donc bien à travers ces quelques lignes que le deuil anticipé est une manière de se protéger face à l'angoisse de perdre leur enfant. Les parents préféreront donc éviter l'hôpital et prendront peu de nouvelles de leur enfant, afin d'éviter d'être confrontés à la dure réalité ou à une mauvaise nouvelle.

Il arrive parfois que les parents ne comprennent pas toujours le sens de leur visite auprès de leur enfant, tellement *« médicalisé »* qu'il leur semble difficile de le regarder ou de l'observer. Il est nécessaire qu'ils prennent conscience que leur bébé entend, reconnaît leur voix, leur odeur et est sensible au toucher. Cela le rassure et lui apporte du réconfort.

En réanimation néonatale, le deuil est souvent abordé. En effet, nous parlons souvent de deuil lié à la perte de l'enfant, mais nous parlons également de deuil lié aux représentations qu'avaient les parents de leur enfant. Nous allons donc aborder cette notion dans cette seconde partie.

2. Deuil en réanimation néonatale

Le deuil est un sujet souvent abordé en cas de perte d'un être cher. Nous allons aborder ce concept dans un premier temps afin de mieux comprendre ce que vivent les parents et d'améliorer notre prise en charge.

A travers ce mémoire, nous comprenons bien que le deuil n'est pas uniquement le fait de perdre un proche mais qu'il est aussi assimilé au passé, à la perte de l'objet, au fait que certaines choses

[22] FERRARI L., *Place de la psychanalyste dans l'accompagnement de l'enfant prématuré et de sa famille*, Médecine thérapeutique/pédiatrie, mis à jour en 2018, consulté le 19/07/2018, Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/mtp/e-docs/place_de_la_psychanalyste_dans_laccompagnement_de_lenfant_premature_et_de_sa_famille_200099/article.phtml

ne se dérouleront jamais comme nous les avions imaginées. Cela est également valable lors d'une grossesse inachevée, l'accouchement ainsi que le bébé ne sera jamais comme les parents l'avaient imaginé. Nous traiterons donc cette notion en deuxième partie.

Dans un troisième temps nous allons aborder le deuil des parents en cas de décès de leur bébé ainsi que de l'importance des liens d'attachement dans cette situation. Cela nous permettra de comprendre le rôle de la puéricultrice dans l'accompagnement des parents.

2.1. Le deuil

Le terme *« deuil »* vient du latin *dolere* qui signifie souffrir. Le deuil est toujours vécu comme une souffrance pour la personne concernée.

Yves Philippin, qui est psychologue, définit le deuil comme étant *« l'ensemble des réactions physiques, psychologiques, affectives et comportementales consécutives à toute perte significative, qu'il s'agisse notamment d'une personne aimée, mais aussi d'un idéal, d'un animal, d'un objet ou autre »*[23]. A travers cette définition, nous comprenons bien que le deuil est toujours lié à une perte, qui peut être vécu dans différentes situations.

Elizabeth Kubler-Ross, psychiatre ayant travaillé sur l'approche des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie, a établi sept étapes du deuil qui sont le **choc** lorsque la personne subit le traumatisme, la perte, le **déni**, qui est un mécanisme de défense se manifestant lorsque la personne n'accepte pas la situation, la **colère** lorsque la personne a un sentiment d'injustice, puis la **dépression** lorsqu'elle n'a plus goût à la vie, vient ensuite la phase de **résignation**, au cours de laquelle elle abandonne sa lutte où elle a le sentiment d'avoir tout essayé pour revenir à la situation perdue, l'**acceptation**, où elle accepte la perte et continue à vivre, puis arrive la **reconstruction**, phase dans laquelle elle se reconstruit progressivement.

En service de soins hospitaliers, il est important que l'infirmière puéricultrice repère dans quelle phase du deuil se trouvent les parents afin de trouver des mots adaptés et d'adopter une attitude adéquate. Ce travail est réalisé en collaboration avec la psychologue qui accompagnera les parents, les fera verbaliser sur leurs ressentis et saura adapter son discours.

[23] PHILIPPIN Y. Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *Info Kara, revue internationale Francophone de soins palliatifs*. Médecine & Hygiène, 2006, p.163 à 166.

Dans les deux prochaines parties, nous allons aborder le deuil sous deux aspects différents, que l'on rencontre fréquemment en service de néonatalogie : le deuil lié à une grossesse inachevée, ainsi que le deuil lié au décès de l'enfant.

2.2. Deuil d'une grossesse inachevée et d'un bébé imaginé

Lors de la grossesse, le bébé devient petit à petit plus réel aux yeux de ses parents grâce aux échographies, mais aussi lorsque la maman commence à le sentir bouger. Au troisième trimestre de grossesse, les parents investissent la chambre, achètent le matériel nécessaire, choisissent un prénom, parlent de leur bébé à leur entourage, et se préparent à l'accueillir.

En cas de naissance prématurée, la grossesse est vécue comme étant inachevée. Pour la maman, cela est vécu comme une erreur, un échec, une incapacité à assurer sa fonction maternelle et familiale.

Les parents peuvent éprouver un sentiment d'injustice ainsi qu'une grande culpabilité de ne pas s'être réjouis de la naissance de leur enfant, ou de ne pas avoir souhaité le voir ou le toucher immédiatement par exemple.

L'accouchement est souvent vécu comme un évènement choquant et traumatique pour les parents. La séparation dès la naissance et le transfert en réanimation néonatale peuvent être difficiles pour eux car ils ne réalisent pas toujours ce qu'il se passe. Dans son livre *Prématurité et rupture du lien mère-enfant* (2000), Geneviève Binel, puéricultrice ayant travaillé de nombreuses années en néonatalogie, nous explique que *« l'absence a généré au moins de l'anxiété, et souvent, de l'angoisse. Le fait de ne pas voir leur bébé les conduit souvent à imaginer le pire »*[24].

Leur bébé n'est pas l'enfant merveilleux rêvé, il est petit, fragile, et son état de santé est souvent très préoccupant, les parents craignent que ce dernier ne décède. Parfois certaines mamans n'arrivent pas à trouver leur enfant « beau ». Geneviève Binel, nous explique que *« la première visite à l'enfant pendant son séjour en réanimation est toujours un souvenir chargé d'émotion pour les parents »*[25]. Elle ajoute que *« presque tous parlent de leurs difficultés à reconnaître*

[24] BINEL G. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin Editeur, 2000. 227p. P.120
[25] BINEL G. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin Editeur, 2000. 227p. P.118

l'enfant, soit parce qu'ils ne l'ont pas vu à la naissance et n'ont dans l'esprit que l'enfant imaginaire, soit parce qu'il est entouré d'appareillages et ne ressemble plus au nouveau-né qu'ils ont vu avant son transfert »[26].

Les parents sont donc amenés à faire le deuil du bébé « idéal » qu'ils ont tant imaginé lors de la grossesse et à faire face à cette réalité souvent difficile à accepter.

Les parents de la petite fille dont j'ai exposé la situation ci-dessus avaient probablement des difficultés à reconnaître leur enfant, à comprendre la situation, il est possible que le risque d'avoir un enfant gravement malade ou porteur d'un handicap leur faisait peur.

Certaines craintes ou angoisses de la part des parents peuvent les conduire à avoir des comportements inappropriés vis-à-vis de leur enfant ou de l'équipe, ce qui peut perturber la création du lien parents-enfant et ainsi mener parfois à une rupture du lien parental. Mais une rupture du lien parental ne veut pas forcément dire que les parents ne souffrent pas. L'intervention de la puéricultrice a toute son importance dans ce genre de situation.

Malgré le fait que leur enfant soit en vie, le deuil du bébé imaginé et des idéaux des parents est difficile à accepter pour eux. Un travail sera réalisé avec la psychologue pour les faire verbaliser, mais également avec les professionnels du service qui les accompagneront dans la prise en charge de leur enfant, afin qu'ils puissent trouver leur place et ainsi pouvoir exercer leur rôle parental auprès de leur bébé.

Le deuil périnatal est quant à lui quelque peu différent. Il est abordé en cas de décès du bébé, et la prise en charge de l'enfant et de ses parents sera différente. Nous allons aborder cette notion dans la suite de ce mémoire.

2.3. Deuil périnatal

Dans cette partie, nous allons aborder le deuil périnatal qui est une partie de l'expérience du deuil encore très questionnée de nos jours. Faut-il réellement s'attacher à son enfant pour mieux se détacher et permettre de faire son deuil ? Le fait de ne pas s'attacher faciliterait-il davantage le deuil des parents ? Ces sujets posent souvent question en réanimation néonatale. En effet, l'attachement peut créer une ambivalence chez les parents, certains vont préférer se détacher de

[26] BINEL G. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin Editeur, 2000. 227p. P.119

leur enfant par leur absence, de peur de souffrir si ce dernier décède, et d'autres s'attacheront à lui malgré le fait que son pronostic vital soit engagé. Cela est propre à chaque parent, les réactions seront différentes d'un parent à l'autre. Là se trouve toute la difficulté pour les professionnels de santé, qui devront s'adapter à chaque parent selon leur comportement, leurs ressentis, et leur contexte de vie.

La mort périnatale d'un enfant se traduit par son décès au cours de la grossesse, à sa naissance ou dans les heures ou les jours suivant sa naissance. Nous comprenons donc que le deuil périnatal se définit par le deuil des parents lié à la perte de leur bébé à la naissance ou dans la période qui suit l'accouchement.

Florence de Wailly, qui est psychologue, affirme qu'il faut s'attacher pour se séparer ensuite. Pour elle, il s'agit de permettre aux parents de *« renouer avec des ressentis sensoriels, corporels, liés au bébé, afin de réamorcer par ce biais, la possibilité de représentation d'un bébé vivant et de nouer un lien physique et psychique avec lui »*[27]. Elle nous explique également qu'il est important que les parents *« lui donnent une existence, lui attachent des représentations et des affects positifs, pour pouvoir ensuite, s'autoriser sans trop de culpabilité, à s'en séparer »*[28]. A travers ses dires, nous comprenons bien que le deuil, c'est savoir se détacher sans se perdre. L'attachement permettrait donc aux parents de pouvoir faire le deuil de leur enfant décédé. Mais s'attacher est parfois vécu difficilement pour les parents qui, selon Florence de Wailly, étaient attachés à leur enfant de manière « symbolique » puisqu'ils avaient conscience que ce bébé était une partie d'eux même, mais qu'ils avaient finalement partagé peu de moments ensemble.

La puéricultrice a donc un rôle important auprès des parents dans l'accompagnement du deuil périnatal. Permettre aux parents d'habiller leur bébé, le prendre en photo, réaliser ses empreintes, organiser son baptême les aidera à lui laisser une place réelle dans la famille et lui donner une identité. Ils auront donc plus de facilité à faire leur deuil et à continuer à vivre sans lui, mais en ayant toujours une part de lui en eux.

A travers cette sous-partie, nous comprenons bien que la mort d'un enfant né prématurément et le deuil périnatal sont des sujets qui questionnent encore beaucoup les professionnels de santé dans les services de réanimation néonatale, notamment sur la prise en charge et l'accompagnement du bébé et de ses parents. Malgré le fait que leur bébé ne survivra pas, les

[27] DE WAILLY Florence, Séparation et deuil périnatal, *Imaginaire et Inconscient* n°30, 2012. p.25 à 32.
[28] DE WAILLY Florence, Séparation et deuil périnatal, *Imaginaire et Inconscient* n°30, 2012. p.25 à 32.

puéricultrices travailleront néanmoins sur l'attachement des parents à leur enfant. Cela semblerait primordial pour que ces derniers puissent faire leur deuil. En quelques mots, « s'attacher pour mieux se détacher » résume parfaitement cette sous-partie.

En conclusion de cette partie, nous constatons que le lien d'attachement parents-enfant est un sujet très complexe, notamment en service de réanimation néonatale. L'enfant a besoin de sécurité, de stabilité et d'affection. La construction de l'attachement dépend de la manière dont les parents vont répondre à ses besoins. En service de réanimation, les soins techniques ainsi que tout le matériel présent autour du bébé peuvent être un frein à la création du lien d'attachement. Les parents peuvent être réticents et craindre de toucher leur enfant. Cela peut évoluer avec le temps, tout au long de l'hospitalisation, lorsque les parents apprendront à connaître leur bébé et assumeront leur rôle parental. Pour d'autres, cette situation peut être difficile à surmonter, la peur de perdre leur enfant ou la crainte d'avoir un enfant porteur de handicap peut les faire fuir. En cas d'absence des parents, les liens d'attachement ne pourront se créer. Cela peut être assimilé à un mécanisme de défense, qui est une manière de se protéger de la douleur psychique. On parlera alors de deuil anticipé. Le deuil est toujours source de souffrance. Lors d'un accouchement prématuré, les parents doivent faire le deuil d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un bébé « idéal » qu'ils avaient tant imaginé, et vivent cela comme un traumatisme. Le deuil périnatal est également douloureux pour les parents qui vont perdre leur enfant, mais l'attachement reste primordial pour leur permettre de faire leur deuil. Certains parents préfèrent fuir pour ne pas avoir à affronter une réalité qui leur semble trop difficile. La puéricultrice aura donc une place importante auprès des parents et de l'enfant. Elle accompagnera le bébé tout au long de son hospitalisation afin d'améliorer son état de santé selon le pronostic annoncé et mettra en œuvre tous les moyens pour limiter la douleur et optimiser son confort. Elle prendra également en charge les parents afin qu'ils puissent vivre pleinement leur parentalité, qu'ils puissent créer des liens avec leur bébé dans n'importe quelle situation, tout en respectant leurs choix ainsi que leur rythme. Cette notion sur le rôle de la puéricultrice sera évoquée dans cette prochaine partie.

C. Puéricultrice et prise en charge du bébé et de ses parents

1. Relation soignant/soigné avec le bébé et ses parents

En service de néonatalogie, comme dans tous les services accueillant les enfants, la relation soignant-soigné doit s'instaurer avec le patient, qui est l'enfant, quel que soit son âge, mais aussi avec les parents qui sont souvent présents auprès de leur bébé. Nous parlerons donc dans un premier temps de la relation soignant-soigné dans sa globalité. Il serait également intéressant d'aborder l'entrée en relation avec le nouveau-né prématuré et ainsi connaître les spécificités de cette relation. Nous parlerons ensuite de l'accompagnement des parents par les professionnels de santé, et plus particulièrement de l'accompagnement des parents en situation précaire. Cela nous permettra de savoir si une situation précaire peut avoir un impact sur la relation avec leur enfant.

1.1. Définition de la relation soignant-soigné

Christine Paillard, qui est Docteure en science du langage, définit la relation soignant/soigné comme étant une *« activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité) »*[29]. A. Manoukian et A. Massebeuf, psychologues et formateurs en milieu hospitalier ajoutent que cette relation n'exige pas forcément un temps particulier dans lequel le soignant s'installera auprès du patient pour discuter. Cette relation pourra également être instaurée à travers les soins techniques, les soins de confort, et l'accompagnement des parents lors des soins. Cette relation soignant-soigné permet d'instaurer une alliance thérapeutique entre le professionnel et les parents.

Selon Margot Phaneuf, l'alliance thérapeutique est *« la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son client par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être »*[30]. L'alliance thérapeutique doit être instaurée avec chaque parent, dans un même objectif qui est d'accompagner le bébé quel que soit son état de santé, et favoriser son bien-être.

[29] PAILLARD C. Dictionnaire humaniste infirmier, Setes, 2013. P.228
[30] PHANEUF M. L'alliance thérapeutique comme instruments de soins [En ligne], mis à jour en Mars 2016, consulté le 30/08/2018. Consultable sur : http://www.prendresoin.org/

Comme l'explique Alexandre Manoukian, définition tirée de l'ouvrage de C. PAILLARD (2013), la relation soignant-soigné est la *« rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires »*[31]. Elle sera donc différente selon les parents, l'enfant et le professionnel. Néanmoins, dans n'importe quelle relation de soin, les choix des parents ainsi que la démarche d'accompagnement à la parentalité doivent être respectés pour pouvoir instaurer un climat de confiance avec eux, et le professionnel doit également adapter ses soins, son comportement ainsi que ses gestes pour mettre en confiance le bébé et ainsi, améliorer son bien-être. Dans cette prochaine partie, nous allons justement nous intéresser aux spécificités de la relation entre le bébé et les professionnels de santé.

1.2.L'entrée en relation avec le bébé

L'arrivée du nouveau-né prématuré en service de néonatalogie peut être vécu comme un traumatisme pour lui. Selon Bénédicte Colineau, qui est formatrice auprès des professionnels de santé et du social, *« le tout petit se retrouve, vulnérable, en un lieu où il n'est pas, loin s'en faut, l'unique. Il est avec d'autres nourrissons dans une situation proche de la sienne, qui ont également besoin de beaucoup d'attention »*[32]. Dans un même service de néonatalogie, la puéricultrice doit prendre en charge deux à trois enfants. Cette prise en charge doit être individualisée pour chacun d'entre eux car malgré leur jeune âge, ils ont une histoire de vie, des traits de caractères, un rythme et des besoins différents.

Cette auteure ajoute également que *« l'enfant doit faire face à un traumatisme de la séparation, à l'épreuve de la maladie, à l'adaptation à un monde « hors du temps », peuplé de bruits, de lumière, avec des soignants qui se relaient »*[33]. Pour pallier à cela, les soins de développement ont été mis en place, et ont été proposés par Bullinger[34].

---

[31] PAILLARD C. *Dictionnaire humaniste infirmier*, Setes, 2013. P.228

[32] COLINEAU B. *Accompagner le bébé souffrant tisser le lien parent-enfant*, Lyon : Chronique sociale, 2012, 92 pages. P61.

