



**HAL**  
open science

# Le syndrome de sevrage néonatal et le lien mère-enfant

Sabrina Lepaulmier

► **To cite this version:**

Sabrina Lepaulmier. Le syndrome de sevrage néonatal et le lien mère-enfant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02473470

**HAL Id: dumas-02473470**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02473470>**

Submitted on 10 Feb 2020

**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.

*Mémoire*

**Le syndrome de sevrage néonatal et  
le lien mère-enfant**

École de puéricultrices de l'Université Catholique de Lille

Institut de Formation en Santé (IFSANTE)

## SOMMAIRE

Introduction.....	1
I. Constat de départ.....	2
A) Situation.....	2
B) Questionnement.....	6
C) Enquête exploratoire et question de départ.....	7
II. Cadre de référence.....	9
A) Cadre contextuel.....	9
1) Le nouveau-né.....	9
2) Le nouveau-né en syndrome de sevrage.....	10
a. Le syndrome de sevrage et les soins de confort.....	10
b. L'aspect psychologique de la mère.....	13
3) La néonatalogie.....	14
4) La puéricultrice.....	16
a. La profession.....	16
b. Textes législatifs.....	17
5) La puéricultrice en néonatalogie.....	19
B) Cadre conceptuel.....	20
1) L'accompagnement.....	20
2) La relation d'aide.....	22
3) L'attachement.....	24
Question de recherche et hypothèses.....	28

III. Investigation.....	29
A) Choix de l'outil d'enquête.....	29
B) Choix de la population interrogée et du lieu d'enquête.....	30
C) Élaboration de la grille d'entretien.....	30
D) Modalités de réalisation des entretiens.....	31
IV. Résultats de l'enquête et analyse.....	31
A) Recueil des données.....	31
B) Analyse des données.....	32
1) L'attachement.....	32
2) Les soins de confort effectués à un nouveau-né en syndrome de sevrage.....	33
3) L'accompagnement de la mère par la puéricultrice.....	36
C) Résultats de l'analyse et hypothèses.....	39
Conclusion.....	41

Bibliographie

Annexes

## **Introduction**

La grossesse et la naissance d'un enfant représentent un bouleversement psychique et émotionnel dans la vie d'une femme. Cet événement marque le début d'une nouvelle vie et peut être plus ou moins bien vécu par celle-ci. L'arrivée de ce petit être peut être vécue comme un événement heureux et marquant dans la vie d'une femme. Lorsque l'enfant a été attendu, désiré et rêvé pendant neuf mois, la naissance est synonyme de bonheur. Cependant, l'arrivée du bébé peut s'avérer plus compliquée à gérer pour la mère souffrant d'addiction. Le contexte psychologique de cette mère peut représenter une difficulté supplémentaire dans la mise en place du lien d'attachement entre celle-ci et son bébé.

Ayant été confrontée à cette situation durant ma dernière année de formation infirmière, je me suis retrouvée en difficulté face à cette maman et son nouveau-né en syndrome de sevrage. Ne sachant pas rassurer cette mère et apaiser ce bébé en souffrance, j'ai souhaité grâce à ce travail de recherche, développer mes connaissances sur le sujet afin d'améliorer ma pratique professionnelle. Souhaitant travailler plus tard auprès du nouveau-né plus particulièrement, il me paraissait indispensable d'approfondir mes connaissances sur le syndrome de sevrage néonatal et les conduites addictives chez la femme enceinte. C'est pourquoi j'ai souhaité effectuer mon travail de recherche sur cette thématique et plus spécifiquement sur le lien d'attachement dans un contexte de syndrome de sevrage. J'ai pris un réel plaisir à me documenter sur le sujet et découvrir différents aspects autour de cette thématique tant au niveau psychologique, social que médical.

J'ai apprécié travailler sur ce sujet et confronter mes recherches à la réalité du terrain lors de l'investigation auprès de différentes puéricultrices. J'espère que cela se ressentira tout au long de mon travail.

## **I. Constat de départ :**

### **A) Situation**

Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai effectué mon stage du semestre 6 au sein d'un service de maternité de niveau III, dans un centre hospitalier de la région. Une maternité de niveau III signifie qu'il y a un service de réanimation néonatale au sein de l'hôpital. Cette maternité prend en charge des grossesses normales et pathologiques. Selon le livret d'accueil de la maternité : « *C'est une maternité de recours pour la prise en charge de pathologies maternelles, fœtales et néonatales.* » Elle est également labellisée IHAB qui signifie Initiative Hôpital Ami des Bébé. Le label IHAB : « *c'est la proximité parents enfant 24h/24, le respect des rythmes et des besoins de la mère et du bébé, l'accompagnement des parents dans le choix de l'alimentation de leur bébé* »<sup>1</sup>. Cette maternité comptabilise environ 5700 naissances par an. Un séjour en maternité dure en moyenne trois à cinq jours. Pour les mamans qui le souhaitent, il y a la possibilité de sortir de la maternité plus tôt, en fonction de l'état médical de l'enfant et de la maman, grâce au dispositif PRADO qui est un programme d'accompagnement de retour à domicile.

Ce service de suites de naissance est réparti sur deux étages, ce qui représente un service assez conséquent. En effet, chaque étage est composé d'environ trente huit lits. J'ai effectué mon stage au deuxième étage qui est composé de trente huit lits dont une chambre double. Concernant cet étage, le service s'organise de la façon suivante : sur le poste du matin travaillaient six aides soignantes/auxiliaires de puériculture (AS/ADP), trois sage-femmes dont deux qui travaillaient en douze heures, ainsi que deux puéricultrices. En ce qui concerne les AS/ADP, elles ont la double fonction : auxiliaire de puériculture et aide-soignante pour travailler au sein du service. En effet, elles effectuent les soins d'hygiène de l'enfant, mais également ceux de la maman comme les toilettes vulvaires lorsque celle-ci est en incapacité de les réaliser seule.

Le matin, une AS/ADP participe aux « transmissions bébés » avec les puéricultrices, une autre participe aux « transmissions mamans » avec les sage-femmes. Pendant ce temps, trois autres

---

<sup>1</sup> <http://maternite.chru-lille.fr/> (consulté le 25/06/2019)

AS/ADP préparent les chariots de soins et une autre s'occupe de l'hôtellerie. Elles se rejoignent ensuite toutes ensemble pour se répartir les secteurs. Chaque AS/ADP rejoint ensuite la puéricultrice de son secteur pour avoir les transmissions sur les bébés qu'elle prend en charge. Les AS/ADP et les puéricultrices commencent ensuite leurs soins. De part cette organisation, il n'y a pas de transmissions communes entre les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture et les sage-femmes.

Durant ce stage, j'ai pris en charge une famille aux contextes familial et social complexes. En effet, la maman âgée de vingt ans vivait en foyer mère-enfant et le papa d'une vingtaine d'années également, sortait d'une incarcération récente. Ils n'avaient pas d'emploi. Le père dormait sur place à la maternité mais était très souvent absent la journée. Les parents avaient peu de contact avec leurs familles respectives. Seule la grand-mère de la maman rendait visite au couple à la maternité de temps en temps. Ce jeune couple consommait régulièrement, à hauteur de plusieurs fois par semaine, des produits toxicologiques tels que l'héroïne et la cocaïne. Le papa consommait également du tabac. La maman avait un suivi médical dans un hôpital psychiatrique de la région afin de prendre en charge sa toxicomanie. Ce suivi médical était antérieur à la grossesse. Cette grossesse n'était pas désirée par le couple, et la maman ne s'est pas aperçue de suite qu'elle était enceinte. Elle a consommé jusqu'à cinq mois de grossesse de l'héroïne. Une fois la grossesse découverte, elle s'est faite accompagnée par l'hôpital psychiatrique où elle était suivie afin de prendre en charge sa toxicomanie. C'est à partir de ce moment qu'elle a pris un traitement de substitution, la Méthadone. Selon le Vidal<sup>2</sup> : « *Ce médicament contient une substance proche de la morphine. Chez le toxicomane à l'héroïne ou aux autres opiacés, il permet de supprimer les symptômes du manque qui surviennent lors de la privation de drogue, et qui sont en grande partie à l'origine de la dépendance.* » La grand-mère de la patiente n'était pas au courant qu'elle avait consommé de l'héroïne et qu'elle était maintenant sous Méthadone. La maman souhaitait laisser sa grand-mère à l'écart de cette situation.

Cette maman a accouché à 38 semaines d'aménorrhée (SA) sous césarienne pour anomalies du rythme cardiaque fœtale (ARCF) d'un petit garçon prénommé Julian. Cette maman était primipare et primigeste. Le nouveau-né avait un poids de naissance inférieur à

---

2 <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf590001-METHADONE-CHLORHYDRATE.html> (consulté le 10/11/2018)

3kg. Il s'est bien adapté à la vie extra-utérine et n'a pas nécessité de gestes de réanimation. De part son petit poids de naissance, Julian est resté quelques jours sous berceau chauffant et a eu une surveillance glycémique les 24 premières heures de vie. Son faible poids de naissance était une indication inscrite dans le protocole du service au sujet des nouveau-nés à risque d'hypoglycémie. D'où cette surveillance durant 24 heures.

La maman a souhaité faire dans un premier temps, un allaitement maternel. Il n'y a pas d'éléments expliquant ce choix. Cependant elle a changé d'avis dans les premiers jours car cela lui demandait beaucoup d'investissement, et elle ne se sentait pas capable de continuer. Elle est donc passée à un allaitement artificiel. Elle aimait bien pratiquer le peau à peau avec son enfant, et prenait plaisir à le porter dans ses bras pour se balader dans les couloirs de la maternité. Lors des séances de peau à peau, la maman paraissait plus apaisée et détendue, elle était souriante et plus accessible pour communiquer avec elle.

Un matin, j'ai pris en charge la maman avec la sage-femme du service aux alentours de 9h pour la prise des constantes et l'administration des thérapeutiques. La sage-femme m'indique que l'enfant a un syndrome de sevrage traité par du sirop de Morphine lié à la prise de substances toxicologiques de la mère durant la grossesse. De ce fait, la puéricultrice en charge de l'enfant administrait de la Morphine plusieurs fois par jour au nouveau-né. La maman quant à elle était toujours traitée par Méthadone. Cette maman était hospitalisée en chambre individuelle avec son enfant.

Lors de l'administration des traitements de la maman, l'enfant était très agité et se mit à pleurer. Il était hypertonique et ses pleurs ne ressemblaient pas à des pleurs habituels d'un nouveau-né. En effet, ils étaient aigus, stridents et longs. De plus, le teint de l'enfant était plutôt grisâtre. Le nouveau-né était inconsolable. Il transpirait beaucoup, les draps de son berceau étaient mouillés. Tous ces signes étaient le témoin d'un syndrome de sevrage.

La maman avait beaucoup de mal à l'apaiser. Elle prenait l'enfant dans ses bras et le berçait de façon rapide et très active. Elle répétait à plusieurs reprises : « *Chut Julian, chut calmes-toi !* ». La maman montrait des signes d'impatience et d'agacement envers le nouveau-né qui ne parvenait pas à s'apaiser. En effet, elle soupirait à plusieurs reprises et devenait irritable envers la sage-femme et moi-même. Elle demanda à la sage-femme d'un ton agacé : « *Il devait avoir sa Morphine à 8h ce matin, il est déjà 9h ! La puéricultrice arrive quand ?* ». La



sage-femme lui expliqua que sa collègue devait avoir un contre-temps pour décaler l'administration de Morphine de Julian, mais qu'elle allait bientôt arriver.

Nous étions toutes les deux déroutées par la situation. L'ambiance dans la chambre était stressante pour tout le monde, autant pour l'enfant, la maman que pour nous soignantes. En effet, le nouveau-né était inconsolable et la maman était inquiète pour son bébé. Quant à nous, la situation altérait la relation soignant-soigné avec la maman, nous n'arrivions pas à communiquer efficacement avec celle-ci. En effet, nous avons essayé de poser des questions à la maman concernant la prise en charge de la douleur, la reprise du transit intestinal entre autres, mais elle était focalisée sur l'état de son enfant. Elle était tellement préoccupée par son bébé qui manifestait des signes de sevrage, qu'elle répondait à peine à nos questions. Son inquiétude concernant l'état de son bébé semblait s'accroître au fil de nos échanges. Au plus nous nous intéressions à l'état de la maman, au plus celle-ci semblait s'impatienter. Face à cette situation, la sage-femme posa des questions au sujet de l'enfant. Elle a cherché à savoir de quand remontait son dernier biberon et s'il avait été changé récemment. Elle proposa ensuite à madame de pratiquer du peau à peau avec son bébé pour l'apaiser. La maman répondit qu'elle allait s'installer en peau à peau après notre départ. Après avoir terminé nos soins à la maman, nous quittions la chambre. La sage-femme appela par téléphone sa collègue puéricultrice afin de lui exposer la situation. Après l'appel téléphonique passé, nous n'avons pas échangé sur cette situation avec la sage-femme.