[33] COLINEAU B. *Accompagner le bébé souffrant tisser le lien parent-enfant*, Lyon : Chronique sociale, 2012, 92 pages. P.61

[34] André BULLINGER est un professeur à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève, il a centré ses enseignements et ses recherches fondamentales sur le développement sensori-moteur du jeune enfant.

Selon des puéricultrices du service de réanimation néonatale, étant intervenues dans notre formation, *« il s'agit d'une approche de soins individualisés plaçant le bébé comme acteur du soin et les parents comme partenaires »*[35].

Les soins de développement sont nécessaires au développement du bébé. En effet, selon Pierre Delion, pédopsychiatre au CHRU de Lille, et Roger Vasseur, qui est médecin de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, *« Les soins de développement visent à optimiser les ressources du bébé en soutenant la relation parentale, en adaptant l'environnement et les soins, en favorisant l'activité spontanée du bébé et en prévenant les dystimulations »*[36].

Plusieurs axes sont travaillés afin de permettre au bébé de se développer dans un environnement sécurisant. En effet, la position de l'enfant est primordiale et lui permet de retrouver une position fœtale. Le cocon lui offre des limites et des appuis afin qu'il soit enveloppé et rassuré. La prise en charge en binôme est à privilégier. Une puéricultrice maintient le bébé, lui parle, et le rassure pendant que l'autre puéricultrice réalise ses soins. Si les parents sont présents, ils peuvent prendre la place de la puéricultrice pour rassurer leur bébé, ce qui le mettra davantage en confiance. Il faut également apprendre à connaître le bébé pendant les soins, hors des soins, avec la présence de ses parents et analyser sa réaction de participation ou de retrait afin de pouvoir adapter au mieux nos gestes et nos soins. La limitation des bruits et de la luminosité est également à prendre en compte afin de maintenir le confort du bébé. La puéricultrice doit être douce dans ses gestes ainsi que dans ses paroles lorsqu'elle s'adresse au nouveau-né afin de limiter les angoisses chez ce dernier.

La présence de ses parents lui est également indispensable. En effet, cela favorisera la création du lien parents-enfant, de plus ce dernier se sentira plus en sécurité, plus rassuré de sentir que ses parents sont près de lui.

Les soins de développement permettront au bébé d'avoir une meilleure organisation physiologique et comportementale, les bradycardies et désaturations seront donc diminuées, il y aura également moins de complications médicales, une meilleure croissance staturo-pondérale, une baisse des troubles du comportement et de ce fait une diminution du temps d'hospitalisation.

[35] Diaporamas *Soins de développement*, étudié en Mars 2018.
[36] Diaporamas *Soins de développement*, étudié en Mars 2018.

Ils ont également un bienfait chez les parents puisque cela favorise le lien d'attachement, limite le stress ainsi que le risque de maltraitance.

Cela est également bénéfique pour les professionnels puisque le stress et la sensation d'infliger les soins sont diminués.

L'entrée en relation avec le bébé est primordiale en service de néonatalogie. Ce dernier a besoin de se sentir en sécurité, en présence et en l'absence de ses parents. Les puéricultrices doivent donc respecter son rythme d'éveil et de sommeil, privilégier les soins de développement afin d'éviter toute dystimulation et entrer en contact avec lui que ce soit par la parole ou le toucher pour favoriser son bien-être physique et psychologique.

Mais la relation avec les professionnels ne suffit pas. Le nouveau-né prématuré a également des besoins affectifs favorisés par la présence de ses parents. Comme nous l'avions abordé précédemment, ces derniers ont parfois peur de toucher leur enfant et de participer aux soins. C'est donc là que la puéricultrice peut intervenir afin de favoriser la création du lien parents-bébé.

1.3. Accompagnement des parents

1.3.1. Entrée en relation avec les parents

L'accompagnement des parents fait partie des rôles principaux de la puéricultrice. Son objectif est certes, d'améliorer l'état de santé de l'enfant en effectuant des soins techniques, mais également d'inclure les parents dans la prise en charge de leur enfant. Ce sont des partenaires dans les soins et non des spectateurs, leur intégration dans les soins auprès de leur bébé fait également partie du rôle de la puéricultrice. Leur présence est primordiale, ils ont besoin d'être rassurés, écoutés et compris, sans être jugés, ni culpabilisés. Bénédicte Colineau, qui a travaillé de nombreuses années dans le domaine social, nous explique que le professionnel doit *« être ouvert à ce qui se dit dans leur comportement, leur non-dit, leurs expressions, leurs actes manqués, leurs paroles ; sans aucun jugement, sans aucune attente, sans a priori, en acceptant de manière professionnelle que tout ceci soit très différent de ce auquel il attache du prix »*[37]. Cela peut être difficile à mettre en pratique pour certains professionnels car le comportement

[37] COLINEAU B. *Accompagner le bébé souffrant tisser le lien parent-enfant*, Lyon : Chronique sociale, 2012, 92 pages. P55.

des parents ainsi que leurs actes ou paroles peuvent aller à l'encontre de leurs valeurs personnelles. Malgré cela, ces derniers doivent se montrer professionnels et ne pas prendre parti. Si cette situation devient trop difficile pour eux, ils peuvent déléguer à un collègue ou échanger avec eux sur leurs difficultés. Nous détaillerons davantage ce point dans la partie *« Juste distance »*, dans la suite de ce mémoire.

Afin de pouvoir instaurer une relation de confiance avec les parents, ces derniers doivent se sentir épaulés, compris et soutenus par l'équipe. Bénédicte Colineau, affirme que le professionnel est là *« pour donner des moyens aux parents et à l'enfant de se relier, de « faire alliance » de la manière qui leur convient le mieux, et non pas qui lui convient, lui, ou qui convient à l'institution »*[38]. Leurs choix doivent donc être respectés. S'ils ne veulent pas toucher leur enfant par exemple, cela peut signifier qu'ils ne sont pas encore prêts à cela.

Instaurer une relation de confiance avec les parents est un axe important que la puéricultrice doit prendre en considération. C.PAILLARD définit la confiance comme étant une *« croyance individuelle ou collective spontanée ou innée ou acquise en la valeur affective, morale, d'un individu, d'un groupe, d'une institution, d'un postulat professionnel »*[39]. Elle ajoute qu'il est inconcevable de croire que l'autre est capable de nous trahir. Le soignant doit donc montrer aux parents qu'il est compétent, bienveillant et qu'ils peuvent avoir confiance en lui.

Le lien entre les professionnels et les parents peut parfois être difficile à mettre en place, de par le comportement des parents ou l'impossibilité d'instaurer un lien de confiance. Comme nous l'avons vu précédemment, il arrive que les parents soient agressifs ou absents, le travail en équipe pluridisciplinaire a alors toute son importance.

Bénédicte Colineau nous explique également que le soignant *« sait que l'avenir de l'enfant est lié à la qualité du lien qu'il crée avec sa famille »*[40]. Le lien parents-enfant est primordial dans le développement du bébé. Il doit être soutenu par toute l'équipe, et en particulier par la puéricultrice qui est à proximité du bébé au quotidien.

En résumé, en cas d'absence des parents, la relation de confiance sera plus difficile à établir, mais elle reste un objectif à ne pas perdre de vue dans la prise en charge du bébé. Il ne faut pas les juger mais au contraire essayer de comprendre leur comportement, savoir si c'est à cause de

---

[38] COLINEAU B. *Accompagner le bébé souffrant tisser le lien parent-enfant*, Lyon : Chronique sociale, 2012, 92 pages. P.55.
[39] PAILLARD C. Dictionnaire humaniste infirmier, Setes, 2013.
[40] COLINEAU B. *Accompagner le bébé souffrant tisser le lien parent-enfant*, Lyon : Chronique sociale, 2012, 92 pages. P.55.

la distance qui les sépare de l'hôpital, si c'est une cause financière et auquel cas des aides peuvent être mises en place, si c'est une cause psychologique car l'état de santé de leur enfant les inquiète et ils préfèrent ne pas avoir à vivre cela, si c'est réellement un détachement de leur enfant, auquel cas, le travail en collaboration avec les psychologues du service ou la protection maternelle et infantile (PMI) est nécessaire afin d'éviter une rupture du lien parental.

Dans cette prochaine partie, nous allons aborder l'accompagnement des parents en situation précaire, afin de voir si cela peut avoir un impact sur la création du lien d'attachement parents-enfant.

1.3.2. Accompagnement des parents en situation précaire

Dans tous les services accueillant des enfants de 0 à 15 ans et 3 mois, nous rencontrons des familles en précarité.

Selon l'Observatoire national de la Pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), la précarité est *« un ensemble de facteurs de risques et* ***d'incertitudes sur l'emploi*** *et les* ***ressources*** *qui conduirait à la* ***pauvreté****, liée à l'absence simultanée de* ***facteurs de stabilité****, notamment, dans le* ***travail****, les* ***revenus,*** *les* ***conditions de logement*** *ou la situation individuelle (réseaux sociaux) non identifiables à la pauvreté* [41].

Certains parents ont peu de moyens financiers et sont donc en difficulté pour acheter des vêtements pour leur bébé venant de naître ainsi que tout le matériel nécessaire pour l'accueillir, d'autres n'ont pas de moyen de locomotion et sont en difficulté pour se déplacer, certains ont d'autres enfants qu'ils ne peuvent confier et sont donc en difficulté pour se libérer et venir passer du temps auprès de leur bébé, parfois certains parents n'ont pas de famille pouvant les soutenir et leur apporter une aide psychologique ou financière. Ces situations peuvent-elles avoir un impact sur la parentalité ?

Pour répondre au mieux à cette question, nous allons nous appuyer sur des données sociologiques. Bauer et Fossier (1994), Plantet (2001) et Vaysse (2001) ont réalisé des travaux afin d'analyser si les conditions de vie des parents peuvent avoir un impact sur leur exercice parental. Ces données datent des années 1994 et 2001, elles sont donc anciennes. Mais de nos

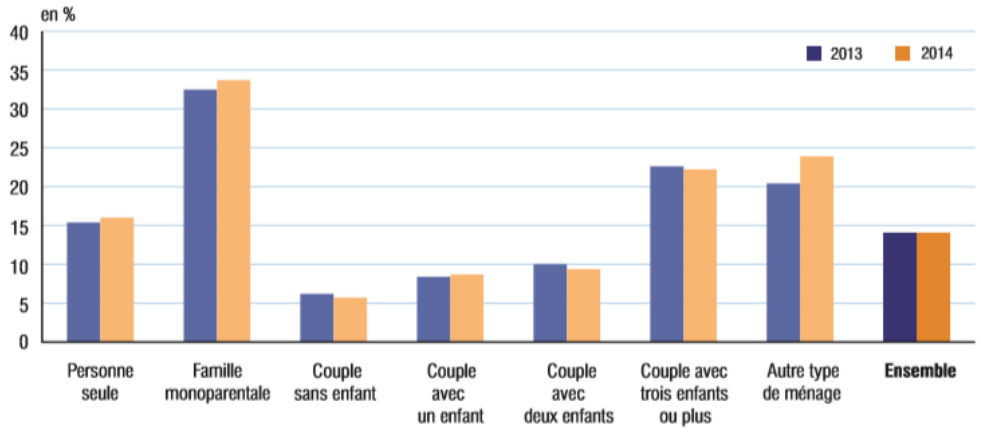
[41] ONPES. (Consulté le 23/08/2018). Consultable sur : http://onpes.gouv.fr/

jours, la précarité en France est en augmentation. Avant d'exposer leur enquête, nous allons tout d'abord exposer quelques données sociologiques afin de comprendre l'évolution de la société au niveau social et économique aujourd'hui. Pour cela nous allons utiliser des données provenant de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) datant de 2016 :

	1996	2002	2008	2010	2010[1]	2012	2012[2]	2013	2014
Taux de pauvreté (en %)	**14,5**	**12,9**	**13,0**	**14,1**	**14,0**	**13,9**	**14,3**	**14,0**	**14,1**
Seuil de pauvreté (en euros 2014 par mois)	863	957	1 019	1 017	1 010	1 001	1 006	1 005	1 008
Niveau de vie médian des personnes pauvres (en euros 2014 par mois)	697	798	830	824	818	795	792	806	805
Nombre de personnes pauvres (en milliers)	8 179	7 495	7 836	8 617	8 520	8 540	8 824	8 648	8 760
Intensité de la pauvreté (en %)	**19,2**	**16,6**	**18,5**	**18,9**	**19,0**	**20,5**	**21,2**	**19,8**	**20,1**

Indicateur de pauvreté de 1996 à 2014[42]

Ce tableau montre qu'entre 1996 et 2014 le taux de pauvreté est resté stable. Selon l'INSEE, cela peut s'expliquer par le fait qu'en 2014, le taux de chômage et les aides sociales ont légèrement augmenté, ce qui équilibre le taux de pauvreté entre 1996 et 2014. Cependant, l'intensité de la pauvreté a elle aussi augmenté. Cela signifie qu'en 2014, le niveau de vie des personnes démunies, c'est-à-dire des personnes vivant sous le seuil de pauvreté, est plus bas qu'en 1996. Mais existe-t-il des inégalités selon les situations familiales ? Nous allons nous appuyer sur un second document de l'INSEE pour argumenter notre réponse.



Taux de pauvreté par type de ménage[43]

[42] INSEE. Niveau de vie et redistribution [En ligne]. Edition 2016. (Consulté le 05/08/2018). Consultable sur : file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/FPORSOC16l2_F4.2_pauvrete%20(1).pdf

[43] INSEE. Niveau de vie et redistribution [En ligne]. Edition 2016. (Consulté le 05/08/2018). Consultable sur : file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/FPORSOC16l2_F4.2_pauvrete%20(1).pdf

Ce diagramme nous montre que les familles monoparentales, les familles nombreuses, ainsi que d'autres types de ménages tels que les jeunes parents, sont davantage touchés par la pauvreté.

Mais le fait d'être bons ou mauvais parents, peut-il être lié à leur situation sociale ou financière ?

Nous allons maintenant nous intéresser à l'enquête des quatre auteurs présentés ci-dessus. Cette dernière datant de 2001 peut être exploitée de nos jours étant donné que le taux de pauvreté est resté stable entre 1996 et 2014. Seuls les chiffres ont probablement évolué.

Cette étude a été réalisée auprès de familles dont les enfants ont été confiés à des assistantes familiales. Ces auteurs ont relevé les conditions de vie des parents, les plus récurrentes lors du placement des enfants.

Voici le résultat :

- 99% des parents concernés ont un niveau de qualification inférieur ou égal au CAP-BEP, ce qui entraîne des difficultés d'accès à l'emploi ;
- Ils sont sans emploi et leurs ressources sont principalement constituées des aides sociales ;
- Ils sont majoritairement logés en HLM ;
- Certains d'entre eux sont endettés ;
- De nombreuses familles sont en situation de monoparentalité ;
- Ce sont majoritairement des familles nombreuses, de plus de quatre enfants pour la moitié des familles concernées.

Christelle Damour affirme qu'au vu de ces résultats *« Le lien entre conditions de vie et exercice parental apparaît comme une évidence concernant ce public »*[44]. Elle ajoute également que « *Le descriptif socio-économique présenté ci-dessus semble démontrer l'articulation entre conditions de vie et parentalité défaillante »*[45]. Cela signifie que la situation sociale et financière des parents aurait un impact sur leur rôle parental. Cette enquête s'adresse à des familles pour lesquelles les enfants ont été confiés. Mais cela reste-t-il vrai en service de soin tel que la néonatalogie ?

[44] DAMOUR Christelle, *Management et idéologie managériale*. Sous la direction de Jean-François AMILHAT, Maurice CAPUL, Marcel DRULHE, Madeleine LEFEBVRE. Erès, 2006, Précarité économique et « mauvais parents » : réappropriations d'un étiquetage, p.131 à 135. ISBN 9782749205991.

[45] DAMOUR Christelle, *Management et idéologie managériale*. Sous la direction de Jean-François AMILHAT, Maurice CAPUL, Marcel DRULHE, Madeleine LEFEBVRE. Erès, 2006, Précarité économique et « mauvais parents » : réappropriations d'un étiquetage, p.131 à 135. ISBN 9782749205991.

En cas de situation précaire, la prise en charge de l'enfant par les professionnels de santé restera la même, ils réaliseront les soins de confort ainsi que les soins techniques de la même manière que pour les autres bébés accueillis dans le service. En revanche, l'accompagnement des parents sera différent. En effet, en service de néonatalogie, la puéricultrice aura pour objectif de maintenir le lien parents-enfant, et donc de permettre aux parents de se rendre à l'hôpital et d'être un maximum auprès de leur bébé. Les difficultés des parents ne doivent pas venir entraver le lien avec leur enfant. La puéricultrice travaillera donc en collaboration avec la protection maternelle et infantile (PMI) afin que des moyens financiers, ou autre en fonction des besoins des parents, soient mis en place dans un objectif d'accompagnement à la parentalité.

A travers ces différents documents nous avons maintenant conscience que la situation sociale des parents peut avoir un impact sur la parentalité à long terme. Nous pouvons donc supposer qu'en service de réanimation néonatale, le fait que les parents soient en situation précaire peut impacter la création du lien d'attachement parents-enfant.

Il existe peu de documents spécifiques à la précarité des parents en service de néonatalogie. Cela fera donc l'objet de notre hypothèse présentée dans la suite de ce mémoire. Nous interrogerons des professionnels ayant déjà été confrontés à ce genre de situation afin de valider ou non cette supposition.

La dernière partie de notre cadre conceptuel traite de la juste distance professionnelle entre la puéricultrice, les parents et le bébé.

2. La juste distance

Le concept de juste distance professionnelle nous permettra de comprendre le positionnement de la puéricultrice dans sa relation avec le bébé et ses parents.