Le séjour en maternité de cette famille a été particulièrement long, il a duré environ vingt cinq jours. Ce qui est étonnant en sachant que la sécurité sociale prend en charge les frais médicaux jusqu'à douze jours après l'accouchement.<sup>3</sup> Une telle durée de séjour relève plus d'une durée de séjour en néonatalogie, or je n'ai pas plus d'informations sur ce choix de la part de l'équipe. Cette durée de séjour est notamment due à la prise en charge du syndrome de sevrage de Julian, mais également à la prise en charge sociale de cette famille, pour le retour à domicile. Concernant le matériel et les équipements pour le bébé, les parents avaient prévu différents vêtements et un cosy pour le transporter. Durant son séjour en maternité, la maman a été hospitalisée de manière continue avec son bébé durant ces vingt cinq jours. De plus, la

---

3 « À partir du 1er jour du 6e mois de grossesse jusqu'au 12e jour après la date de l'accouchement, la totalité des frais médicaux remboursables (consultations, médicaments, frais d'analyse, d'appareillage, d'hospitalisation, etc.), qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse, sont également pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité. » <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-maternite/situation-patient-maternite> (consulté le 05/12/2018)

question d'un placement de l'enfant en famille d'accueil a été discutée en équipe au cours du séjour. Les avis des professionnels de santé étaient partagés. En effet, pour certains il paraissait difficile de garantir le bon suivi de l'enfant par les parents à la sortie de maternité. Pour d'autres, il était préférable de laisser l'enfant auprès de sa mère, au vu des efforts qu'elle avait fait pour construire ce lien mère-enfant tout au long du séjour en maternité. La maman avait été informée de la possibilité d'un placement en famille d'accueil. Mon stage ayant pris fin avant la sortie de cette famille, je n'ai pas d'informations supplémentaires sur cette question de placement.

### B) Questionnement :

Cette situation suscite beaucoup d'interrogations, que ce soit autour du nouveau-né, de la mère, du père ou de la puéricultrice.

Concernant les questions que je me pose au sujet de l'enfant, les voici :

- Est ce que l'état du nouveau-né pourrait avoir un retentissement sur la relation entre le bébé et la maman ?
- Est ce que l'état du nouveau-né pourrait avoir un retentissement sur la relation entre la puéricultrice, la maman et le bébé ?
- Quel suivi existe-t-il pour ces enfants à la sortie de maternité ? Y-a-t-il un relais effectué avec des structures ou des professionnels extra-hospitaliers ?
- Est ce que les soins apportés par la puéricultrice à l'enfant peuvent être assurés dans un contexte de syndrome de sevrage chez le nouveau-né ?

D'autres questions sont en lien avec la mère et le père :

- Est ce que le fait que la maman soit inquiète, nerveuse pourrait avoir une influence sur le comportement du bébé en syndrome de sevrage ?
- Est ce que les absences répétées du père dans cette situation peuvent avoir des répercussions sur l'enfant et sa maman ?

Enfin, des questions en rapport avec le rôle de la puéricultrice émergent de la situation :

- Comment pouvons nous en tant que puéricultrice, optimiser les soins en prenant en compte l'inquiétude de la mère par rapport à l'état de l'enfant ?
- Comment pouvons nous en tant que puéricultrice, optimiser les soins en prenant en compte l'état de l'enfant ?
- Est ce que l'organisation du service, les transmissions entre les différents professionnels pourraient avoir une influence sur la prise en charge globale de la mère et du nouveau-né ?
- Quelle posture professionnelle doit adopter la puéricultrice dans un contexte de syndrome de sevrage ?

### C) Enquête exploratoire et question de départ

Afin de déterminer l'orientation de mon travail de recherche, j'ai effectué une enquête exploratoire auprès d'une puéricultrice d'un service de néonatalogie. L'entretien a duré vingt minutes, au cours duquel j'ai posé quatre questions ouvertes et assez larges, afin de recueillir le plus d'éléments possibles autour de la thématique du syndrome de sevrage. Avec l'accord de la professionnelle, j'ai enregistré via un dictaphone notre échange. Vers la fin de l'entretien, une autre puéricultrice est entrée dans la pièce. Entre collègues, elles ont comparé les pratiques d'autrefois, celles de leur début de carrières au sujet des syndromes de sevrage néonataux. Les données de l'enquête sont consultables en annexe n°1.

A la question n°1, je me suis aperçue qu'en ayant posé les deux questions à la suite, la puéricultrice est restée très axée sur les moyens mis en œuvre pour prendre en charge le syndrome de sevrage. Il aurait été judicieux de séparer ces deux questions afin d'obtenir plus d'éléments sur la prise en charge globale du nouveau-né.

Néanmoins, on peut s'apercevoir que différents moyens sont mis en œuvre dans le service de néonatalogie pour prendre en charge un nouveau-né en syndrome de sevrage. On remarque également le décalage que les professionnels retrouvent entre l'état de l'enfant et celui de la maman. En effet, il est nécessaire de manipuler l'enfant de façon douce et délicate, alors que souvent, les mamans sont de nature « *très speed* » comme l'explique la puéricultrice et parfois hypertoniques. De plus, les enfants en syndrome de sevrage nécessitent beaucoup d'attention

et la présence de leurs mamans, tandis que celles-ci ne restent que très rarement dans le service. Comme l'explique la puéricultrice, chaque cas est différent, aucune prise en charge ne se ressemble. En effet, certaines mamans s'investissent fortement auprès de leur enfant et se culpabilisent beaucoup, et d'autres n'arrivent pas à arrêter leur consommation de drogue et ne culpabilisent pas.

A la question n°2, je me suis aperçue qu'il y avait plus de difficultés que de ressources qui ressortaient des réponses de la professionnelle. Les difficultés dans la création du lien mère-enfant sont liées à la situation dans laquelle se trouvent la maman et l'enfant. Cela dépend de la consommation de la maman, de la durée, du produit toxicologique, de son passé et de son histoire. Au sujet de l'enfant, le syndrome de manque le rend difficilement consolable.

A cette question, je me suis rendu compte que les réponses de la puéricultrice étaient plus centrées sur les difficultés émotionnelles de la maman et son rapport à la drogue, plutôt que sur le nouveau-né.

En revanche la puéricultrice évoque quelques ressources telles que la prévention effectuée en amont et le suivi psychiatrique proposé. De plus, elle évoque le fait que les mamans de nos jours parlent plus facilement et librement de leur toxicomanie, ce qui permet à l'équipe d'anticiper les syndromes de sevrage chez le nouveau-né.

A la question n°3, j'ai remarqué que les réponses obtenues étaient quasiment similaires à celles de la question n°1. En effet, les réponses sont très centrées sur les moyens mis en place pour prendre en charge le syndrome de sevrage du nouveau-né. Cependant, je n'ai pas réellement d'information sur la notion d'accompagnement du lien mère-enfant. Cette notion mériterait d'être approfondie.

Enfin les réponses obtenues à la question n°4 m'ont aidé à voir plus clair sur la posture professionnelle que devait adopter la puéricultrice dans un contexte de syndrome de sevrage. Voici ce qui ressort des réponses : le non-jugement, l'adaptation à la maman, et l'investir le plus possible auprès de son bébé.

Suite à l'exploitation de cet entretien, je m'aperçois que l'une des grandes difficultés pour l'équipe est de réussir à avoir la maman sur place dans le service auprès de son bébé. Dès lors

qu'un nouveau-né est hospitalisé en néonatalogie, la présence des parents est très importante et bénéfique pour l'enfant. Elle est d'autant plus bénéfique pour un nouveau-né avec un syndrome de sevrage qui requiert énormément d'attention et de contact pour l'aider à passer cette étape. Elle évoque aussi la possibilité pour les puéricultrices de se ressourcer à tour de rôle lorsqu'elles prennent en charge un nouveau-né en syndrome de manque.

L'accompagnement dans le lien mère-enfant est une notion qui me tient à cœur d'approfondir. Or, n'ayant que très peu d'éléments à ce sujet suite à l'enquête exploratoire, j'en viens à me poser cette question : « **En quoi la puéricultrice peut-elle accompagner le lien mère-enfant dans un contexte de syndrome de sevrage néonatal, au sein d'un service de néonatalogie ?** »

## **II. Cadre de référence**

### A) Cadre contextuel

#### 1) Le nouveau-né

L'enfant est considéré comme nouveau-né à partir du jour de sa naissance jusqu'à son 28ème jour de vie. C'est ce qu'on appelle la période néonatale.

Le nouveau-né possède différentes compétences sensorimotrices :

- Le toucher : il est capable de ressentir la douleur, le chaud et le froid.
- L'olfaction : in-utéro il est capable de reconnaître les odeurs du liquide amniotique. A la naissance, il trouve le sein de sa mère grâce à l'odeur.
- Le goût : déjà in-utéro, il est capable de reconnaître le goût du liquide amniotique. A la naissance, il différencie les différentes saveurs : sucré, amer, acide, salé, mais a une préférence pour le goût sucré.
- L'audition : in-utéro, son oreille commence à être fonctionnelle à partir de 25 semaines d'aménorrhée. In-utéro il perçoit déjà les sons mais de façon atténuée. A la naissance, le nouveau-né réagit aux bruits qui l'entourent et reconnaît la voix de sa mère.
- La vision : il perçoit les objets placés à environ dix centimètres de son visage et a une préférence pour les contrastes.

- La motricité : il possède différents réflexes dits archaïques, il a une hypertonie des muscles fléchisseurs.

Les différentes compétences sensorimotrices détaillées ci-dessus concernent un nouveau-né n'ayant pas de problème de santé particulier. Cependant, nous verrons que dans le cas d'un syndrome de sevrage, les compétences du nouveau-né peuvent être perturbées.

## 2) Le nouveau-né en syndrome de sevrage

### a. Le syndrome de sevrage et les soins de confort

Nous définirons dans cette partie le syndrome de sevrage ainsi que les signes cliniques chez le nouveau-né. Nous aborderons également les soins de confort à réaliser auprès de cet enfant. Dans un second temps, nous verrons l'aspect psychologique d'une mère souffrant d'addiction, et nous ferons le lien avec le nouveau-né et les soins qu'il nécessite.

Tout d'abord, le syndrome de sevrage néonatal (SSN) résulte de la consommation de substances psychotropes au cours de la grossesse par la femme enceinte. « *Une étude de l'Académie américaine de pédiatrie publiée en 1998 révèle que 55 à 94% des nouveau-nés exposés aux opiacés in utero souffrent du syndrome de sevrage néonatal.* »<sup>4</sup>

Chez le bébé, il se caractérise par différents signes tels que : l'irritabilité, l'hyper-tonicité, les tremblements, la tachypnée, les vomissements, la diarrhée, les troubles de l'alimentation, la déshydratation, la tachycardie, la transpiration, l'instabilité thermique, l'éternuement. Dans 2 à 11% des cas, des convulsions peuvent apparaître.

Le délai d'apparition du SSN à l'héroïne dépend de la dose consommée par la maman, l'ancienneté de l'usage et la dernière prise. Il apparaît en général entre 24 et 48h après l'accouchement ou dans la première semaine de vie. En effet, il peut être retardé si la consommation d'héroïne est associée à celle des benzodiazépines (classe particulière d'anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques).

---

4 BEN AMAR Mohamed, *La toxicomanie*

Étant donné les signes cliniques que peut manifester le nouveau-né en syndrome de sevrage, il requiert une surveillance rapprochée de la part de la puéricultrice. En effet, il est nécessaire de lui prodiguer des soins de confort et parfois de lui administrer un traitement thérapeutique tel que du sirop de morphine. En lien avec ma problématique, j'ai fait le choix de me centrer plus particulièrement sur les soins de confort relevant du rôle propre de la puéricultrice, plutôt que sur les traitements thérapeutiques relevant dans ce cas du rôle sur prescription. Néanmoins, avant d'aborder les soins de confort, il me paraît judicieux de préciser que l'administration de sirop de morphine est évaluée en fonction d'un score appelé score de Finnegan. Ce score permet d'évaluer l'intensité du syndrome de sevrage et la nécessité ou non d'administrer un traitement thérapeutique. Plusieurs fois par jour la puéricultrice évalue l'état clinique de l'enfant en fonction de ce score, et en collaboration avec le médecin, elle discute du traitement thérapeutique mis en place et de son évolution.

De part son rôle propre la puéricultrice est amenée à réaliser des soins de confort auprès de ce bébé. En première intention, on essaiera de diminuer et faire disparaître progressivement le syndrome de sevrage du nouveau-né par la réalisation de soins de confort. C'est en cas d'échec, dans un deuxième temps, que l'on envisagera la mise en place d'un traitement médicamenteux.

*« Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère toxicomane nécessite toujours, quelle que soit sa gravité, d'être accompagné de soins de confort. Il s'agit de soins non pharmacologiques diminuant l'intensité du syndrome de manque et pouvant être effectués par la maman. [...] Ils permettent d'instaurer de façon précoce une relation parent-enfant en favorisant le toucher, le peau à peau, la parole et d'aider la maman à observer son bébé, à valoriser ses compétences de mère. Ces soins de confort sont très nombreux, mais il est nécessaire en premier lieu de diminuer au maximum tous les stimuli extérieurs pouvant solliciter ce bébé hyperexcitable :*

- diminuer le bruit*
- diminuer la luminosité*
- éviter les réveils intempestifs*
- organiser les visites de la maman »<sup>5</sup>*

<sup>5</sup> <https://www-em--premium-com-s.bibliopam.univ-catholille.fr/showarticlefile/85937/index.pdf> (consulté le 05/04/2019)

Nous faisons ici référence aux compétences sensorimotrices détaillées précédemment.

En effet, les stimuli visuels et auditifs perturbent le nouveau-né, d'où le fait de limiter les lumières vives et le bruit autour de lui. Dans un service de néonatalogie, le bruit est particulièrement présent par le biais des alarmes des scopes cardio-respiratoire ou des seringues auto-pulsées par exemple.

*« Le portage physique permet de sécuriser l'enfant. Les tout-petits vivent des angoisses archaïques de morcellement, de liquéfaction, de perte de limites de son corps. Ces angoisses sont particulièrement intenses chez les bébés de mamans toxicomanes. [...] Dans son lit, l'enfant peut être installé dans un cocon. L'emballotement le rassure, il lui permet de percevoir les limites de son corps. »<sup>6</sup>*

L'emballotement et la réalisation du cocon sont des soins de confort réalisés par la puéricultrice pour un nouveau-né en syndrome de sevrage. Il permet au tout-petit de se sentir en sécurité et d'éviter les mouvements désorganisés qui sont source d'angoisse chez ce bébé.

De plus, il est important de favoriser la succion chez le tout-petit, en effet *« la sucette constitue un bon moyen d'apaiser le stress et la douleur du bébé. Le nouveau-né a besoin de téter, cela lui apporte de la détente et du plaisir grâce à l'endorphine sécrétée lors de la succion. »<sup>7</sup>*

En plus du portage, de l'emballotement, et de la succion, *« le peau à peau avec sa mère est un contact sécurisant pour l'enfant, il permet de tempérer et d'adoucir la séparation avec la mère, d'améliorer le bien-être de l'enfant, d'augmenter le temps de sommeil afin de procurer un sommeil de bonne qualité. »<sup>8</sup>* Lorsque la maman le souhaite, il est préférable de privilégier au maximum le peau à peau. En effet, le peau à peau joue un rôle dans le lien d'attachement, en plus des bienfaits sur le bébé cités ci-dessus. *« L'analyse des études faites par Anderson et Moore en 2007 montre que le peau à peau favorise les comportements d'affection, de lien et d'attachement de la mère. Mais les soins habituellement prodigués à l'enfant à la naissance diminuent les interactions précoces mère-enfant. »<sup>9</sup>* Cela est d'autant plus vrai lorsque le

---

6 <https://www-em--premium-com-s.bibliopam.univ-catholille.fr/showarticlefile/85937/index.pdf> (consulté le 05/04/2019)

7 Ibid

8 Ibid

9 <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-2-page-59.htm#pa2> (consulté le 16/04/2019)



nouveau-né est en néonatalogie et nécessite des soins rapprochés de la part des soignants, ce qui peut avoir un retentissement sur les interactions mère-enfant. Le contexte de soins dans lequel se trouve le bébé représente un facteur à prendre en compte dans la création du lien d'attachement mère-enfant.

#### b. L'aspect psychologique de la mère

La mise en œuvre de ces soins de confort tels que le portage ou le peau à peau ne sont pas toujours faciles à réaliser pour la mère souffrant de toxicomanie. En effet, un grand nombre de grossesses chez les femmes toxicomanes ne sont ni attendues ni désirées. « *Les symptômes de la grossesse, en particulier les nausées, sont souvent, à tort, confondus par la femme avec l'état de manque, entraînant une augmentation ou une reprise du produit. La prise de conscience tardive de la grossesse est donc courante chez ces femmes et lorsqu'elle amène une demande d'interruption volontaire, celle-ci ne pourra être satisfaite, du fait du dépassement du délai légal.* »<sup>10</sup> Cela est d'autant plus vrai chez les femmes consommant de l'héroïne : « *Il apparaît que chez les femmes toxicomanes, surtout héroïnomanes, l'aménorrhée est fréquente. De ce fait, la grossesse est généralement reconnue tardivement, souvent après le quatrième mois* »<sup>11</sup> On peut faire le rapprochement avec la situation expliquée dans le constat de départ. En effet, la mère a découvert sa grossesse à cinq mois de grossesse et a donc consommé de l'héroïne durant ses premiers mois de grossesse.

La grossesse est une période de remaniements psychiques chez la mère lui permettant de se préparer à l'arrivée de son bébé. Lorsque la grossesse est découverte sur le tard et qu'elle n'est pas désirée, le lien mère-enfant peut mettre plus de temps à se créer. « *En effet, le temps d'élaboration autour de la grossesse est a priori plus court et peut nuire à la mise en place de l'enfant imaginaire et des premières relations avec l'enfant réel.* »<sup>12</sup>

L'annonce de cette grossesse peut donc représenter chez la femme toxicomane, un bouleversement psychologique supplémentaire. En effet, « *les caractéristiques de la personne toxicomane mettent en relief son attitude générale, les complications somatiques et les*

---

10 <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2007-3-page-305.htm> (consulté le 16/04/2019)

11 <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/matern.pdf> (consulté le 16/04/2019)

12 Ibid

*troubles cognitifs, psychologiques et affectifs.* »<sup>13</sup> En ce qui concerne les troubles cognitifs, psychologiques et affectifs « *Ces manifestations peuvent inclure : troubles de mémoire, d'attention, de concentration et de jugement ; [...] passivité et pauvreté des échanges relationnels ; anxiété ; instabilité ; [...] ; impulsivité ; [...] sautes d'humeur.* »<sup>14</sup>

On constate que les difficultés psychologiques et affectives de la personne toxicomane, dans notre situation : la mère, peuvent avoir une influence dans la création du lien d'attachement avec son enfant. En effet, je détaillerai dans la partie conceptuelle, le concept d'attachement et la fonction maternelle en faisant le parallèle avec les caractéristiques d'une personne toxicomane.