En institut de formation en soins infirmiers, tout comme en formation de puéricultrice, nous apprenons à prendre nos distances avec le soigné, à être dans l'empathie sans pour autant être dans l'affectif. Catherine Mercadier nous explique que la juste distance c'est *« être suffisamment proche pour être humain, à l'écoute, mais pas trop pour ne pas tomber dans le domaine affectif »*[46]. A travers cette citation, nous comprenons que la puéricultrice doit se

[46] MERCADIER C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital (Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné)*. 2ème édition. Paris : Seli Arslan, 2017. 296 p. P247.

protéger et prendre ses distances avec certaines situations qui peuvent être difficiles à gérer afin de permettre d'assurer une prise en charge optimale auprès de l'enfant et sa famille. Dans son ouvrage *La relation soignant-soigné*, Margot Phaneuf parle de *« Distance de protection professionnelle »* qu'elle définit comme étant *« Une distance psychologique qu'adopte l'infirmière. Sans devenir indifférente à ce que vit le client, tout en demeurant capable de lui exprimer sa compréhension, elle ne se laisse pas entraîner dans sa souffrance »*[47]. Cela se résume par l'empathie qui est de comprendre le patient sans entraîner de souffrance chez le professionnel. Le respect d'une juste distance est à prendre en compte dans l'exercice de notre métier. Mais il ne faut pas oublier que les humains ont des sentiments et expriment des émotions. Comment peut-on respecter une juste distance en néonatalogie, lorsque les enfants restent hospitalisés plusieurs mois ou ont une histoire de vie qui ne laisse pas les professionnels de santé insensibles ?

Lors d'une hospitalisation prolongée, des liens se créent entre la puéricultrice, l'enfant et ses parents. La juste distance peut être difficile à respecter selon les professionnels, selon leur caractère, leur histoire de vie, leurs valeurs, ainsi que leur sensibilité. Catherine Mercadier affirme que *« quand les patients restent trop longtemps hospitalisés, des liens affectifs se développent avec les soignants, et ceux-ci ont besoin de les délimiter »*[48]. A travers cette citation, nous comprenons que la puéricultrice doit mettre en place certaines limites afin de rester dans un cadre professionnel. Les limites peuvent se traduire par le vouvoiement, par la discrétion au niveau de la vie privée de la puéricultrice, ou de la non divulgation de son numéro de téléphone par exemple avec les parents. En ce qui concerne le bébé les limites peuvent être plus difficile à mettre en place étant donné la proximité que le soignant a avec l'enfant. En effet, ce dernier effectue de nombreux soins qui nécessite le toucher, la parole, la douceur et cela peut se confondre avec le rôle des parents. La puéricultrice devra donc mettre en place des stratégies afin de respecter cette juste distance, en ayant toujours en tête que les parents doivent rester les principaux acteurs de soin auprès de leur enfant.

Comme nous l'avions évoqué précédemment, la puéricultrice est avant tout un être humain, qui a des sentiments et ressent des émotions face à des situations qui peuvent l'atteindre psychologiquement.

---

[47] PHANEUF M., *La relation soignant-soigné. (L'accompagnement thérapeutique).* 2ème édition. Montréal : Chenelière Education, 2016. 282 p. P17.

[48] MERCADIER C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital (Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné).* 2ème édition. Paris : Seli Arslan, 2017. 296 p. P247.

La situation présentée au début de ce mémoire m'a particulièrement touchée, de par l'absence des parents, leur situation précaire, la solitude et la souffrance de ce bébé durant ces 8 mois de vie, et bien sûr son décès. Il avait peu de visite, les puéricultrices étaient les seules personnes qui le prenait en charge, aussi bien au niveau des soins techniques, qu'au niveau des soins de nursing. Il arrivait que certaines professionnelles la prenaient dans leurs bras, l'embrassaient, ou lui chantaient des chansons. Mais quelles sont réellement les limites affectives à respecter dans une telle situation ? Doit-on davantage materner cet enfant, lui apporter l'attention qui lui manque ? Ou au contraire doit-on toujours avoir à l'esprit qu'il faut garder une juste distance avec cet enfant et donc garder une posture professionnelle adaptée ?

L'absence des parents peut générer chez certaines puéricultrices un comportement plus maternant que professionnel vis-à-vis du bébé. Selon le dictionnaire Larousse, materner c'est *« se comporter à l'égard de quelqu'un de façon maternelle en le protégeant, le plus souvent avec excès »*. Cela signifie que la professionnelle ne se contenterait pas uniquement de prodiguer des soins au bébé, mais qu'elle utiliserait des gestes et des paroles plus intimes, plutôt réservés aux parents. La puéricultrice pourrait se trouver en difficulté émotionnellement si elle est trop impliquée auprès du bébé. Il est important de repérer les besoins affectifs du bébé et y répondre selon ce que le professionnel peut lui apporter, sans prendre la place des parents. Garder une distance professionnelle permettrait de prodiguer des soins de qualité au bébé, et d'éviter de subir d'importants bouleversements psychologiques en cas de mauvaise nouvelle, telle qu'un décès par exemple. La puéricultrice doit trouver un équilibre dans sa relation avec le bébé, et ainsi être capable d'apporter sécurité et réconfort à l'enfant sans prendre la place de la figure maternelle.

La juste distance professionnelle est donc primordiale dans notre métier. Cela est bénéfique pour la puéricultrice qui se protégera psychologiquement en cas de situation difficile, mais aussi pour le bébé qui recevra des soins de qualité, sans s'attacher au professionnel qui le prendra en charge pendant son hospitalisation, puisque cela serait d'autant plus difficile lors de la séparation.

Pour résumer cette partie, nous pouvons admettre que la présence des parents est indispensable auprès de leur bébé et cela favorise les liens d'attachement. La puéricultrice se doit d'associer les parents dans les soins et établir une relation de confiance avec eux, mais cela peut parfois s'avérer difficile.

Nous avons également observé à travers les différents documents que la situation sociale des parents peut avoir un impact sur la parentalité et les liens d'attachement. Dans cette situation, il est probable que la puéricultrice soit plus maternante avec l'enfant, mais elle se doit de respecter une juste distance et de poser des limites.

II. Elaboration de la question de recherche et de l'hypothèse

Tout le cheminement de notre cadre conceptuel a soulevé d'autres aspects de la prématurité et a mis en évidence certaines difficultés que peuvent rencontrer les parents. Notre objectif est de mettre en lien la posture professionnelle de la puéricultrice avec la prise en charge d'un nouveau-né prématuré dont les parents se trouvent en situation précaire.

Cela nous a donc amené à établir notre question de recherche qui est :

Dans un service de néonatalogie, en quoi la situation précaire des parents peut-elle influencer la posture professionnelle de la puéricultrice auprès d'un bébé prématuré ?

Pour orienter nos entretiens, nous avons émis une hypothèse s'intitulant :

La situation précaire des parents favorise leur absence auprès de leur enfant, ce qui complique la création du lien d'attachement avec leur bébé. Ainsi, la puéricultrice est susceptible d'avoir une posture plus maternante que professionnelle auprès de l'enfant, et la mise en place d'une juste distance est compromise.

Après avoir posé notre hypothèse, nous allons réaliser des entretiens auprès de professionnels de santé afin de la valider ou non. Nous allons tout d'abord expliquer notre méthodologie d'enquête.

III. Méthodologie d'enquête

1. Choix de l'outil

Mes enquêtes ont été réalisés sous forme d'entretien semi-directif, c'est-à-dire que j'avais préalablement préparé un guide d'entretien, avec des questions ouvertes que j'ai posées aux professionnelles interrogées. C'est une méthode dite qualitative. Cet outil leur permet de répondre librement, spontanément, tout en me permettant de demander des précisions en cas d'incompréhension ou si je souhaite approfondir le sujet. Ce dernier me permet également de pouvoir analyser par la suite leur comportement, leurs hésitations et pouvoir y donner un sens.

La construction du guide d'entretien est réalisée sous forme d'«entonnoir», c'est-à-dire que j'ai commencé par poser une question générale ayant pour but de découvrir le profil du soignant et ainsi pouvoir comparer par la suite les différents entretiens selon l'âge et l'expérience des professionnelles. Dans la deuxième et troisième question j'ai souhaité amener doucement la professionnelle interrogée vers le thème général de mon sujet qui est la précarité des parents en service de néonatalogie. J'ai utilisé un grand nombre de relances, que j'avais également travaillé au préalable. J'ai fait le choix de poser uniquement quatre questions et des sous questions dans la troisième question car les réponses données par les professionnelles allaient découler de la question principale, qui était de raconter une situation dans laquelle elles ont dû prendre en charge un bébé dont les parents étaient en situation précaire. La quatrième question est très importante, elle permet aux professionnelles de s'exprimer librement, ou de revenir sur un sujet important à leurs yeux et que nous n'avions pas abordé, en lien avec le thème du mémoire. C'est un moment de l'entretien à prendre en considération, car c'est parfois à ce moment-là que le professionnel nous donne de nombreuses informations ou aborde des notions auxquelles nous n'avions pas pensées et qui peuvent venir compléter nos recherches.

Après avoir construit cet outil, je l'ai testé auprès d'une étudiante puéricultrice ayant déjà travaillé en service de néonatalogie. Les questions étaient comprises, et ses réponses étaient claires et adaptées. J'ai ensuite analysé les différents lieux où les entretiens pouvaient être réalisés en fonction du thème.

2. Choix du lieu

Les sept entretiens ont été réalisés dans trois centres hospitaliers différents, dans des services de néonatalogie. Pour choisir les lieux les plus appropriés par rapport au thème de ce mémoire essentiellement basé sur la précarité, je me suis inspirée d'une carte géographique du Nord-Pas-de-Calais, se trouvant sur le site de l'observation sociale 5962, sur laquelle sont différenciés par un code couleur les villes des plus précaires aux moins précaires. Après analyse de ce support, j'ai choisi les trois villes où le taux de précarité était le plus élevé pour réaliser mes entretiens.

3. Choix de la population et déroulement des entretiens

J'ai réalisé sept entretiens auprès de puéricultrices et infirmières travaillant en service de néonatalogie. Cet échantillon est faible, néanmoins, le choix de la population et du lieu où ils ont été réalisés ont été réfléchis.

J'ai tout d'abord réalisé deux entretiens avec deux puéricultrices, l'une jeune diplômée âgée de 24 ans, et l'autre âgée de plus de 30 ans diplômée depuis 2 ans mais ayant une expérience professionnelle en tant qu'infirmière d'une dizaine d'année dans des services d'adultes et d'enfants. J'ai au préalable appelé la cadre de santé du service pour convenir d'un rendez-vous avec deux puéricultrices. Elle m'a proposé de passer dans le service à 13h, moment où était présente simultanément l'équipe du matin et de l'après-midi. J'ai donc réalisé un premier entretien à 13h et le deuxième à 15h en raison de la charge de travail importante dans le service. Les deux entretiens ont été réalisés dans une chambre inoccupée. Nous étions installées l'une en face de l'autre, c'était un endroit calme, les puéricultrices ont pris le temps de répondre à mes questions malgré la charge de travail, et nous n'avons pas été interrompues.

Pour les trois entretiens suivants, j'ai contacté la cadre du service par téléphone, qui m'a demandé de lui envoyer les modalités des entretiens par e-mail. Ces derniers ont été réalisés auprès de trois infirmières de plus de 50 ans ayant une expérience de plus de 20 ans dans service de néonatalogie. Je suis arrivée dans le service à 16h30 et la première infirmière m'a reçue rapidement, puis les deux autres entretiens se sont enchaînés. Nous étions installées dans un salon se trouvant à l'entrée du service, un endroit calme, assise l'une en face de l'autre. Lors de l'entretien, les infirmières étaient disponibles et nous n'avons pas été interrompues.

Pour ces cinq premiers entretiens, je n'avais pas spécifié le profil du professionnel interrogé, c'est-à-dire que je n'avais pas spécifié si je souhaitais interroger une infirmière ou une puéricultrice, ni son âge. En revanche j'avais demandé à interroger des professionnelles ayant plus de trois ans d'expérience dans le service. Dans le premier centre hospitalier, la cadre n'a pas forcément tenu compte de ces critères d'âge et d'expérience, néanmoins, nous pouvons comprendre cela en raison de la disponibilité des professionnels dans le service et en fonction de leur accord. En revanche, pour le deuxième centre hospitalier, la cadre de santé a pris en compte le critère souhaité. Malgré le fait que ce soit des infirmières et non des puéricultrices, leurs réponses sont exploitables et fiables étant donné leur longue expérience professionnelle dans le service. Les personnes interrogées sont âgées de 24 ans, une de plus de 30 ans et trois de plus de 50 ans.

Pour les deux derniers entretiens j'ai souhaité interroger de plus jeunes puéricultrices afin de pouvoir comparer leurs réponses avec celles de plus anciennes. J'ai donc contacté la cadre de santé en lui demandant s'il était possible de réaliser mes entretiens auprès de jeunes puéricultrices, n'ayant pas plus de 5 ans d'expérience. La première puéricultrice était âgée de 24 ans et a été diplômée en décembre 2017, et la seconde était une infirmière de plus de 30 ans ayant une expérience de cinq ans dans le service. Je suis arrivée à 15 heures et les deux entretiens se sont suivis. Nous étions installées dans un salon, face à face, sur des fauteuils, c'était un endroit calme. Les puéricultrices étaient disponibles et nous n'avons pas été interrompues.

Avant chaque entretien, j'ai demandé l'accord de chacune pour les enregistrer sur mon téléphone et ma tablette. Elles ont accepté mais je sentais que cela les perturbait en début d'entretien puisqu'elles cherchaient leur réponse et leur intonation était différente. Elles se sont ensuite détendues et ont réussi à faire abstraction de l'enregistrement.

Les entretiens ont tous duré une quinzaine de minutes, et se sont bien déroulés. Globalement les questions étaient bien comprises par les professionnelles et les réponses adaptées. Néanmoins, je me suis aperçue lors de la retranscription des entretiens qu'il m'était arrivée d'orienter parfois la réponse du professionnel, notamment en posant la question « vous sentez-vous plus maternante avec ces enfants ? ». Cette notion « maternante » fait partie de mon hypothèse, mais ne faisait pas partie de mes questions ni de mes relances. Je pense avoir voulu une réponse claire et précise à ce moment de l'entretien, alors que j'aurais dû laisser la professionnelle parler, et ensuite analyser ces paroles pour confirmer ou non mon hypothèse. Malgré cela, mes entretiens se sont bien déroulés et chacun d'entre eux étaient riches.

Je n'étais pas particulièrement stressée avant les entretiens. J'ai essayé d'être le plus naturel possible, de mettre à l'aise les professionnelles en leur disant que quelles que soient leurs réponses, cela allait m'aider dans mes recherches, et en me détachant de mon guide d'entretien tout en respectant l'ordre et l'intitulé des questions.

Après avoir exposé la méthodologie d'enquête, nous allons maintenant parler de la méthodologie d'analyse.

IV. Méthodologie d'analyse

Pour réaliser l'analyse des entretiens, je me suis inspirée de la méthode d'analyse de Roger Mucchielli qui est un psycho-sociologue et psychopédagogue français. Cet auteur parle *« d'analyse de contenu »*, qu'il définit ainsi : c'est *« rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui est présenté, formuler et classer tout ce que « contient » ce document ou cette communication »*[49]. Je me suis donc appuyée sur les différents entretiens, puis j'ai lu et analysé afin de comprendre le sens que les professionnelles ont voulu donner à leur réponse, mais également analysé ce qui était sous-entendu.

Roger Mucchielli propose une méthode d'analyse de contenu par thématique, qui semble correspondre le mieux à ma méthode de travail. Je me suis donc appuyée sur cela pour réaliser l'analyse de mes entretiens. En effet, j'ai souhaité regrouper les mêmes idées citées par les professionnelles dans quatre grands thèmes similaires. Pour chaque thème, j'ai réalisé un tableau dans lequel j'ai inscrit les sous-thèmes ainsi que les différentes idées qui les justifiaient. Je n'ai pas comptabilisé le nombre de fois que cette idée était répétée par chaque professionnelle, en revanche j'ai préféré faire une croix à chaque fois que cette notion était abordée. Ce tableau n'est pas complet puisqu'il n'indique pas clairement les termes employés par chaque soignant, en revanche il est utile pour avoir un aperçu global des idées principales qui ressortent dans ce thème. J'ai ensuite réalisé une analyse plus poussée, où j'ai indiqué les termes exacts employés par les professionnelles, mais aussi leur comportement et leur discours non verbal. J'ai comparé cela avec le cadre conceptuel et ai introduit des notions théoriques nouvelles par rapport au discours des professionnelles, que je n'avais pas abordé auparavant dans mon cadre théorique.

[49] MUCCHIELLI R. *L'analyse de contenu (Des documents et des communications).* ESF Editeur. Issy-les-Moulineaux, 2016. 224 pages. P. 24

V. Analyse des entretiens

1. Profils de parents

Thèmes	P 1	P 2	I 3	I 4	I 5	P 6	I 7
SOUS-THEME 1 : CONTEXTE SOCIAL							
Premier bébé	X		X				
Milieu favorisé	X				X		
Milieu défavorisé	X				X	X	
Grossesse non désirée			X			X	
Parents toxicomanes			X			X	
Parents avec troubles psychiatriques			X				
Jeunes parents			X				
SOUS-THEME 2 : COMMUNICATION DIFFICILE							
Agressivité			X	X		X	X
Silence			X		X	X	X
Exigence				X	X		
SOUS-THEME 3 : ETAT D'ESPRIT DES PARENTS							
Anxiété		X		X			
Peur				X	X	X	
Culpabilité				X			
Optimisme				X			

SOUS-THEME 4 : PRISE EN CHARGE DIFFICILE DES PARENTS

Absence	X	X					
Manque d'investissement		X			X		

Avant d'analyser ces résultats, je souhaiterais tout d'abord vous faire part des réactions des professionnelles lorsque j'ai posé la question *« Pouvez-vous me parler des différents profils de parents que vous rencontrez dans le service ? »*. La plupart d'entre elles ont eu un moment de silence avant de répondre. Trois professionnelles ont commencé leur réponse en disant que c'était très varié, notamment l'infirmière 3 qui s'est exprimée en disant *« C'est très vaste… (silence) »*, ou l'infirmière 4 *« Oh, c'est complexe ! »,* ou encore la puéricultrice 5 *« Ola alors c'est très varié ! »*. La puéricultrice 6 n'avait pas saisi la question, je l'ai donc reformulé, et l'infirmière 7 a également eu un temps de silence avant de répondre. Nous pouvons donc déduire qu'il existe une multitude de profil de parents et que chaque professionnelle interrogée répondra en fonction de ce qui l'interpelle le plus dans la prise en charge des familles. Nous aurons donc de nombreuses réponses qu'il faudra classer, pour ensuite les analyser.

Au vu de ces résultats concernant le profil des parents, les professionnelles interrogées ont abordé en majorité le problème de communication avec les parents. En effet, selon elles, il y a des parents avec un comportement *« agressif »* et d'autres plutôt *« silencieux »,* plus *« réservés »,* plus *« fermés »* ou plus *« en retrait ».* En effet, l'infirmière 3 a exprimé ceci en disant qu'elle *« n'arrive pas à entrer en communication avec certains parents, ou ils sont agressifs, ou ils sont silencieux, ils ne demandent rien et quelque fois on n'arrive pas à créer le lien »*. L'infirmière 4 affirme que cela est lié au stress *« on a des parents qui sont un peu plus agressifs, mais ça, c'est souvent lié au stress »*. En ce qui concerne l'infirmière 7, elle exprime avoir des difficultés avec les parents agressifs, mais elle semble comprendre cela au vu de la situation qu'ils vivent. En ce qui concerne ce profil de parents, nous pouvons nous apercevoir que les infirmières 3 et 4 font partie du même service, et de même pour les professionnelles 6 et 7. Cela signifie-t-il qu'il y a davantage d'agressivité dans ces services ? Comment pouvons-nous expliquer cela ?

Les deux premières professionnelles interrogées travaillent dans un service de niveau 2B, et les autres professionnelles interrogées, dans un service de niveau 3. Nous pouvons supposer que

les services de réanimation néonatale sont beaucoup plus anxiogènes pour les parents que les niveaux 2B, en raison des soins techniques plus importants et probablement plus impressionnants pour les parents. De ce fait, nous pouvons émettre l''hypothèse que les parents sont plus agressifs dans ces services en raison du stress que ces derniers peuvent impliquer.

L'infirmière 5 a assimilé le fait que les parents soient « fermés », à la peur qu'ils ressentent vis-à-vis de l'état de santé de leur bébé. Il en est de même pour la puéricultrice 6 qui a exprimé *« on a des parents plus en retrait, ça fait peur parfois l'enfant prématuré »*.

Mais que pouvons-nous déduire de cela ?

En analysant ces résultats, nous constatons que selon les professionnelles interrogées, l'état d'esprit des parents pourrait avoir un lien avec leur comportement au sein du service. En effet, les parents qui ont peur ne vont pas forcément le verbaliser mais peuvent l'extérioriser en ayant un comportement agressif ou exigeant vis-à-vis des professionnels de santé. D'autres parents préfèreront rester en retrait face à cette situation qui les dépasse. Ces différents comportements peuvent être assimilés à des mécanismes de défense qui, si nous reprenons les termes utilisés dans notre cadre conceptuel, *« ont un rôle « d'amortisseur » face au choc, à l'angoisse de perte »*.

Deux professionnelles sur les sept interrogées nous parlent de l'absence des parents et de leur manque d'investissement auprès de leur bébé.

Dans notre cadre théorique, nous avons affirmé que *« le lien entre les professionnels et les parents peut parfois être difficile à mettre en place, de par le comportement des parents, qui peuvent parfois être agressifs ou il peut parfois être impossible d'instaurer ce lien de confiance en raison de l'absence des parents »*. Il semblerait donc que ces situations complexifient la création du lien dans la relation soignant-soigné entre les parents et la puéricultrice. Les professionnelles partageant cette même idée exercent dans le même service de néonatalogie qui est un niveau 2b. Pouvons-nous supposer que les parents sont davantage absents en service de soins intensifs par rapport aux services de réanimation néonatale ?

Au cours de la formation de puéricultrice, j'ai réalisé un stage dans un service de réanimation néonatale et j'ai pu échanger avec deux puéricultrices exerçant dans ce service depuis plus de quinze ans. J'ai discuté avec elles de l'absence des parents au sein du service et elles m'ont répondu que cela était assez rare car la plupart du temps les parents ont peur pour leur enfant, de ce fait ils restent auprès de lui. En revanche, elles m'ont expliqué que l'absence des parents

était plus fréquente en service de soins intensifs car le pronostic vital de l'enfant n'est plus engagé et son état de santé s'est amélioré, de ce fait, ils semblaient beaucoup moins stressés et s'autorisaient à s'absenter plus fréquemment. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'en service de réanimation néonatale, les parents sont davantage présents qu'en service de soins intensifs en raison du stress qu'ils peuvent ressentir vis-à-vis de l'état de santé de leur bébé, qui peut être plus ou moins préoccupant. Cela n'est qu'une hypothèse, établie en fonction des dires des deux puéricultrices, nous ne pouvons donc faire de cela une généralité applicable dans toutes les unités de néonatalogie.

Quatre professionnelles sur les sept ont parlé spontanément des parents avec qui la communication est difficile. Nous pouvons donc supposer qu'elles sont principalement interpellées par ces profils de parents.

Dans les différents profils de parents, les soignantes interrogées ont également parlé du contexte social. En effet, deux d'entre elles ont abordé le cas des parents toxicomanes ou des parents ayant eu un bébé non désiré. Concernant les parents ayant des troubles psychiatriques ou les jeunes parents, seule l'infirmière 3 nous parle de ces profils. Ceci est bien sûr à prendre en compte puisque ce sont des profils de parents qui interpellent les puéricultrices interrogées, néanmoins je n'ai pas souhaité rebondir sur ces thèmes étant donné que ce n'est pas le sujet de ce mémoire.

En ce qui concerne la précarité, qui est l'un des mots-clés de ce travail, seules trois puéricultrices sur les sept interrogées ont abordé ce concept. Nous pouvons observer que seule l'infirmière 5 a abordé ce profil de parents spontanément ; les deux autres l'ont abordé à la fin de leur réponse.

La précarité n'est pas abordée en premier lieu par les puéricultrices interrogées, voire non abordée. Mais de ce fait, peut-on supposer que la précarité des parents dans le service est rare et que de ce fait, elle ne parle pas de cette notion ? Ou au contraire cela fait plutôt partie de leur quotidien et ce n'est pas une notion à laquelle elles pensent ?

Si nous avions interrogé des professionnelles d'un centre hospitalier se situant dans une ville où le taux de pauvreté est moindre, aurions-nous eu des réponses similaires ? Nous pouvons supposer qu'elles n'auraient pas répondu spontanément *« la précarité »* comme profil de parents, étant donné qu'il y a moins de familles en situation précaire dans cette ville. Ou au contraire, nous pouvons également supposer qu'elles répondent cela car elles en rencontrent

peu, et certaines situations ou certaines familles peuvent les avoir marquées plus que d'autres de par leurs difficultés.

Il aurait été intéressant d'interroger également des professionnelles exerçant dans d'autres régions ou dans des villes où le taux de précarité est plus faible afin de pouvoir comparer leurs réponses avec celles que nous avons obtenues. Pour le moment, nous ne pouvons émettre que des hypothèses.

Afin de pouvoir répondre à cette question, j'ai souhaité aborder ce sujet en demandant clairement aux professionnelles interrogées, ce qu'il en était de la précarité dans le service. Cette notion m'a également permis d'introduire les questions suivantes de mon guide d'entretien, qui portent sur ce même thème. Analysons maintenant ce concept de précarité.

2. La précarité

Thèmes	P 1	P 2	I 3	I 4	I 5	P 6	I 7
SOUS-THEME 1 : FREQUENCE DES PARENTS EN SITUATION PRECAIRE DANS LE SERVICE							
Fréquent	X	X	X	X		X	X
Par période					X		
SOUS-THEME 2 : PROBLEME FINANCIER							
Absence de moyen de locomotion	X			X		X	X
Absence de matériel		X	X				
SOUS-THEME 3 : PRISE EN CHARGE DES PARENTS							
Prise en charge spécifique	X	X				X	X
Prise en charge ne diffère pas		X	X				
SOUS-THEME 4 : TRAVAIL EN COLLABORATION							
PMI	X	X	X	X	X		
Assistance sociale	X			X	X	X	X

Avant de réaliser notre analyse, nous avions spécifié que ces entretiens ont été réalisés dans les trois villes du Nord Pas-de-Calais où le taux de pauvreté était le plus élevé. Six puéricultrices sur les sept interrogées ont expliqué qu'elles rencontraient fréquemment des familles en situation précaire au sein de leur service. Cela concorde donc avec les données

épidémiologiques présentées ci-dessus concernant l'état des lieux du taux de précarité dans notre région.

Ces entretiens ont été effectués dans des services de néonatalogie, dans des centres hospitaliers publics. Nous pouvons alors nous demander si ces mamans en situation précaire ont accouché dans ces hôpitaux, qui sont à but non lucratifs, en raison de la prématurité de leur bébé, qui nécessite de nombreux soins techniques, ou est-ce pour des raisons financières ? Et qu'en est-il des cliniques ? Dans ces mêmes villes où ont été réalisés les entretiens, y-a-t-il autant de familles en situation précaire dans les cliniques que dans les hôpitaux ?

Nous n'avons pas effectué d'entretien dans des cliniques, nous ne pouvons donc pas répondre à cette question. Néanmoins, nous savons qu'il existe des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) à but non lucratif et des établissements privés à but lucratif. Dans ces établissements privés à but lucratif, les patients doivent payer une partie de leur hospitalisation, non remboursée par la sécurité sociale. Certes, les nouveau-nés prématurés sont hospitalisés en service de réanimation néonatale qui se trouve la plupart du temps dans des centres hospitaliers publics, mais nous pouvons également supposer que les familles en situation précaire privilégient les hôpitaux aux cliniques pour des raisons financières.

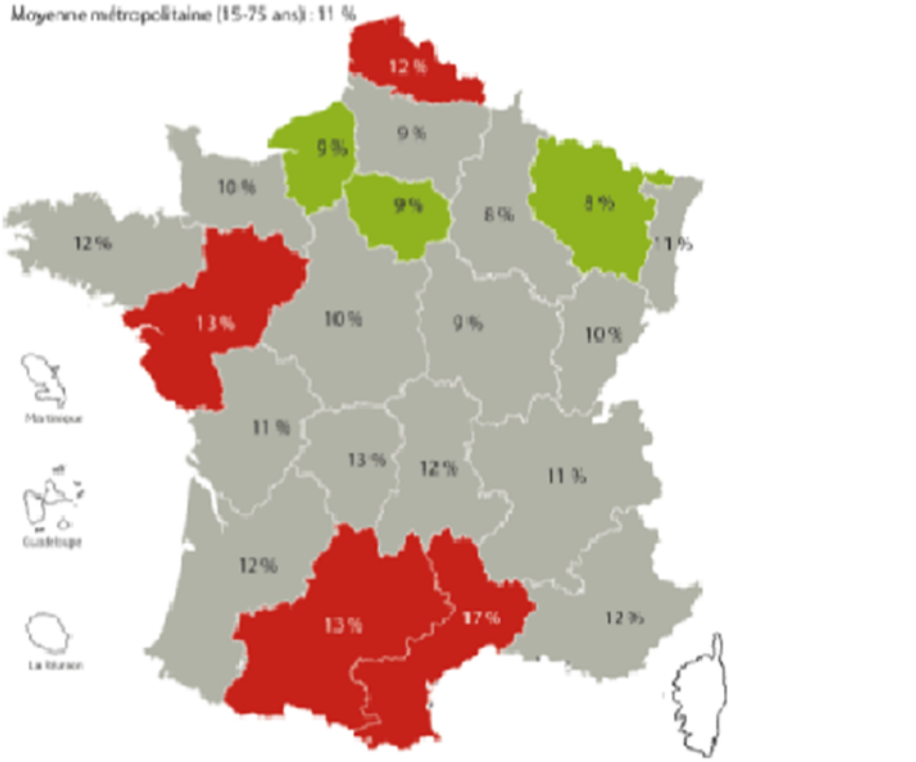
Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la naissance de nouveau-nés prématurés issus de familles en situation précaire, ainsi que les difficultés financières des parents les poussent à se diriger vers des centres hospitaliers.

Nous allons maintenant nous intéresser à la prématurité. Nous pouvons alors nous demander si la naissance prématurée d'un nouveau-né et la situation précaire de la famille peuvent avoir un lien ?

Dans notre cadre théorique, nous avions vu que la prématurité pouvait s'expliquer par différentes causes dont la consommation de toxiques tels que le tabac, l'alcool ou la drogue.

Après quelques recherches, nous pouvons observer grâce à cette carte de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), présentée ci-dessous, que le Nord Pas-de-Calais est une région fortement touchée par la consommation quotidienne d'alcool.

Carte 10 - Consommation quotidienne d'alcool parmi les 15-75 ans (2010)



Source : Enquête Baromètre santé 2010, Santé publique France, exploitation régionale, OFDT

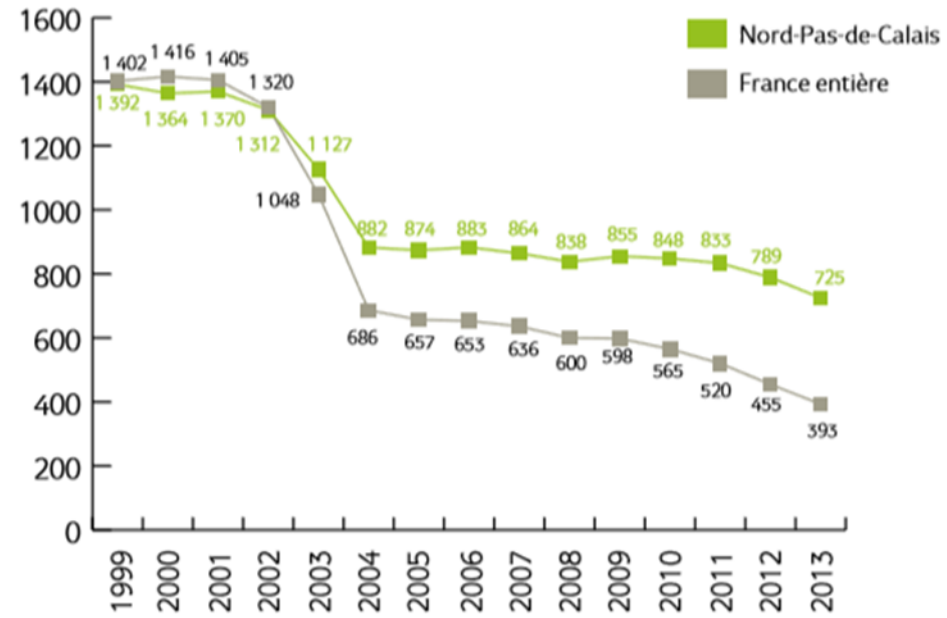
[50]

Les hommes seraient davantage touchés que les femmes, néanmoins nous pouvons supposer que des femmes enceintes consomment également de l'alcool lors de leur grossesse. Lors de nos entretiens, l'infirmière 5 a d'ailleurs décrit une situation dans laquelle une maman avait consommé quotidiennement de l'alcool lors de sa grossesse et après son accouchement : *« On a eu une petite… alors le terme exact je ne m'en souviens plus… une petite dont la maman était alcoolisée tout le temps donc elle est née avec un gros retard de croissance, et puis c'était très difficile pour l'adaptation au niveau de l'oralité… »*. Cela confirme donc que le problème d'alcoolisme peut être présent chez certaines femmes enceintes ou jeunes mamans.

En ce qui concerne maintenant la consommation du tabac, nous pouvons observer grâce à cette seconde carte présentée ci-dessous que cette dernière est plus élevée dans le Nord Pas-de-Calais que dans la France entière.

[50] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), François Beck, Cristina Díaz-Gómez, Agnès Cadet-Taïrou, Addictions en Nord-Pas-de-Calais Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale [En ligne], Décembre 2016, 99 pages, (Consulté le 07/10/2018), Disponible sur : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbwc2.pdf

Figure 13 - Évolution comparée des ventes de cigarettes dans le réseau buraliste par habitant (unités)



Source : Logista France/DGDDI

[51]

Dans notre cadre conceptuel, nous avions montré que le taux de pauvreté était élevé dans la région du Nord Pas-de Calais. De plus, nous avions également précisé que les parents en situation précaire ont un niveau d'étude moins élevé que les familles plus aisées, et l'accès au travail serait plus difficile pour ces familles. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la consommation élevée du tabac et de l'alcool dans cette région pourrait être lié à un défaut d'accès à l'information de ces populations. De ce fait, il serait probable que les risques de consommation de toxiques lors de la grossesse ne soient pas connus par ces familles, ce qui entraînerait des complications pour le fœtus, et pourrait engendrer un accouchement prématuré.