Dans cette partie, nous avons fait le lien entre les soins de confort que requiert le nouveau-né en syndrome de sevrage et le contexte de toxicomanie de la mère, les difficultés éventuelles de celle-ci à les mettre en œuvre auprès de son bébé. En effet, « *l'accueil des mères toxicomanes dans les unités de néonatalogie doit tenir compte de la difficulté de l'établissement du lien d'attachement dans une problématique toxicomaniaque. L'apprentissage des soins à l'enfant est une dimension essentielle pour envisager un avenir commun pour la mère et son enfant.* »<sup>15</sup> Le contexte de toxicomanie et toutes les difficultés dans l'établissement du lien d'attachement qui en découlent sont à prendre en compte par la puéricultrice. Nous verrons dans la suite de mon travail comment accompagner la mère dans cette étape de sa vie.

A présent, toujours dans le cadre contextuel, nous aborderons la néonatalogie, le service dans lequel une grande majorité des nouveau-nés en syndrome de sevrage sont pris en charge.

### 3) La néonatalogie

Comme nous avons pu le constater dans la première partie de mon travail, la situation rencontrée avait lieu dans un service de maternité de niveau III. Cela sous-entend donc que différents niveaux de maternité existent, et je vais les détailler ci-dessous.

---

13 BEN AMAR Mohamed, *La toxicomanie*

14 Ibid

15 <https://www-em--premium-com-s.bibliopam.univ-catholille.fr/showarticlefile/85937/index.pdf> (consulté le 08/05/2019)

Il existe trois niveaux de maternité :

- le niveau I
- le niveau II qui est décliné en IIA et IIB
- le niveau III

Selon la Haute Autorité de Santé :

*« Les maternités de type I : Elles disposent d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes-réanimateurs. Elles assurent la prise en charge permanente : de la grossesse avec le dépistage des facteurs de risque ; de l'accouchement et des actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance ; du suivi des nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement.*

*Les maternités de type II : Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I. Elles disposent également d'une unité de néonatalogie qui peut accueillir des enfants nés dans l'établissement ou dans un autre établissement, et où sont assurés la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. Elles peuvent, dans des conditions précises, disposer d'un secteur de « soins intensifs néonataux » leur permettant notamment d'assurer, si nécessaire, une ventilation artificielle pendant quelques heures. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement.*

- Les maternités de type II A assurent des soins de néonatalogie.
- Les maternités de type II B assurent des soins néonataux et intensifs.

*Les maternités de type III : Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I et les maternités de type II. Elles disposent d'une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs et d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement. »<sup>16</sup>*

---

16 [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses\\_a\\_risque\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf) (consulté le 02/01/2019)

Les syndromes de sevrage chez les nouveau-nés peuvent parfois s'avérer sévères et difficiles à prendre en charge. Étant donné la possibilité d'administrer un traitement morphinique qui est un stupéfiant, et le contexte de toxicomanie de la maman, le nouveau-né nécessite une surveillance rapprochée de la part de la puéricultrice. C'est pourquoi j'ai fait le choix d'axer mon travail sur le service de néonatalogie car la prise en charge de l'enfant relève plutôt d'une maternité de niveau II ou III. Il peut être transféré vers l'une de ces maternités si la maman a accouché dans une maternité de niveau I. Dans le cas d'un transfert vers une autre maternité, il y a un risque de perturbation du lien mère-enfant. En effet, le changement de service et l'impossibilité pour la maman de dormir sur place, parfois augmente la difficulté dans la création du lien d'attachement. C'est un facteur à prendre en compte, en plus des difficultés émotionnelles évoquées précédemment en lien avec la découverte tardive de la grossesse.

A présent nous aborderons le métier de puéricultrice de façon générale ainsi que la législation. Puis nous aborderons son rôle et ses compétences au sein d'un service de néonatalogie.

#### 4) La puéricultrice

##### a. La profession

La puéricultrice est une infirmière ou une sage-femme spécialisée dans les soins apportés aux bébés et aux enfants. Le métier de puéricultrice est une spécialisation accessible par le biais d'un concours.

La profession de puéricultrice a été créée en 1947. *« Il s'agit de prendre soin des enfants pour maintenir, restaurer et promouvoir la santé, le développement, l'éveil, l'autonomie et la socialisation. [...] L'infirmière puéricultrice est une infirmière spécialisée, qui a développé des compétences d'expertise clinique spécifiques à la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence, et à la santé de la famille. Les activités de l'infirmière puéricultrice, soins de confort, mise en œuvre de thérapeutiques, dépistage, prévention et éducation, sont adaptées à l'âge, au développement moteur, psychoaffectif et cognitif, et à l'autonomie de l'enfant. Dans l'intérêt supérieur de l'enfant, l'infirmière puéricultrice agit en concertation avec celui-ci, ses*

*parents et son entourage. »*<sup>17</sup>

Spécialisée dans le domaine de l'enfant, la puéricultrice peut exercer dans différents secteurs d'activité. En milieu hospitalier, elle peut travailler au sein d'un service de pédiatrie générale ou spécialisée, en maternité ou encore en néonatalogie. Dans le milieu extra-hospitalier, elle peut exercer au sein d'une crèche en tant que directrice, ou au sein d'un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Les missions et les compétences de la puéricultrice sont diverses et variées en fonction de son lieu d'activité.

*« L'infirmière puéricultrice développe des compétences spécifiques qui lui permettent d'analyser les demandes de la population, d'évaluer les situations à risque et de prendre en compte les situations complexes et singulières que sont celles des nouveau-nés, des enfants et des adolescents du fait de l'évolution constante de leur développement. »*<sup>18</sup>

#### b. Textes législatifs

*« La réglementation infirmière s'applique à l'ensemble du corps professionnel infirmier, infirmiers en soins généraux et spécialités infirmières. »*<sup>19</sup> De ce fait, les articles de lois de la puéricultrice sont les mêmes que ceux de l'infirmière.

Selon l'article R4311-1 du Code de la Santé Publique : *« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment au secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »*<sup>20</sup>

---

17 COLSON, Sébastien. *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence.*  
p.4

18 Ibid p.4

19 Ibid p.20

20 *Formations des professions de santé, profession infirmier.* p.180

D'après l'article R4311-4 : « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. »<sup>21</sup>

Certains actes selon l'article R4311-13 sont à réaliser en priorité par une infirmière puéricultrice ou préparant le diplôme : « Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de 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. »<sup>22</sup>

Dans n'importe quel secteur d'activité, l'infirmière puéricultrice est soumise au secret professionnel. Elle peut être amenée également à travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle d'autres professionnels paramédicaux interviennent. Elle sera souvent amenée à travailler et collaborer avec des auxiliaires de puériculture. L'infirmière puéricultrice a en effet sous sa responsabilité le travail de l'auxiliaire de puériculture (Art.R4311-4). La profession de puéricultrice est donc soumise à de nombreuses responsabilités et obligations, autant vers certains professionnels paramédicaux que vers l'enfant et sa famille.