Mais nous ne pouvons faire de généralité, puisque certes, ce problème de consommation de toxiques est davantage présent chez les populations en situation précaire, néanmoins, toutes les familles touchées par la précarité n'ont pas de problème avec l'alcool ou le tabac et la naissance prématurée de leur bébé peut être liée à une toute autre cause qui peut être expliquée ou non.

[51] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), François Beck, Cristina Díaz-Gómez, Agnès Cadet-Taïrou, Addictions en Nord-Pas-de-Calais Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale [En ligne], Décembre 2016, 99 pages, (Consulté le 07/10/2018), Disponible sur : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbwc2.pdf

De ce fait, nous pouvons dire que la précarité et la naissance prématurée d'un nouveau-né peuvent avoir un lien, mais ce n'est pas toujours le cas.

En exposant une situation dans laquelle elles ont dû prendre en charge un nouveau-né prématuré et sa famille, les puéricultrices ont peu relevé le problème de tabac ou d'alcool, néanmoins elles ont soulevé un autre sujet qui est lié aux difficultés financières des parents en situation précaire. En effet, quatre professionnelles ont parlé de l'absence de moyen de locomotion chez certaines familles et deux autres ont évoqué le problème d'absence de matériel. La puéricultrice 1 s'est exprimée en disant que ces familles *« ont plus de contraintes surtout au niveau du moyen de locomotion »*. L'infirmière 4, 7 et la puéricultrice 6 ont décrit une situation dans laquelle les parents avaient peu de revenus et n'avaient pas de moyen de locomotion, ce qui rendait leur déplacement jusque l'hôpital difficile. Quant au manque de matériel, la puéricultrice 2 l'a justifié en disant *« Ça peut être dans les moyens, c'est-à-dire par rapport au matériel que les parents doivent amener pour leur enfant, tout ce qui est tétine, gigoteuse, tout ce qui est essentiel pour leur enfant. Certains parents n'ont pas toujours les moyens de ramener. Parfois ils n'ont pas ce matériel, c'est une couverture à la place d'une gigoteuse par exemple. »* L'infirmière 3 a expliqué cela en disant que *« le lait pour prématuré coute très cher, et les parents ne peuvent pas toujours l'acheter ».*

Précédemment dans notre cadre théorique, nous avions abordé cette problématique en disant que *« Certains parents ont peu de moyens financiers et sont donc en difficulté pour acheter des vêtements pour leur bébé venant de naître ainsi que tout le matériel nécessaire pour l'accueillir, d'autres n'ont pas de moyen de locomotion et sont en difficulté pour se déplacer, certains ont d'autres enfants qu'ils ne peuvent confier et sont donc en difficulté pour se libérer et venir passer du temps auprès de leur bébé ».*

Nous pouvons donc supposer que les difficultés financières sont récurrentes chez ces familles. Cela est probablement lié à leur situation économique et à leurs difficultés d'accès à l'emploi, comme nous l'avions vu dans notre cadre théorique. Mais ce manque de matériel et l'absence des parents liée au problème de moyen de locomotion doit-il mettre en garde les professionnels sur le retour de l'enfant au domicile ? Cela peut-il avoir un impact sur l'exercice du rôle parental ? Et que peut-on dire de la posture professionnelle de la puéricultrice face à ce genre de situation ?

Dans notre cadre théorique, nous avions relevé une citation de Christelle Damour dans laquelle elle affirme que *« le descriptif socio-économique démontré ci-dessus semble démontrer l'articulation entre conditions de vie et parentalité défaillante »*[52].

Dans nos entretiens, aucune puéricultrice n'a évoqué d'inquiétude par rapport au retour à domicile de l'enfant et de ses parents. Néanmoins, quatre puéricultrices sur les sept interrogées pensent que la prise en charge des familles en situation précaire diffère quelque peu des autres prises en charge. En effet, la puéricultrice 1 parle *« d'encadrement plus poussé pour que le lien parents-enfant se fasse un maximum »*, elle ajoute qu'elle *« propose le peau à peau, le bain, et on s'arrange pour organiser les soins tels que le bain selon leur disponibilité et selon l'activité du service »*. La puéricultrice 2 était partagée ; pour elle, *« la prise en charge reste la même, les conseils restent les mêmes on va juste adapter »,* néanmoins elle a ajouté *« on va adapter le discours, on va voir avec eux ce qu'il est possible de faire, s'ils ne peuvent pas acheter de lait par exemple il faut savoir les orienter »*. La puéricultrice 6 quant à elle *« adapte la prise en charge à la situation »*. Elle dit avoir le même comportement qu'avec les autres parents mais elle ajoute *« on sait qu'elle ne restera pas longtemps donc on essaie de favoriser un maximum les soins avec son bébé »*. La puéricultrice 7 pense également que la prise en charge sera *« un peu différente »*, et qu'elle *« voit en fonction de ce qu'ils sont capables de faire »*. Pour l'infirmière 3, *« il n'y a pas vraiment de spécificité, c'est pareil pour tous les parents. Il y a peut-être un peu plus d'éducation au niveau de la prise en charge du bébé. Au niveau de la précarité c'est juste parfois les aider pour avoir des aides pour pouvoir venir plus souvent mais en dehors de ça tous les parents sont pris en charge de la même façon »*.

A travers les dires des professionnelles interrogées, nous comprenons que la prise en charge de l'enfant reste la même, mais l'accompagnement des parents peut être différent, comme nous l'avions spécifié dans notre cadre théorique. Néanmoins, grâce à ces entretiens nous pouvons argumenter cela en parlant davantage d'éducation. En effet, les professionnelles seront présentes auprès de ces familles pour leur apprendre à prendre en charge leur bébé à travers les différents soins tels que le bain, le peau à peau ou encore donner un biberon ou mettre au sein par exemple.

Mais nous ne pouvons faire de généralité puisqu'il existe également des familles plus aisées, ou des couples qui ont un premier enfant, et pour qui la prise en charge d'un bébé reste difficile.

[52] DAMOUR Christelle, *Management et idéologie managériale*. Sous la direction de Jean-François AMILHAT, Maurice CAPUL, Marcel DRULHE, Madeleine LEFEBVRE. Erès, 2006. Précarité économique et « mauvais parents » : réappropriations d'un étiquetage, p.131 à 135. ISBN 9782749205991.

Le rôle éducatif de la puéricultrice sera tout aussi important auprès de ces populations. Les conseils resteront les mêmes, mais le langage doit être adapté à chaque personne selon ses capacités de compréhension.

Dans le cas de prise en charge d'une famille en situation précaire, les professionnelles interrogées ont toute parlé de la collaboration avec la PMI et/ou l'assistante sociale. Devons-nous penser que ces professionnels interviennent systématiquement auprès de ces familles ?

Les puéricultrices et infirmières 3, 4, 5, 6 et 7 ont mis en lien la collaboration avec la PMI et les assistantes sociales avec les difficultés financières des parents. L'infirmière 3 confirme cela par ses propos *« on prévient la PMI, s'ils ont vraiment de grosses difficultés financières, on appelle l'assistante sociale de l'hôpital »*. Pour l'infirmière 4, il faut faire appel à la PMI *« pour savoir s'ils ne peuvent pas organiser la venue des parents, on appelle aussi l'assistante sociale de l'hôpital qui propose des aides financières pour le bus ou le train car c'est très cher ».* Les professionnelles 5, 6 et 7 tiennent des propos similaires.

Ces cinq professionnelles ont mis en lien l'intervention de la PMI et de l'assistante sociale avec les aides financières que peuvent percevoir les parents uniquement. Nous pouvons supposer que ces collaborateurs ont un rôle très important auprès de ces familles, puisque c'est de par leurs actions que les parents pourront se rendre à l'hôpital, ce qui facilitera leur venue dans le service. Ils sont donc davantage présents auprès de ces familles en situation précaire, par rapport à leurs soucis financiers.

Nous savons que la puéricultrice de PMI a un rôle beaucoup plus large, et qu'elle n'intervient pas uniquement à l'hôpital pour traiter des situations avec des problèmes financiers. Elle gère également les situations où la sécurité et le bien-être de l'enfant peuvent être engagés. La puéricultrice 1 nous parle d'une situation dans laquelle les parents étaient peu présents dans le service, et le retour de leur bébé à la maison était compromis en raison de l'absence de matériel pour accueillir leur enfant. Des aides financières ont été mises en place pour aider cette famille, néanmoins, cette professionnelle a ajouté que les parents ont récupéré leur bébé *« mais avec un suivi régulier de la PMI »*. Dans certaines situations, il arrive que la PMI doive intervenir au domicile après la sortie de l'enfant.

A travers cette analyse, nous pouvons comprendre que les parents en situation précaire ne sont pas forcément de mauvais parents, mais ils sont susceptibles d'avoir des difficultés financières qui les empêchent de se rendre à l'hôpital pour être auprès de leur bébé. Nous pouvons supposer que les professionnelles interrogées ont insisté sur le rôle de la PMI et de l'assistance sociale

par rapport aux aides financières et non par rapport au suivi de ces familles après la sortie, car les parents qui sont en situation précaire peuvent s'occuper aussi bien de leur enfant que des parents plus aisés. Il y aurait donc bien un lien entre la précarité des parents et les soucis financiers, d'où l'intervention de la PMI, mais il n'y aurait pas forcément de problème dans la prise en charge de leur enfant.

Après cette analyse, nous constatons que les propos de Christelle Damour, que nous avions précédemment citée, peuvent être nuancés. En effet, il est vrai que dans certaines situations, la précarité et les difficultés socio-économiques des parents peuvent entraîner un défaut au niveau de la parentalité, mais cela n'est pas toujours le cas, les problèmes financiers des parents n'ont pas forcément de lien avec la prise en charge de leur bébé. Afin de mieux comprendre cela, nous allons maintenant analyser le rapport entre précarité et lien parents-enfant dans cette prochaine partie.

3. Précarité et lien parents-enfant

Thèmes	P 1	P 2	I 3	I 4	I 5	P6	I 7
SOUS-THEME 1 : PRECARITE ET INVESTISSEMENT DES PARENTS							
Parents investis	X	X		X	X	X	
Investissement difficile	X				X		
SOUS-THEME 2 : PRECARITE ET LIENS D'ATTACHEMENT PARENTS-ENFANT							
Appels fréquents	X	X		X			
Peu d'appel						X	
Présence des parents			X	X	X		
Absence des parents	X			X	X	X	X
Parents attachés		X	X	X			X
Parents détachés	X						X
Lien entre précarité et lien d'attachement	X					X	
Aucun lien entre précarité et lien d'attachement	X	X	X		X		X

Nous allons maintenant aborder la précarité et le lien parents-enfant qui est l'un des principaux concepts de ce mémoire. Dans notre cadre conceptuel, nous avions vu que lors d'une naissance prématurée, les parents ne sont pas toujours prêts à accueillir leur enfant aussi bien au niveau matériel, qu'au niveau psychologique et émotionnel, ce qui peut parfois perturber les liens d'attachement. Nous pouvons alors nous demander si cette distance relationnelle entre les parents et leur bébé lors d'une naissance prématurée, peut être majorée dans certaines situations où les parents sont en précarité ?

Plusieurs professionnelles interrogées ont abordé le concept d'investissement des parents. Pour la puéricultrice 1 et l'infirmière 5, l'investissement des parents en situation précaire auprès de leur bébé est difficile. La puéricultrice 1 nous explique qu'elle a déjà rencontré une situation dans laquelle les parents avaient *« un premier bébé né à terme, il allait très bien et il est rentré à la maison quelques jours après l'accouchement et de ce fait elle a eu beaucoup de mal à s'investir auprès de son bébé qui avait des soucis de santé »*. Peut-on supposer que le manque d'investissement des parents en situation précaire est lié aux représentations qu'ils ont de leur bébé ? Dans notre cadre conceptuel, nous avions affirmé qu'une naissance prématurée peut être un évènement choquant et traumatique pour les parents ; de plus nous avions ajouté que ce n'est pas l'enfant merveilleux rêvé, il est petit, fragile, et son état de santé est souvent très préoccupant. Les parents vont donc devoir faire le deuil du bébé « idéal », tant imaginé. Mais cela est-il propre aux parents en situation précaire ?

Dans nos entretiens nous avons uniquement ciblé les populations en situation précaire. Il aurait été judicieux de nous intéresser aux ressentis de tous les parents, y compris des parents plus aisés, afin de pouvoir comparer les différents comportements selon leur classe sociale. Malgré le fait que nous n'avons pas de réponse sur ce sujet, nous pouvons tout de même supposer, grâce à des propos de parents cités dans notre cadre conceptuel, que ces représentations ne sont pas perçues uniquement chez les parents en situation précaire, mais que ce sont des ressentis propre à chacun. En effet, nous avions relevé que certains de ces parents voient leur enfant comme un objet de soin et non un sujet, et il semblerait que ce soit difficile à accepter pour eux. Chaque parent vivra probablement la naissance prématurée de son enfant différemment et aura également des représentations différentes, quelle que soit sa classe sociale.

Pour ce qui est des autres professionnelles interrogées, cinq d'entre elles déclarent que les parents en situation précaire sont investis auprès de leur bébé. Si l'on prend l'exemple de la puéricultrice 2, elle argumente cela en expliquant que ces parents *« s'investissent auprès de leur bébé, il faut juste leur expliquer les effets néfastes que ça peut avoir sur l'enfant car ils*

n'ont pas forcément toutes les notions ». Dans la partie précédente intitulée *« La précarité »*, nous avions supposé que chez les populations en situation précaire, il pouvait y avoir un défaut d'accès à l'information. Si nous reprenons les propos de la puéricultrice 2, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il n'y a pas forcément de problème lié à leur investissement auprès de leur enfant mais qu'il peut y avoir un manque d'information chez ces parents concernant la prise en charge de leur bébé ; de ce fait, c'est à nous, professionnels de santé de leur apporter les informations nécessaires afin qu'ils deviennent autonomes et qu'il n'y ait pas de défaut au niveau de leur rôle parental. Cela ne semblerait donc pas lié à l'investissement mais bien à un manque d'information concernant la parentalité. L'infirmière 5 nous a raconté une situation vécue dans laquelle la maman était régulièrement alcoolisée et a spécifié qu'elle *« aimait son bébé, elle venait souvent le soir, elle était affectueuse, elle avait des gestes doux »*. La puéricultrice 6 nous a également parlé d'une situation dans laquelle les parents venaient peu mais elle a ajouté que *« quand ils viennent, ils font quand même les soins aux bébés, on le voit sur notre feuille de transmission, on note quand les parents viennent et les soins qu'ils font au bébé, donc on voit quand même qu'elle les prend en peau à peau la maman »*. A travers ces citations, nous pouvons observer qu'il n'y a pas forcément de lien entre précarité et investissement des parents. Des parents en situation précaire peuvent être tout aussi investis auprès de leur bébé que des familles plus aisées. Néanmoins, nous pouvons relever une idée commune qu'ont partagé l'infirmière 5 et la puéricultrice 6, qui est le temps de présence des parents. Dans les deux dernières situations présentées ci-dessus, ces deux professionnelles ne l'ont pas exprimé clairement, mais nous pouvons voir que l'infirmière 5 a spécifié que la maman venait souvent le soir, et la puéricultrice 6 a insisté sur le fait que les parents venaient voir leurs enfant tous les deux jours. Cela peut-il nous amener à penser que le temps de présence des parents en situation précaire auprès de leur enfant hospitalisé est restreint ?

Dans nos entretiens, nous pouvons nous apercevoir que cinq professionnelles interrogées parlent du problème d'absence des parents en situation précaire auprès de leur bébé hospitalisé. Nous pouvons donc supposer que cela est un problème récurrent chez ces familles. Néanmoins, en analysant leurs propos, nous comprenons que cela n'est pas forcément volontaire de leur part, mais que c'est assimilé à un problème de moyen financier, qui les empêcherait de se rendre à l'hôpital. Nous pouvons illustrer cela grâce aux dires de l'infirmière 4 « *Ca nous arrive fréquemment que des mamans ne peuvent pas venir parce qu'elles n'ont pas les moyens financiers d'avoir une voiture ou qui ne conduisent même pas »*. Dans notre précédente sous partie intitulée *« La précarité »,* nous avions abordé ce problème de manque de moyen de

locomotion chez les familles en situation précaire, dû à un souci financier. Après analyse, nous pouvons affirmer que l'absence de ces familles dans le service est plus récurrente, néanmoins nous ne pouvons assimiler cela à un désinvestissement de leur part.

En revanche, il arrive parfois que certains parents sont absents sans que l'on connaisse réellement la cause. C'est le cas pour la puéricultrice 1 qui a partagé l'une de ses expériences dans laquelle les parents *« venaient très peu, parfois ils appelaient en disant qu'ils allaient venir et finalement on les a vus très peu ».* L'infirmière 7 a également affirmé que certains parents sont absents car *« ils n'ont pas les moyens de venir, et il y en a pour qui on ne sait pas… ».* Nous ne saurons pas la cause de ces absences, néanmoins nous pouvons nous interroger sur l'état d'esprit de ces parents dont l'enfant est hospitalisé dans un service où les soins techniques sont nombreux. La puéricultrice 1 a ajouté que la maman voudrait récupérer son enfant *« quand il serait autonome ».* Quant à la puéricultrice 6, elle nous a expliqué qu'elle a vécu une situation dans laquelle *« la mère voulait vraiment qu'il sorte et qu'il n'y ait plus d'examen ou d'intervention chirurgicale ».* Dans ces deux situations pour lesquelles les parents étaient en précarité, ces derniers ont exprimé leur souhait de récupérer leur enfant en bonne santé, qu'il soit autonome et qu'il n'ait plus de problèmes médicaux. Leur absence peut-elle s'expliquer par le fait qu'avoir un enfant « malade » est une chose difficile à accepter pour eux ?

Dans notre première sous partie intitulée *« Profil de parents »,* nous avions abordé les mécanismes de défense chez certains parents agressifs envers le personnel. Dans notre cadre conceptuel, nous avons spécifié que l'absence des parents peut également être considéré comme un mécanisme de défense. Nous pouvons supposer que ces parents font un deuil anticipé de leur enfant qui est, comme nous l'avions décrit dans notre cadre théorique, une manière de se protéger face à l'angoisse de le perdre. Il est également probable que ce service avec de nombreux soins techniques fasse peur aux parents, ce qui rendrait d'autant plus difficile leur venue. Mais ce ne sont que des hypothèses, nous ne pouvons savoir la cause de l'absence des parents. Les professionnels sont présents pour les accompagner et leur faire prendre conscience que leur présence auprès de leur bébé est indispensable, que ce dernier les entend et reconnaît leur voix. Dans notre cadre conceptuel, nous avions vu qu'en cas d'absence parentale, les liens d'attachement enfant-parents ne pourront pas se créer. Mais qu'en est-il des liens d'attachement entre le bébé et ses parents en cas de situation précaire ? La situation des parents peut-elle avoir un impact sur l'attachement qu'ils ont avec leur bébé ?

Cinq professionnelles sur les sept interrogées affirment que les parents en situation précaire sont attachés à leur bébé. Elles argumentent cela en disant que les parents sont présents auprès

de leur enfant, qu'ils appellent régulièrement s'ils ne peuvent pas venir, et qu'ils s'investissent dans les soins. Pour elles, il n'y aurait pas forcément de lien entre précarité et liens d'attachement parents-enfant. La puéricultrice 2 exprime cela en disant que *« le lien d'attachement se crée déjà quand les parents viennent, quand ils prennent des nouvelles par téléphone, et là dans cette situation c'était le cas. Il n'y a pas vraiment de lien entre précarité et attachement ».* Pour l'infirmière 3, *« le milieu social n'a rien à voir, tout dépend de l'attachement que la famille a avec son bébé, mais pour moi ce n'est pas forcément lié à la précarité »*. En revanche la puéricultrice 1 affirme qu'il y a également *« des parents en situation précaires qui sont très demandeurs »*, néanmoins, elle pense que les liens d'attachement peuvent être impactés par la précarité, tout comme la puéricultrice 6 qui s'est exprimée en disant que *« les liens d'attachement sont quand même impactés parce que les petites ont besoin de contact avec leur maman, pour le lien je pense que c'est important que les parents soient présents auprès de leur enfant »*. Cette professionnelle a parlé de « présence » des parents. Dans la situation racontée par la puéricultrice 1, les parents étaient également peu présents. Nous pouvons donc supposer que les liens d'attachement sont impactés en cas d'absence récurrente de la part des parents, quel que soit le motif, mais pas uniquement à cause de leur situation précaire.

Les situations racontées par les sept professionnelles interrogées sont toutes différentes, et la situation ainsi que le contexte familial des parents le sont également. Les puéricultrices 1 et 6 nous ont fait part d'une expérience dans laquelle l'absence des parents les a marquées. Elles ont probablement associé le terme précarité à l'absence des parents, tout comme pour l'hypothèse que nous avions proposé avant de débuter cette analyse. Ces deux professionnelles sont de jeunes diplômées âgées de 24 ans, ce qui est un âge similaire au miens. Nous avons toutes trois établi un lien entre précarité, absence des parents et impact sur les liens d'attachement parents-nouveau-né prématuré. Cette réflexion peut-elle nous amener à penser que de jeunes professionnelles avec peu d'années d'expérience font plus facilement le lien entre ces trois notions ?

Pour répondre à cette question, il aurait été judicieux d'interroger davantage de jeunes puéricultrices âgées de moins de 25 ans et pouvoir comparer les réponses de chacune. Nous ne pouvons pas émettre de supposition, néanmoins, nous pouvons nous appuyer sur les cinq autres entretiens qui ont été réalisés afin de pouvoir comparer ces réponses avec les discours des autres professionnelles interrogées, toutes âgées de plus de 30 ans et ayant une plus longue expérience professionnelle. Comme nous l'avions abordé précédemment, pour quatre d'entre elles, il n'y

aurait pas de lien entre précarité et lien d'attachement parents-enfant. Certaines ont affirmé que les parents en situation précaire pouvaient avoir des difficultés pour se rendre à l'hôpital mais qu'ils étaient tout de même présents, et d'autres ont abordé l'absence des parents lié au problème de moyen de locomotion, mais ce n'était pas l'idée principale qu'elles ont laissé entendre dans leurs réponses. En lisant leurs entretiens, nous pouvons nous apercevoir qu'elles ont voulu mettre en avant, certes les difficultés des parents que ce soit aussi bien au niveau financier qu'au niveau des informations reçues, mais elles ont surtout voulu nous faire part de l'amour que ces familles pouvaient avoir pour leur enfant. Lors des entretiens, certaines d'entre elles, notamment l'infirmière 5 semblait émue en racontant son expérience *« On a aussi des gens très simples qui vont être très démonstratifs avec leur enfant et c'est même touchant. Là on a eu un couple, c'était leur premier bébé, ils étaient simples et quand on a vu la relation qu'ils avaient avec leur bébé on était émerveillé parce que c'était vraiment beau et puis on s'est dit que ce bébé allait avoir plein de bonheur tout le temps. Et ça, ça n'influençait pas du tout l'attachement pour leur bébé ».* A travers leur discours nous pouvons remarquer que ces professionnelles ont bien insisté sur le fait qu'il n'y avait pas de lien entre la précarité et l'attachement que les parents pouvaient avoir avec leur enfant.

Selon l'âge du professionnel, ces concepts de précarité et lien parents-enfant peuvent être perçus différemment. Il semblerait que les plus jeunes professionnelles aient une perception différente de celle des professionnelles plus âgées. Mais il est également possible que cela soit un pur hasard, et que ces professionnelles aient raconté cette expérience car c'est celle qu'elles avaient en tête à ce moment précis de l'entretien.

Toutes les expériences partagées sont des situations précaires, différentes les unes des autres, avec également différents types de précarité. Mais nous pouvons remarquer que la précarité n'est pas perçue de la même manière par chacun. En effet, certaines professionnelles assimilent la précarité à des soucis financiers, d'autres à une manière de s'exprimer plus simple chez les parents, et pour d'autres la précarité peut être liée à une pathologie telle que l'alcoolisme par exemple. Lorsque j'ai posé la troisième question de mon entretien qui est *« Pouvez-vous me parler d'une situation dans laquelle vous avez dû prendre en charge un bébé pour lequel ses parents étaient en situation précaire ? »,* je n'ai pas exposé de définition concrète de la précarité aux professionnelles interrogées. De ce fait, nous pouvons nous apercevoir que les professionnelles ne se basent pas toutes sur les mêmes critères. Nous aurions pu choisir de leur faire part de notre définition écrite dans notre cadre conceptuel, mais cela aurait probablement influencer leurs réponses. En effet, après réflexion, il est intéressant de pouvoir comparer les

réponses de chacune selon leur âge, leur expérience et leur lieu d'exercice. Après avoir analysé cette partie, nous pouvons supposer que le lieu d'exercice n'a pas forcément d'influence, en revanche, l'âge et l'expérience des professionnelles interrogées peut avoir un impact sur leurs réponses.

Mais qu'en est-il de leur relation avec les bébés dont les parents sont en situation précaire ? Est-elle différente des autres bébés ? L'âge du professionnel a-t-il lui aussi une importance dans le lien entre le bébé et la puéricultrice ?

4. Précarité et juste distance professionnelle

Thèmes	P 1	P 2	I 3	I 4	I 5	P 6	I 5
SOUS-THEME 1 : PRECARITE ET LIEN AVEC LE BEBE							
Plus de proximité	X	X	X				
Pas plus de proximité						X	
Attachement majoré	X					X	
Davantage de temps consacré	X	X		X	X	X	X
SOUS-THEME 2 : POSTURE PROFESSIONNELLE							
Distance professionnelle respectée	X	X	X	X		X	X
Plus maternante	X	X					
Pas plus maternante			X	X	X	X	X

Nous allons maintenant aborder la juste distance professionnelle en lien avec la précarité. En visualisant ce tableau, nous remarquons que les réponses sont nuancées.

Dans un premier temps, nous allons parler de la précarité des parents et du lien avec la relation que les professionnelles ont avec le bébé. Nous pouvons alors nous demander si le comportement du soignant avec le nouveau-né diffère lorsque les parents sont en situation précaire ?

Si l'on s'en réfère au tableau présenté ci-dessus, nous pouvons nous apercevoir qu'une idée majeure ressort de tous les entretiens. Six professionnelles sur les sept interrogées ont abordé la notion de temporalité. En effet, d'après leurs dires, elles semblent passer davantage de temps auprès des enfants seuls, dont les parents sont souvent absents. La puéricultrice 2 argumente cela en disant *« on est tout de même plus présents comme les parents le sont moins, donc on donne un peu plus de temps à l'enfant, que quand les parents sont présents on leur laisse ces petits moments »*. Quant à l'infirmière 5, elle s'exprime en disant qu' *« au vu de la charge de travail on n'a pas plus de temps à consacrer à un bébé qu'à un autre, mais forcément dans ce genre de situation on y va plus fréquemment, avec ces bébés qui sont seuls, on va les prendre en portage, pendant les temps de transmissions si leur état le permet on va les prendre avec nous, parce qu'ils peuvent ne pas avoir de visite du tout dans la journée »*. La puéricultrice 6 ajoute *« En ce moment en réanimation le service ne déborde pas on a à peu près deux enfants chacune donc tu peux prendre ton temps avec les enfants. Sinon ils sont toujours dans leur caléo donc là tu les redresses un peu, tu stimules leur oralité, tu les chouchoutes un petit peu plus ».* Les professionnelles ont associé le fait qu'elles passent plus de temps avec les enfants qui sont seuls, et non spécifiquement avec les enfants dont les parents sont en situation précaire. Elles ont bien insisté sur le fait qu'en cas de présence des parents, quelle que soit leur situation, elles leur laissaient prendre pleinement leur place de parents. Mais le fait de passer plus de temps avec l'enfant signifie-t-il qu'elles sont plus proches de ce dernier ?

Trois professionnelles sur les sept interrogées disent se sentir plus proche du bébé. Prenons l'exemple de la puéricultrice 2 ; celle-ci nous raconte qu'elle *« se sent peut-être un peu plus proche des enfants pour qui les parents sont moins présents, mais quand les parents sont là on leur laisse la place »*. Elle argumente cela en disant *« on fait peut-être un peu plus de soins, on est plus présent auprès du bébé car les bébés ont parfois besoin qu'on soit plus présent ».* L'infirmière 3 dit se sentir plus proche des enfants pour éviter l'hospitalisme, elle ajoute que *« les enfants qui restent trois mois et qui n'ont pas de visite, forcément on essaie de les entourer quand même »*. En analysant ces deux situations, nous pouvons nous apercevoir que les deux

professionnelles partagent une idée commune qui est le fait d'être plus proche des enfants lorsque les parents sont absents. Dans la partie précédente intitulée *« précarité et lien parents-enfant »,* nous avions remarqué que les professionnelles interrogées faisaient régulièrement le lien entre précarité et absence des parents auprès de leur bébé. Nous avions expliqué cela par le fait que ces derniers avaient des problèmes financiers qui les empêchaient de se rendre à l'hôpital par manque de moyen de locomotion. Nous pouvons donc supposer que les professionnelles exerçant en service de néonatalogie ne sont pas plus proches des nouveau-nés dont les parents sont en situation précaire, mais bien des enfants pour lesquels les parents sont absents. Certes, absence et précarité peuvent avoir un lien, mais il semblerait que ce n'est pas la situation des parents qui entraîne une proximité entre le bébé et le soignant.

En revanche, la puéricultrice 6 dit ne pas se sentir plus proche des enfants pour qui les parents sont en situation précaire, mais elle ajoute *« je n'ai pas énormément d'expérience mais je pense vraiment que tu t'attaches plus aux enfants par rapport à la durée d'hospitalisation. Et puis généralement tu reprends les mêmes enfants que tu avais. Après tu t'attaches aussi aux parents, tu es un peu empathique avec eux, tu vois que c'est un petit milieu mais pour moi c'est plus la durée que la précarité ».* Pour la puéricultrice 1, l'attachement à l'enfant n'est pas forcément lié à la situation des parents mais elle nous explique *« on est plus attaché à des enfants qui restent longtemps ou des enfants en attente d'une famille d'accueil ».* Ces deux puéricultrices parlent d'une notion commune ; en effet, nous comprenons à travers leurs réponses que pour elles, l'attachement pour l'enfant n'est pas lié à la notion de précarité, mais bien à sa durée d'hospitalisation. Plus l'enfant restera hospitalisé sur une longue durée, plus l'attachement sera majoré. Dans notre cadre conceptuel, nous avions vu que lors d'une hospitalisation prolongée, des liens se créent entre la puéricultrice, l'enfant et ses parents. Nous pouvons nous apercevoir que ces deux puéricultrices sont les deux plus jeunes professionnelles interrogées de tous nos entretiens. Peut-on supposer qu'il y ait un lien entre l'attachement que la professionnelle peut porter à l'enfant et sa famille, et son jeune âge ?

Il y a très peu d'articles concernant le rapport entre juste distance et âge du soignant. Nous n'aurons donc pas de réponse à notre question. Néanmoins, au vu de ces deux extraits d'entretien, nous pouvons émettre l'hypothèse que plus le soignant est jeune, plus il aura de difficultés à mettre en place une juste distance professionnelle. Cela pourrait s'expliquer par leur faible expérience, qui fait qu'elles ont moins de recul par rapport à la relation soignant-soigné, elles sont probablement plus sensibles, plus empathiques étant donné qu'elles ont rencontré moins de difficultés au sein du service, contrairement aux professionnelles exerçant

depuis plus de 20 ans, qui ont pu se forger une carapace. Nous pouvons argumenter cette hypothèse grâce aux dires de deux infirmières ayant plus de 20 ans d'expérience en service de néonatalogie. L'infirmière 5 admet qu' *« avec l'expérience on est un peu moins en difficulté devant les situations »*, et l'infirmière 3 s'explique en disant *« je fais partie de l'ancienne école, je ne suis pas du tout copain copain avec les parents, je reste professionnelle, gentille etc… mais il est hors de question que je donne mon numéro aux parents par exemple. Je suis là en tant que professionnelle, je pense que chacun doit garder sa place »*. Nous pouvons admettre que l'expérience du professionnel peut jouer un rôle dans la relation avec l'enfant et ses parents.

Nous avons précédemment émis une hypothèse afin de comprendre l'impact de l'âge du professionnel sur la relation soignant-soigné, mais en reprenant la partie *« Evolution de la néonatalogie au fil des années »* de notre cadre conceptuel, nous pouvons nous apercevoir que ce n'est qu'à partir de 1970, que les parents peuvent entrer dans le service de néonatalogie, et à partir des années 1980, ils sont invités à participer aux soins de leur bébé accompagné de la puéricultrice. Les trois infirmières ayant plus de 20 ans d'ancienneté dans le service ont probablement été formées par d'anciennes puéricultrices ayant commencé à travailler en néonatalogie dans les années 1960-1970. La manière de travailler était donc différente et le rapport avec les parents et l'enfant étaient également différents étant donné que les parents n'avaient pas accès au service. Il était donc normal que les enfants soient seuls et que les soignantes exercent leur profession sans inclure les parents dans les soins. La question de la situation précaire des parents et de leur absence dans le service avait probablement moins d'importance qu'aujourd'hui. De nos jours, la présence des parents et leur investissement dans les soins de leur enfant est mis en avant, et le travail sur l'attachement parents-enfant est valorisé. Les professionnelles sont donc davantage attentives aux liens entre les parents et leur bébé. Les infirmières ayant une plus grande expérience ont connu ces remaniements et ont dû s'adapter, et faire évoluer leur pratique professionnelle. Nous pouvons supposer que cela a facilité la mise en place d'une juste distance professionnelle, contrairement aux plus jeunes soignantes qui ont appris dès leur entrée en formation à inclure les parents et à favoriser le lien d'attachement, tout en respectant une distance avec les parents et l'enfant. Cela peut être plus difficile à mettre en place selon le caractère, le vécu, et l'approche que le soignant peut avoir avec les autres individus. A travers cette analyse nous comprenons que la juste distance professionnelle peut être perçue différemment selon l'âge et l'expérience du soignant. Mais qu'en est-il de la posture professionnelle des soignantes interrogées ?

Dans notre cadre conceptuel, nous avions relevé les propos de Catherine Mercadier qui nous expliquait que le soignant doit mettre en place certaines limites afin de rester dans un cadre professionnel. Nous avions également ajouté que les limites peuvent se traduire par le vouvoiement, par la discrétion au niveau de la vie privée de la puéricultrice, ou de la non-divulgation de son numéro de téléphone aux parents par exemple. Après analyse des entretiens, nous constatons que ces limites restent générales et peuvent s'appliquer dans n'importe quel service, avec tous les patients. Mais en service de néonatalogie, comment les professionnelles parviennent-elles à respecter une certaine distance professionnelle, au vu de la proximité qu'elles peuvent avoir avec les enfants ?