Les secteurs d'activité de la puéricultrice pouvant être très diversifiés, nous aborderons le rôle de celle-ci dans un service de néonatalogie.

---

21 Formations des professions de santé, profession infirmier. p.181

22 Ibid. p.185

## 5) La puéricultrice en néonatalogie

*« Le service de néonatalogie est un des services les plus techniques de tous les services hospitaliers dans lesquels interviennent les puéricultrices. [...] Ses enjeux sont directement liés à la mise en œuvre de son action spécifique : humaniser la prise en charge du nouveau-né. »<sup>23</sup>*

Le service de néonatalogie reçoit des nouveau-nés prématurés ou ayant des problèmes de santé suffisamment graves pour qu'ils nécessitent une surveillance spécifique de la part de la puéricultrice. Humaniser la prise en charge du nouveau-né c'est prendre en compte l'aspect technique mais également la prise en charge globale du nouveau-né. Pour cela, la puéricultrice développe des compétences spécifiques dans la prise en charge de ces nouveau-nés.

*« Elle développe au travers de chaque soin une action de prévention et d'éducation spécialisée qui concourt au devenir de l'enfant, en y associant systématiquement par divers moyens les parents. La puéricultrice qui sollicite, encourage les parents à participer aux soins, les aide à trouver une place juste. [...] Ainsi elle tendra à éviter les ruptures, dont la plus sévère, la plus grave pour l'enfant: est la rupture affective. »<sup>24</sup>*

Dans n'importe quel service la puéricultrice encourage les parents à participer aux soins de leur enfant et ce d'autant plus dans un service de néonatalogie. En effet, le service de néonatalogie peut être une source d'inquiétude pour les parents. La mise en place de leur bébé en incubateur par exemple, peut pour certains parents, être un obstacle dans la réalisation des soins auprès de leur enfant. C'est là que le rôle de la puéricultrice a toute son importance. Permettre aux parents de trouver leur place auprès de leur enfant afin de maintenir le lien d'attachement est l'un des rôles de la puéricultrice en néonatalogie. Pour cela, la puéricultrice a un rôle d'accompagnement important auprès des parents. Le concept d'accompagnement sera évoqué plus en détails dans la suite de mon travail.

---

23 COLSON, Sébastien. *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence.*

24 <https://static1.squarespace.com/static/5a9d173475f9eef8f485ccf8/t/5c790c3f652deaaa562e26f3/1551436868233/I-Histoire+des+infirmi%C3%A8res+pu%C3%A9ricultrices+en+P%C3%A9diatrie%2C+devant+l%27%C3%A9volution+et+les+probl%C3%A8mes+de+la+profession.pdf> (consulté le 18/04/2019)

*« Deuxième tâche très spéciale: l'exécution des prescriptions du médecin. La Puéricultrice, à l'occasion de ses visites, doit faire la démonstration de ces prescriptions, que ce soit des soins d'hygiène générale ou des soins contre la maladie, elle exécute les soins devant la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant. »<sup>25</sup>*

Les soins techniques font partie du quotidien des puéricultrices travaillant dans ce service. Comme cela est dit ci-dessus, la puéricultrice exécute les prescriptions médicales. Certains bébés nécessitent parfois des soins très lourds et parfois angoissants pour les parents.

Il est donc important que la puéricultrice puisse accompagner les parents dans la réalisation des soins de leur bébé malgré les différents appareillages que peut avoir l'enfant. Il faut allier la technique et le relationnel pour prendre en charge le nouveau-né et ses parents.

Les compétences techniques et relationnelles sont selon moi deux grandes compétences indissociables l'une de l'autre pour pouvoir travailler au sein d'un service de néonatalogie. En effet, travailler auprès d'enfants parfois lourdement techniqués requiert des capacités et une aisance dans les soins techniques à apporter. De plus, en lien avec les différents appareillages reliés à l'enfant, la relation parents-enfant peut être perturbée. Certaines situations sont parfois difficiles à vivre pour les parents qui peuvent se sentir démunis face à leur enfant. Pour cela, la puéricultrice doit mobiliser des compétences relationnelles pour soutenir les parents, les encourager, les valoriser et les écouter.

## B) Cadre conceptuel

### 1) L'accompagnement

*« Accompagner, selon le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, c'est : « Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guider, mener. » »<sup>26</sup>*

L'ouvrage *Les Concepts en Sciences Infirmières* met en évidence différents attributs autour de ce concept : *« La personne qui accompagne est dans une posture éthique et réflexive, elle respecte le parcours et les idées de l'autre. Elle favorise l'interaction et s'adapte à l'évolution*

---

<sup>25</sup> Ibid

<sup>26</sup> <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-42.htm>  
(consulté le 28/03/2019)



*de la situation. A l'écoute, disponible, elle garde une juste distance et s'intéresse en priorité aux aspects positifs de la personne accompagnée ; elle s'appuie sur ses ressources et ses compétences. Dans cette relation singulière, elle valorise l'autre et préserve son autonomie. »<sup>27</sup>*

Accompagner, c'est avancer au rythme de la mère et de son enfant dans la création du lien d'attachement. Dans un contexte de syndrome de sevrage néonatal, la bienveillance et le non jugement sont primordiaux de la part de la professionnelle pour créer et maintenir une relation de confiance avec la mère. Afin d'instaurer cette relation, la mère doit pouvoir se sentir écoutée et soutenue de la part de la puéricultrice. Comme expliqué ci-dessus, la professionnelle doit tenir compte des ressources et des compétences de la personne accompagnée. La capacité d'adaptation est donc nécessaire de la part de la puéricultrice dans ces situations pour aider la mère et son nouveau-né à traverser cette épreuve.

Pour M. Cifali et A. André : *« Accompagner serait aller avec, ... Partir de l'autre et pas de soi... Aller avec évoque un professionnel qui se déporte vers le chemin de l'autre. Il est là, présent, permettant qu'un autre traverse l'épreuve, le moment, l'événement. »<sup>28</sup>*

Afin d'accompagner la mère et le nouveau-né dans la création du lien mère-enfant, la puéricultrice se doit d'expliquer la situation à la maman : lui expliquer l'état de son enfant et ce qui est mis en place pour le prendre en charge (soins de confort, traitements...).