Tout d'abord, nous allons aborder la notion de maternage. En effet, les deux premières puéricultrices interrogées disent être plus maternantes avec les bébés en cas d'absence des parents, et non en fonction de leur situation. La puéricultrice 1 affirme que *« On est plus maternante avec les enfants pour qui les parents sont moins présents. Certains parents sont présents toute la journée, et ce n'est pas nous qui les câlinons. Pour les autres bébés on effectue leur change, leur bain et on leur donne le biberon donc on est forcément plus maternante qu'avec un bébé pour qui les parents sont très présents »*. Elle ajoute *« On a envie de lui donner les câlins que les parents ne peuvent pas donner à ce moment-là »*. La puéricultrice 2 nous parle également de *« câlins »* ; elle dit effectuer des *« câlins »* aux enfants selon leurs besoins. Ce terme fait, en effet appel à une notion de maternage. Mais au vu des réponses données par ces deux puéricultrices peut-on approuver le fait qu'elles soient réellement plus maternantes avec ces enfants ?

Dans notre cadre conceptuel, nous avons relevé une définition du dictionnaire Larousse, et avons défini le verbe materner comme étant *« se comporter à l'égard de quelqu'un de façon maternelle en le protégeant, le plus souvent avec excès »*. Nous avions ajouté que la professionnelle ne se contenterait pas uniquement de prodiguer des soins au bébé, mais qu'elle utiliserait des gestes et des paroles plus intimes, réservés aux parents. Or, après lecture des entretiens, nous constatons que la puéricultrice 1 sait poser des limites et garder une distance professionnelle. En effet, elle argumente cela en disant qu'elle ne faisait jamais de bisous au bébé car ils étaient réservés aux parents, et qu'elle ne les appelait jamais *« mon bébé ».* De même pour la puéricultrice 2, qui affirme que *« Par rapport à la juste distance je dirai qu'avant tout on ne peut pas remplacer les parents. Je sais garder ma distance professionnelle et mettre une limite, on est professionnel, on va faire des câlins si besoin mais on ne va pas passer 24h/24 avec l'enfant et on va passer le relais à la collègue dans tous les cas donc la distance se fait*

dans tous les cas ». Ces deux professionnelles ont certes, des gestes que nous pouvons qualifier de maternants tels que les *« câlins »*, néanmoins, elles semblent savoir poser des limites et garder leur distance professionnelle avec l'enfant. De ce fait, nous ne pouvons pas affirmer qu'elles soient pour autant maternantes.

Pour les cinq autres professionnelles interrogées, nous pouvons nous apercevoir grâce à l'analyse des différents entretiens qu'elles parviennent toutes à respecter une distance professionnelle. En effet, elles nous expliquent que malgré le fait qu'elles passent plus de temps auprès des enfants seuls, elles ne sont pas pour autant plus maternantes avec eux. Si nous prenons l'exemple de l'infirmière 4, elle justifie cela en disant *« On doit garder notre rôle de professionnel. On n'est pas là pour remplacer la maman »*. L'infirmière 7 rejoint la même idée en nous expliquant *« On n'est pas là non plus pour prendre la place des parents »*. Nous pouvons donc comprendre que les professionnelles interrogées sont bien au clair par rapport à leur place auprès du bébé. Elles acceptent le fait de prendre en charge l'enfant, de réaliser ses soins, de les rassurer en cas d'absence des parents, sans jamais prendre leur place.

Il est vrai que la néonatalogie est un service spécifique de par les soins réalisés, mais aussi par rapport à la relation qu'ont les professionnelles avec les bébés. Dans notre cadre conceptuel, nous avions spécifié que le soignant prodigue de nombreux soins qui nécessitent le toucher, la parole, la douceur, et cela peut parfois se confondre avec le rôle des parents. De plus, que les parents soient présents quotidiennement ou non, elles doivent systématiquement prendre le relais en l'absence des parents, étant donné qu'ils ne peuvent pas toujours dormir auprès de leur enfant. Si nous reprenons les idées générales de cette partie, nous nous apercevons que les professionnelles passent plus de temps auprès des enfants seuls, et non forcément en raison de la situation précaire des parents. Les soignantes interrogées savent garder leur distance professionnelle et ne sont pas plus maternantes avec l'enfant ; elles ont conscience des limites et parviennent à laisser pleinement aux parents la place qu'ils doivent avoir auprès de leur bébé. Il semblerait donc que le comportement des soignants envers l'enfant ne diffère pas lorsque les parents sont en précarité.

Après avoir terminer l'analyse de ces entretiens, nous allons maintenant faire une synthèse des résultats, ce qui nous permettra de dégager les idées principales, puis de les confronter afin de pouvoir ensuite valider ou non notre hypothèse.

VI. Synthèse de l'analyse

A travers cette analyse, nous comprenons que dans les services où ont été réalisés les entretiens, le taux de précarité est élevé. Néanmoins, les professionnelles interrogées ne semblent pas rencontrer de difficulté avec les familles en situation précaire, étant donné qu'elles n'abordent pas cette notion en premier lieu, voire ne l'aborde pas du tout. Nous avons donc orienté nos entretiens sur ce thème de précarité afin de pouvoir mettre cela en lien avec notre hypothèse.

Les professionnelles interrogées ont évoqué l'absence fréquente des parents en service de néonatalogie. Elles ont mis en lien cela avec le fait qu'ils pouvaient avoir des problèmes financiers qui les empêchaient d'avoir un moyen de locomotion permettant de les amener à l'hôpital, pour être auprès de leur enfant. Au vu des résultats, l'absence des parents en situation précaire serait récurrente, mais cela serait probablement lié à un défaut financier.

De ce fait, l'intervention de la PMI et de l'assistante sociale à toute son importance pour résoudre les problèmes financiers, mais pas forcément pour un défaut au niveau de la parentalité, en lien avec un défaut de prise en charge de leur enfant.

Nous avons ensuite parlé de l'investissement des parents. Les professionnelles n'ont pas fait de lien entre précarité et investissement des parents. Elles nous ont expliqué qu'en cas de prématurité, les parents ne sont pas toujours prêts à accueillir leur enfant aussi bien au niveau psychologique, qu'au niveau du matériel. Ce n'est pas propre aux parents en situation précaire, mais cela concerne tout type de population. Il n'y aura probablement pas de lien entre précarité et investissement des parents.

Concernant maintenant les liens d'attachement, les avis sont nuancés. En effet, les plus jeunes puéricultrices font un lien précarité et lien d'attachement, contrairement aux professionnelles plus âgées. En analysant ces entretiens, nous pouvons comprendre qu'en cas d'absence des parents, les liens d'attachement sont souvent impactés mais pas forcément à cause de leur situation précaire. Les professionnelles insistent sur le fait que les parents en situation précaire n'apportent pas moins d'amour à leur enfant que des familles plus aisées. Nous ne pouvons donc pas confirmer que les liens d'attachement entre le bébé et ses parents sont impactés en cas de précarité.

Pour finir, nous allons aborder la posture professionnelle des soignantes interrogées. Certaines professionnelles disent se sentir plus proches et passer plus de temps auprès des enfants pour qui les parents sont absents et pas forcément auprès des enfants pour qui les parents sont en

situation précaire. Néanmoins, nous avions vu précédemment qu'il pouvait y avoir un lien entre précarité et absence des parents pour des raisons financières. Il peut donc y avoir indirectement un lien entre la posture professionnelle des soignant et la précarité des parents, mais nous comprenons que ce n'est pas leur situation qui fait qu'elles se sentent plus proche, mais bien leur absence.

Concernant la mise en place d'une juste distance entre le bébé et le soignant, il semblerait qu'elle soit plus difficile à mettre en place chez les jeunes professionnelles étant donné leur faible expérience. De plus, l'approche avec les parents est différente entre maintenant et 30 années auparavant. Cela peut donc expliquer le fait que la juste distance soit perçue différemment selon le professionnel, son âge et son expérience. Certaines soignantes font parfois plus de « câlins » au bébé et passent plus de temps avec lui, mais elles semblent tout de même au clair avec la place qu'elles occupent auprès du bébé. En effet, elles ne sont pas forcément plus maternantes étant donné qu'elles savent poser des limites et laisser la place aux parents. La posture professionnelle des soignantes auprès de l'enfant semble être respectée en cas de situation précaire, et non changée par rapport à d'autres enfants pour qui la situation précaire des parents est plus aisée.

VII. Vérification de l'hypothèse

Avant de valider ou non notre hypothèse, rappelons tout d'abord l'intitulé de celle-ci : *« La situation précaire des parents favorise leur absence auprès de leur enfant, ce qui complique la création du lien d'attachement avec leur bébé. Ainsi, la puéricultrice est susceptible d'avoir une posture plus maternante que professionnelle auprès de l'enfant, et la mise en place d'une juste distance est compromise »*.

Cette hypothèse contient de nombreuses informations qui seront validées ou non en fonction de l'analyse des entretiens réalisés. Pour procéder à sa vérification, nous allons reprendre chaque notion qu'elle contient et les comparer avec les résultats obtenus.

Nous allons tout d'abord revenir sur la première partie de notre hypothèse qui est *« la situation précaire des parents favorise leur absence auprès de leur enfant »*. Dans notre analyse, nous avions vu que l'absence des parents en situation précaire auprès de leur enfant pouvait être favorisée en raison de leurs difficultés financières, et donc entraîner un manque de moyen de locomotion qui les empêcherait de se rendre à l'hôpital. Leur absence ne serait pas causée par un désinvestissement de leur part mais bien par un défaut financier. Cette première partie d'hypothèse peut être validée pour les raisons que nous venons d'aborder mais elle doit être argumentée afin d'être bien comprise et non pas interprétée à tort.

La suite de notre hypothèse *« ce qui complique la création du lien d'attachement avec leur bébé »* doit également être argumentée pour être validée. Au vu des résultats obtenus, nous constatons que la création du lien d'attachement parents-enfant est perturbé en cas d'absence des parents, et non à cause de la situation précaire des parents, même si ces deux notions peuvent avoir un lien. Comme pour la première partie de l'hypothèse, nous ne pouvons valider totalement cette deuxième partie.

Concernant maintenant la posture des professionnelles interrogées, nous avions énoncé que *« la puéricultrice est susceptible d'avoir une posture plus maternante que professionnelle auprès de l'enfant, et la mise en place d'une juste distance est compromise »*. Au cours de leurs entretiens, les soignantes disent parfois se sentir plus proches des enfants dont les parents sont absents et passer plus de temps avec eux, mais au vu de la définition que nous avions énoncée, nous ne pouvons dire que celles-ci sont « maternantes ». Elles savent poser des limites, laisser la place aux parents avant tout et garder une juste distance professionnelle. Cette dernière partie de notre hypothèse n'est donc pas validée.

Pour résumer cette partie, nous constatons que cette hypothèse n'est pas validée. L'absence des parents auprès de leur bébé peut en effet avoir un impact sur la création des liens d'attachement, mais pas leur situation. Des parents peuvent à la fois se trouver en situation précaires et savoir prendre en charge leur enfant de manière irréprochable. Il n'y a pas de lien entre précarité et difficultés dans la création des liens d'attachement. Il en est de même pour la posture des professionnelles qui ne change pas en fonction de la situation des parents, mais peut être différente en fonction de leur présence ou non.

Conclusion

Ce travail de recherche m'a permis de faire le lien entre précarité, lien d'attachement et juste distance professionnelle. Le nouveau-né prématuré a besoin de nombreux besoins physiques et physiologiques de par les soins techniques qui lui sont apportés, mais également de besoins psychologiques de par l'attention et l'amour qui lui sont donnés par ses parents. La présence de ces derniers est donc primordiale pour l'enfant qui, malgré son très jeune âge, entend et sent la présence de ses parents, ce qui le rassure.

La situation des parents n'a pas forcément de lien avec l'amour qu'ils portent à leur enfant, mais leur temps de présence à ses côtés peut influencer la création du lien d'attachement. C'est là que le rôle de la puéricultrice a toute son importance dans l'accompagnement des parents. Son objectif est de favoriser le lien parents-enfant en les incluant dans les soins de leur enfant, mais aussi en leur proposant des aides financières par le biais de l'assistante sociale ou de la PMI, pour se rendre à l'hôpital en cas de problèmes financiers.

La puéricultrice doit certes s'occuper davantage des enfants dont les parents sont absents, quelle que soit la cause, mais le respect d'une juste distance est nécessaire pour qu'elle puisse assurer une prise en charge optimale de l'enfant, et favoriser la place des parents auprès de leur bébé.

Ce travail m'a également permis de prendre conscience des inégalités socio-économiques au sein des hôpitaux, et plus particulièrement pour les parents en service de néonatalogie. Notre région est particulièrement touchée par la précarité, dans notre profession nous serons donc souvent amenés à prendre en charge des enfants et familles en situation précaire. Je retiens de ce mémoire que la puéricultrice doit faire preuve d'adaptabilité. Les soins apportés à l'enfant et les conseils donnés aux parents resteront les mêmes, mais elle doit tou ajuster son accompagnement et sa prise en charge à chaque enfant et à chaque famille.

Grâce à ce mémoire, je dissocie maintenant absence des parents et précarité, j'ai pris conscience que ces deux notions ne sont pas forcément associées. A ce jour, je n'appréhenderai plus la prise en charge d'un nouveau-né prématuré et de sa famille en situation précaire de la même manière. Je garderai bien en tête que chaque enfant a des parents, même s'ils ne sont pas toujours présents. Le respect de la juste distance est primordial. En cas d'absence prolongée des parents, nous nous devons d'en parler avec eux, essayer d'en comprendre la cause et leurs ressentis sur l'hospitalisation de leur enfant afin de pouvoir les accompagner et les soutenir au mieux.

La précarité reste un souci majeur dans notre société actuelle. Dans notre métier, nous sommes amenés à être régulièrement au contact de ces familles, et c'est à ce moment que nous pouvons nous rendre compte des difficultés qu'elles peuvent rencontrer. Nous devons toujours garder en mémoire que ces personnes sont avant tout des parents, et qu'ils ont le droit comme tout autre parent à un accompagnement et une prise en charge de leur enfant de qualité, sans aucun jugement étant donné que nous ne connaissons ni leurs ressources, ni leur histoire de vie. Nous sommes des professionnels de santé, des soignants, et nous avons certes une grande part d'humanité qui nous pousse à nous investir dans cette profession, mais n'oublions pas que notre mission est de prendre soin de l'enfant et de sa famille, mais jamais de prendre leur place.

Dans ce travail, nous avons principalement abordé les liens d'attachement parents-enfant et la situation précaire des parents. Nous avons constaté que la relation n'était pas forcément impactée. En revanche, plusieurs professionnelles interrogées m'ont fait part d'un tout autre problème pour lequel les liens d'attachement seraient totalement rompus : l'accouchement sous le secret. Dans cette situation, qui est la figure maternelle de l'enfant ? Quelle est la posture professionnelle de la puéricultrice ? La juste distance peut-elle être impactée ? Toutes ces questions pourraient être le sujet d'un nouveau travail de recherche. Cela pourrait nous permettre de poursuivre nos recherches sur les liens d'attachement et la posture professionnelle de la puéricultrice dans un contexte de rupture totale des liens avec les parents.

Bibliographie

Ouvrages :

BINEL G. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin Editeur, 2000. 227p. P.119

COLINEAU B. *Accompagner le bébé souffrant tisser le lien parent-enfant*, Lyon : Chronique sociale, 2012, 92 pages. P61.

DAMOUR Christelle. *Management et idéologie managériale*. Sous la direction de Jean-François AMILHAT, Maurice CAPUL, Marcel DRULHE, Madeleine LEFEBVRE. Erès, 2006, Précarité économique et « mauvais parents » : réappropriations d'un étiquetage, p.131 à 135. ISBN 9782749205991.

EMERY J., *L'attachement parent-enfant de la théorie à la pratique*, Edition du CHU de Sainte-Justine, 2016, 496 pages, p.28

GASSIER J, SAINT-SAUVEUR C., sous la direction de COLSON S, *Le guide de la puéricultrice*, 4ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. 1240p. P 4.

MERCADIER C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital (Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné).* 2ème édition. Paris : Seli Arslan, 2017. 296 p. P247.

MUCCHIELLI R. *L'analyse de contenu (Des documents et des communications).* ESF Editeur. Issy-les-Moulineaux, 2016. 224 pages. P. 24

MULLER Carole FORCADA-GUEX Marguarita, BORGHNI Ayala et al, *La psychiatrie de l'enfant*, Cairn.info, 2009, Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche, pages 423 à 450. P. 446. ISBN 9782130572794

PAILLARD C. *Dictionnaire humaniste infirmier*, Setes, 2013. P.228

PHANEUF M., *La relation soignant-soigné. (L'accompagnement thérapeutique).* 2ème édition. Montréal : Chenelière Education, 2016. 282 p. P17.

SOLIS-PONTO Leticia. *La parentalité*, Paris, Le fil rouge, 2014, p. 175

TERENO Susana, SOARES Isabel, MARTIN Eva et al. *Devenir*. Médecine & Hygiène, 2007. Théorie de l'attachement, p.151 à 188. P155.

Revues :

CONTI ISABELLE, Favoriser la relation parents-enfant en réanimation néonatale, revue *Soins Pédiatrie/Puériculture*, mai/juin 2014, n°278, p.20 à 21.

DE WAILLY Florence, Séparation et deuil périnatal, Imaginaire et Inconscient n°30, 2012. p.25 à 32.

PHILIPPIN Y. Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *Info Kara, revue internationale Francophone de soins palliatifs.* Médecine & Hygiène, 2006, p.163 à 166.

Sites web :

FERRARI L., Place de la psychanalyste dans l'accompagnement de l'enfant prématuré et de sa famille, Médecine thérapeutique/pédiatrie, mis à jour en 2018, consulté le 19/07/2018, Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/mtp/e-docs/place_de_la_psychanalyste_dans_laccompagnement_de_lenfant_premature_et_de_sa_famille_200099/article.phtml

GUEGUEN Morgan, WAROQUIER Céline, psychomotriciennes diplômées d'état, Présentation de la douleur [En ligne], (consulté le 24/06/18). Consultable sur http://psychomot.tout.petit.free.fr/douleur.htm

INSEE. Niveau de vie et redistribution [En ligne]. Edition 2016. (Consulté le 05/08/2018). Consultable sur : file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/FPORSOC16l2_F4.2_pauvrete%20(1).pdf

LEGIFRANCE, Code de la Santé Publique Article R4311-13, (Consulté le 22/09/2018). Consultable sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913901&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080310

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), François Beck, Cristina Díaz-Gómez, Agnès Cadet-Taïrou, Addictions en Nord-Pas-de-Calais Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale [En ligne], Décembre 2016, 99 pages,

(Consulté le 07/10/2018), Disponible sur : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbwc2.pdf

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES). (Consulté le 23/08/2018). Consultable sur : http://onpes.gouv.fr/

Organisation mondiale de la santé (OMS), Qu'est-ce qu'un bébé prématuré ? [En ligne], mise à jour en 2018, (consulté le 05/05/2018). Consultable sur http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/fr/

PALY Pascale, Massonnière Nadine. Les besoins fondamentaux du jeune enfant [En ligne]. (Consulté le 23/07/2018). Consultable sur : https://docplayer.fr/21902494-Les-besoins-fondamentaux-du-jeune-enfant.html

PHANEUF M. L'alliance thérapeutique comme instruments de soins [En ligne], mis à jour en Mars 2016, consulté le 30/08/2018. Consultable sur : http://www.prendresoin.org/

Autre :

Diaporamas *Soins de développement*, étudié en Mars 2018.

Annexes

Guide d'entretien

1. **Quelles sont vos expériences professionnelles auprès des enfants ?**

Relance : Depuis combien de temps travaillez-vous en service de néonatalogie ?

Objectif :

- *Identifier le parcours professionnel du soignant auprès des nouveau-nés prématurés, afin de pouvoir par la suite comparer l'expérience d'une jeune professionnelle avec celle d'une professionnelle ayant plusieurs années d'expérience dans ce service.*
- *Observer l'évolution de l'accompagnement des parents dans les services de néonatalogie au fil des années par rapport aux réponses des professionnelles interrogées, et à leurs expériences.*

2. **Pouvez-vous me parler des différents profils de parents que vous rencontrez dans ce service ?**

Relances :

- Pouvez-vous me détailler les différents types de comportement des parents que vous rencontrez dans ce service ?
- Quels types de comportement vous ont déjà mis en difficulté ? Pourquoi ?
- Comment avez-vous géré cela ?
- Qu'en est-il de la précarité[1] des parents au sein du service ?
  - ➔ Rencontrez-vous souvent ce type de population ?
  - ➔ Quelles sont les spécificités de la prise en charge de ces familles ?

[1] La précarité est *« un ensemble de facteurs de risques et d'incertitudes sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté, liée à l'absence simultanée de facteurs de stabilité, notamment, dans le travail, les revenus, les conditions de logement ou la situation individuelle (réseaux sociaux) non identifiables à la pauvreté »*, définition tirée de l'Observatoire national de la Pauvreté et de l'exclusion sociale dès son premier rapport

<u>Objectifs</u> :

- *Identifier les différents profils de parents que l'on peut rencontrer dans le service de néonatalogie, pour ainsi identifier les difficultés que peut rencontrer la puéricultrice.*
- *Identifier les spécificités de la prise en charge des familles en situation précaire, et ainsi observer si leur absence est un point récurrent chez ce type de population.*

3. Pouvez-vous me parler d'une situation dans laquelle vous avez dû prendre en charge un bébé dont les parents étaient en situation précaire ?

<u>Relance :</u>

3.1. Quel était le contexte social et familial des parents dans cette situation ?

- Quel était le contexte lors de la grossesse ?
- Quel était le contexte social des parents ? (Lieu d'habitation, nombre d'enfants, travail des parents)
- Quelle était la fréquence de leur visite ? De leurs appels ?

3.2. Quel comportement avaient-ils avec leur bébé ?

- Quels éléments ont favorisé les liens d'attachement de ces parents avec leur bébé né prématurément ?
- Quels éléments ont pu être des freins à l'instauration des liens d'attachement parents-bébé prématuré ?

3.3. Quelles étaient les spécificités de cette prise en charge ?

- Quel comportement avaient les parents avec l'équipe ?
- Votre relation avec eux était-elle différente de celle que vous avez pu avoir avec d'autres parents ? Si oui, en quoi était-elle différente ?

3.4. Quelle relation aviez-vous avec ce bébé ?

- Comment définiriez-vous votre relation avec ce bébé ?
- La relation avec ce bébé diffère-t-elle de celle que vous avez vécu avec d'autres bébés ?

- Pouvez-vous me parler de la juste distance avec ce bébé ?
- La mise en place de cette juste distance était-elle plus difficile dans cette situation ?
- En quoi vous êtes-vous questionnée sur votre posture professionnelle ?

<u>Objectifs :</u>

- *Identifier une situation dans laquelle les parents se trouvaient en situation précaire et analyser les spécificités de la relation qu'ils entretenaient avec leur enfant et avec l'équipe.*
- *Identifier l'impact qu'a pu avoir la situation précaire des parents sur la mise en place des liens d'attachement avec leur enfant.*
- *Identifier les difficultés rencontrées par la puéricultrice dans cette situation et analyser sa juste distance professionnelle avec l'enfant.*

4. Que voudriez-vous ajouter ?

Entretien puéricultrice 1

Question 1 : Quelles sont vos expériences professionnelles auprès des enfants ?

A l'école d'infirmière j'ai fait un stage de quatre semaines en IME et un stage de néonatalogie pendant huit semaines. Ensuite, après l'obtention du diplôme infirmier, j'ai travaillé trois mois ici dans ce service, et puis je suis partie à l'école de puéricultrice et l'hôpital m'a repris directement après mon diplômé de puéricultrice, donc ça fait maintenant 1 an et demi que je travaille ici en néonatalogie au niveau 2B.

D'accord. Et en quelle année avez-vous été diplômée infirmière ?

J'ai été diplômé infirmière en 2015, et je suis entrée en école de puéricultrice en janvier 2016. Et je suis puéricultrice depuis décembre 2016.

Question 2 : Pouvez-vous me parler des différents profils de parents que vous rencontrez en néonatalogie ?

Oui, alors il y a les parents avec un premier bébé, donc c'est pour eux l'euphorie du premier bébé, la peur de toucher leur bébé, ce sont les premiers contacts avec leur enfant. Ces parents sont forcément très présents étant donné que c'est leur premier bébé, et ils n'ont pas d'autre enfant à gérer à la maison. Par contre, quand c'est un deuxième, un troisième, un quatrième voire un cinquième, là c'est plus difficile pour venir voir bébé, mais ils gèrent plus facilement les soins tels que changer une couche ou donner un biberon que quand ce sont des parents avec un premier bébé. Il y a donc cette différence, de savoir si c'est un premier bébé ou non. Après il peut y avoir des différences au niveau du milieu social, il y a des parents qui viennent d'un milieu assez aisé, et leur comportement est parfois différent des parents qui viennent d'un milieu plus défavorisé, par rapport à leur langage, à leur geste, après l'amour pour leur enfant n'est pas forcément différent mais c'est plus dans leur comportement. Le milieu social peut également jouer sur la présence des parents, parce que certains parents n'ont pas de moyens de locomotion, et ils peuvent être moins présents que certains parents qui ont une voiture, un travail, de l'argent pour pouvoir prendre le bus etc…

D'accord. Et certains profils de parents vous ont-ils déjà mis en difficulté ?

Oui, avec des parents qui ont des difficultés à venir à l'hôpital, c'est difficile d'établir le lien, parce que quand ils nous appellent on leur demande quand est ce qu'ils pourront venir voir leur

bébé et ils nous répondent que c'est compliqué car leur conjoint travaille, il n'y a que lui qui a le permis. Donc pour établir le lien c'est parfois compliqué et on est malheureux pour le bébé aussi parce qu'il voit peu ses parents.

Et comment avez-vous réussi à gérer cela ?

En leur disant que même s'ils ne peuvent pas se déplacer, ils peuvent appeler quand ils le souhaitent à n'importe quelle heure le jour et la nuit, prendre des nouvelles de leur enfant. Et quand ils viennent, faire un maximum de peau à peau, pour qu'ils aient un contact et pour palier aux moments où les parents n'ont pas pu venir.

D'accord. Et justement vous parliez de situations précaires. Y en a-t-il souvent dans le service ?

Oui, il y en a souvent. Après je pense qu'il y a des villes beaucoup plus précaires que notre ville, mais oui on en rencontre souvent.

Et y a-t-il des spécificités dans la prise en charge de ces familles ?

Oui, je pense qu'on les encadre un peu plus que des parents qui sont présents et qui ont les moyens de venir. Je pense qu'on les encadre plus parce que quand ils sont présents on veut qu'il y ait un maximum de peau à peau. Les autres parents aussi mais avec eux on est plus attentives au lien parent enfant qui se fait souvent moins que des parents qui sont souvent présents parce qu'ils ont la possibilité de venir. Donc l'encadrement est quand même plus poussé pour que le lien parent enfant se fasse un maximum. On propose le peau à peau, le bain, et on s'arrange pour organiser les soins tels que le bain selon leur disponibilité et selon si l'activité du service le permet. On s'adapte beaucoup aux parents.

D'accord. Si je comprends bien, selon vous, les parents en situation précaires sont un peu moins présents que les parents qui ont plus de moyens ?

Oui mais je pense que ce n'est pas forcément lié à l'amour qu'ils ont pour leur bébé, mais c'est plutôt un souci de moyen de locomotion.

Donc ce serait plus une question d'argent ?

Oui. Après il y a des parents qui habite dans la ville donc c'est plus facile mais certains parents repartent à pied, et ça fait mal au cœur car d'autres parents ont des voitures ils peuvent rester le temps qu'ils veulent auprès de leur enfant alors que ces parents doivent repartir tôt avant qu'il fasse noir par exemple. Ils ont plus de contraintes surtout au niveau du moyen de locomotion.

D'accord.

<u>Question 3</u> : Pouvez-vous me parler d'une situation dans laquelle vous avez dû prendre en charge un bébé pour lequel ses parents étaient en situation précaire ?

J'ai déjà pris un bébé en charge, un grand prématuré qui est né à Calais, les parents habitaient sur Boulogne-sur-Mer et ils avaient beaucoup de difficultés à se rendre à Calais car le papa travaillait toute la journée et la maman n'avait pas de moyen de locomotion, elle était dépendante de son conjoint pour venir voir son fils en néonatalogie, et de ce fait ils ont très peu vu leur bébé à Calais, et quand ils sont arrivés ici ils étaient très en demande de soin, ils nous ont dit qu'ils allaient venir plus souvent. C'est un bébé qui est resté longtemps dans le service, il était oxygéno dépendant, l'alimentation était difficile, il était hypotonique et les parents ont eu énormément de mal à s'investir dans les soins, ils venaient très peu, parfois ils appelaient en disant qu'ils allaient venir et finalement on les a vu très peu, la maman n'a jamais voulu faire de peau à peau, elle le prenait très peu dans les bras, parfois elle nous disait qu'elle avait hâte de le récupérer, et d'un autre côté elle disait qu'on s'occupait bien de lui et qu'il était très bien ici, donc je préfère le récupérer quand il sera vraiment autonome. C'était une maman qui avait peur de l'hôpital, de la néonatalogie et des machines je pense. Leur premier bébé est né à terme, il allait très bien et il est rentré à la maison quelques jours après l'accouchement et de ce fait elle a eu beaucoup de mal à s'investir auprès de son bébé qui avait des soucis de santé. Ses parents avaient des soucis financiers et au moment de la sortie il fallait acheter des biberons, une turbulette donc ils ont eu le temps de préparer le retour à la maison et la veille de la sortie, il n'y avait pas le matériel pour accueillir le bébé, de ce fait des aides financières ont été mises en place à la fin et ça a été tout de même compliqué. Ils ont ensuite récupéré leur bébé mais avec un suivi régulier au niveau de la PMI.

Et pouvez-vous me parler des liens d'attachement entre le bébé et ses parents ?

Ca a été compliqué, on sentait que la maman était détachée.

Qu'est-ce qui vous fait dire cela ?

Elle avait peur que son bébé soit placé du coup elle nous disait qu'elle pensait beaucoup à lui, qu'elle allait venir un maximum mais les actes ne suivaient pas forcément. Quand elle venait, elle avait le bébé dans les bras et elle était distraite, elle regardait dans le couloir. J'avais

l'impression qu'elle venait plus par peur que son bébé ne soit placé que pour son bébé lui-même.

Et le papa ?

Le papa était aussi détaché mais il arrive que les papas soient plus détachés, qui pensent davantage au travail, mais on a été plus marqué par rapport à la maman qui ne travaillait pas, qui était à la maison.

Et selon vous quelles étaient les spécificités de cette prise en charge ?

Il y avait un gros travail social avec l'assistante sociale, avec le réseau de PMI, avec la psychologue, on va se renseigner sur la famille, essayer de savoir leur histoire de vie, les aides qu'ils ont, leur travail.

Et quand ils étaient présents, comment les accompagniez-vous ?

Quand ils ne voulaient pas forcément prendre leur bébé, on les accompagnait en leur proposant de leur mettre dans les bras et de donner le biberon. On a aussi des horaires de biberons donc on leur dit de venir pendant ces horaires pour qu'ils soient là pour les soins. Et concernant cette famille, ils venaient toujours en dehors des horaires avec la peur de donner un biberon ou de donner un bain, elle avait peur qu'on la juge sur sa manière de donner le bain.

De ce fait, vous sentiez qu'il y avait moins d'amour pour cet enfant ?

Oui quand même.

Si je comprends bien, cela peut être lié à la précarité selon vous ?

Oui je pense que ça peut être lié. Enfin oui et non, car on a aussi des parents en situation précaires qui au contraire sont très demandeurs. On a eu une autre situation pour laquelle la maman n'avait pas de moyen de locomotion, elle ne pouvait venir qu'en bus, ses parents n'avaient pas de voiture et ne travaillaient pas, mais quand elle venait elle était très investie, elle faisait du peau à peau, elle allaitait son bébé, elle venait en chambre parents-enfant, c'était des jeunes parents.

Mais tout dépend de la situation, certains parents sont aussi en situation précaire et ils feraient tout pour leur bébé et il y a énormément d'amour aussi.

Et qu'en était-il de la relation avec les professionnels ?

Il y avait eu beaucoup de mensonges, des choses qui n'avaient jamais été dites ont été dites à la fin de l'hospitalisation, un peu de manipulation.

Et vous, quelle relation aviez-vous avec ce bébé ?

Les parents n'étaient pas souvent là donc on l'avait souvent dans les bras, on lui faisait des câlins dans la chambre quand il était oxygéno dépendant, et puis après on le prenait plus facilement dans les bras dans le service, pendant les transmissions par exemple. Après ce n'était pas un bébé qui pleurait beaucoup, donc il n'avait pas forcément besoin d'être beaucoup câliné et bercé. On a envie de lui donner les câlins que les parents ne peuvent pas donner à ce moment-là.

De ce fait, pensez-vous avoir été plus maternante avec lui qu'avec les autres enfants ?

Oui. On est plus maternante avec les enfants pour qui les parents sont moins présents. Certains parents sont présents toute la journée, et ce n'est pas nous qui les câlinons. Pour les autres bébés on effectue leur change, leur bain et on leur donne le biberon donc on est forcément plus maternante qu'avec un bébé pour qui les parents sont très présents.

D'accord. Et pouvez-vous me parler de votre juste distance avec ce bébé ?

Je me dis simplement que je ne suis pas la maman, je suis une nounou de substitution, je suis une des nounous de la néonatalogie, et je ne fais jamais de bisous aux bébés, les bisous sont réservés aux parents. On ne dit jamais « mon bébé ». Donc la juste distance elle est là.

D'accord. Et cela vous-a-t-il questionné sur votre posture professionnelle ?

Oui on se pose des questions parce qu'on se dit qu'à la base ce n'est pas à nous de faire tout ça, on est des professionnels, on est là pour certains soins, et ce sont les parents qui ont là pour ces moments de tendresse. Après on se remet en question quand on utilise des mots comme « mon loulou » qu'on ne devrait normalement pas dire, mais « ma petite chérie » ou « mon bébé » on ne le dit pas. Mais ça ne me remet pas non plus en question sur ma pratique professionnelle. Quand on a des bébés qui restent un mois ou deux ça fait toujours quelque chose de les voir partir mais après d'autres bébés arrivent, il y a d'autres attachements.

Mais votre « attachement » à l'enfant n'est pas forcément lié à la situation précaire des parents ?

Non, on est plus attaché à des enfants qui restent longtemps ou des enfants en attente d'une famille d'accueil. Mais tous les enfants dont la famille est en situation précaire ne vont pas tous en famille d'accueil, mais généralement il y a un contexte de situation précaire pour les enfants placés en famille d'accueil. Après ce qui est frustrant c'est qu'on n'a pas la suite des évènements, on ne sait pas ce qu'ils deviennent.

D'accord très bien. L'entretien touche à sa fin. Que voudriez-vous ajouter ?

Par rapport à la précarité j'aimerais juste ajouter que celle-ci engendre des troubles de l'attachement, et on est plus maternante avec des bébés dont les parents sont en situation de précarité parce qu'ils sont plus absents. Mais après d'autres parents aimeraient être là un maximum mais ne peuvent pas. Mais des situations qui vont jusqu'au placement du bébé, c'est toujours une situation précaire, il y a toujours un défaut financier.

D'accord, et bien je vous remercie.