Comme cela a été dit plus tôt, la professionnelle doit partir des compétences de la maman, la valoriser et l'encourager dans son rôle maternel. Le service de néonatalogie peut être stressant pour la maman. Cependant, il est possible d'accompagner la mère à travers certains soins, notamment les soins de confort de son bébé tels que le change ou le bain. De même pour l'alimentation de son bébé, si la mère souhaite donner le biberon, nous pouvons lui apporter des conseils et notre aide, tout en la valorisant.

A travers tous ces actes, la puéricultrice observe les interactions entre la mère et son enfant et évalue la situation, en vue d'adapter son accompagnement.

A présent, nous aborderons une forme d'accompagnement élaborée par Carl Rogers, qui est la relation d'aide.

---

27 FORMARIER, M, LJILJANA, J. *Les concepts en sciences infirmières*.p.42

28 Ibid

## 2) La relation d'aide

Carl Rogers, psychologue américain, a beaucoup travaillé sur la relation d'aide. « *La relation d'aide se définit comme l'aide psychologique. La relation est le support de l'aide. La relation d'aide, c'est aussi l'engagement dans la voie de l'accompagnement. [...] Elle permet de construire un lien support avec le thérapeute (l'infirmière) et s'y référer en cas de difficultés.* »<sup>29</sup>

Cette relation d'aide se base sur quatre attitudes non directives : l'empathie, la congruence, le non jugement et l'écoute active.

L'empathie est définie comme étant : « *l'expérience faite par le thérapeute d'une compréhension adéquate de l'expérience du client. Le thérapeute ressent le monde de son client « comme si » c'était le sien. Plus précisément, Rogers établit que le thérapeute est capable de comprendre les sentiments du client.* »<sup>30</sup> A travers l'empathie, Carl Rogers évoque l'une des qualités nécessaires de l'aidant : « *C'est d'abord chez l'aidant une chaleur et une émotion sympathiques qui rendent la relation possible [...] L'aidant reconnaît sincèrement que dans une certaine mesure, il s'implique émotionnellement dans cette relation.* »<sup>31</sup>

L'empathie implique une certaine sensibilité de la part de la puéricultrice pour créer la relation d'aide avec le patient, ici la mère.

De plus, être empathique requiert également une écoute active de la personne. « *Dans l'écoute active, « l'Autre » a quelque chose à me dire qu'il ne me dira que si je m'intéresse à lui, et pas seulement à son message. Par l'écoute active, je permets à l'autre de se dire et de se révéler à lui-même. Mon écoute est active en ce qu'elle fait naître la parole de l'autre, elle permet à l'autre de s'exprimer véritablement.* »<sup>32</sup>

L'écoute active n'a pas pour seul but d'écouter le message, mais elle tient compte aussi de tout ce qui l'entoure : les émotions, les sentiments exprimés ou implicites.

Il est nécessaire de faire preuve de sensibilité et de pratiquer l'écoute active pour comprendre les sentiments de la personne et donc faire preuve d'empathie.

---

29 FORMARIER, M, LJILJANA, J. *Les concepts en sciences infirmières*. p.61

30 <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2005-2-page-75.htm> (consulté le 29/04/2019)

31 ROGERS Carl, *La relation d'aide et la psychothérapie*

32 <https://iedh.fr/en-savoir-plus/ecoute-active/> (consulté le 30/04/2019)

A cela s'ajoute une autre attitude fondamentale, la congruence, autrement dit « être vrai » de la part de l'aidant. *« Être vrai est une autre attitude que le thérapeute doit avoir dans la relation. Rogers (1957) la décrit en termes de congruence et d'intégration dans la thérapie. Cela signifie, pour lui, que le thérapeute est librement et profondément lui-même. »*<sup>33</sup>

Être congruent demande à la puéricultrice de faire preuve d'authenticité dans sa façon d'être auprès de la personne. Cela concerne sa capacité à être en parfaite adéquation avec ses sentiments, ses pensées et ses attitudes. En d'autres termes c'est l'alignement entre ce que l'on est, ce que l'on fait, et ce que l'on dit. La congruence permet de construire des relations authentiques avec la personne aidée.

Une autre attitude non directive selon Carl Rogers, c'est la considération positive inconditionnelle autrement dit le non jugement. Cette attitude est décrite comme étant : *« une acceptation chaleureuse de chacun des aspects de l'expérience du client. L'acceptation est sans condition ; il n'y a pas de jugement. Cela signifie prendre soin du client. »*<sup>34</sup> Par « client » nous entendrons ici « patient ». Le non jugement consiste à accepter la personne dans sa totalité en faisant abstraction de critères moraux, éthiques et sociaux. Elle fait référence à une autre qualité spécifique de l'aidant dans la relation d'aide : *« La seconde qualité de la relation d'aide est sa permissivité en ce qui concerne l'expression des sentiments. Par le fait que l'aidant accepte ce qu'il dit, par l'absence complète d'attitudes morales ou de jugements, par l'attitude de compréhension qui imprègne l'entretien, le client en vient à réaliser que tous ses sentiments et attitudes sont exprimables. »*<sup>35</sup>

Enfin, Carl Rogers met l'accent sur deux derniers aspects de la relation d'aide. Il évoque les limites thérapeutiques : *« De même qu'il y a cette complète liberté d'expression des sentiments, de même il y a des limites déterminées qui s'imposent au client au cours des entretiens thérapeutiques, limites qui permettent de donner une forme à l'entretien, et que le client peut utiliser pour progresser dans la conscience de lui-même. »*<sup>36</sup>

Pour terminer, le dernier aspect de la relation d'aide *« est qu'elle est exempte de toute forme de pression ou de coercition. »*<sup>37</sup>

---

33 <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2005-2-page-75.htm> (consulté le 29/04/2019)

34 <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2005-2-page-75.htm> (consulté le 29/04/2019)

35 ROGERS Carl, *La relation d'aide et la psychothérapie*

36 Ibid

37 Ibid

En somme, la relation d'aide est centrée sur la personne, son histoire, ses émotions et ses sentiments. Afin de créer un lien de confiance, l'aidant met en place différentes attitudes favorables à la création d'une relation d'aide. Ici, la puéricultrice est amenée à adopter ces différentes attitudes pour accompagner la mère et son nouveau-né dans le contexte délicat d'un syndrome de sevrage. Comme toute prise en charge d'un nouveau-né en néonatalogie, il faut prendre en compte les parents et les accompagner. Dans un contexte particulier tel que le syndrome de sevrage, il est important de prendre en compte la mère, son addiction et son histoire pour accompagner au mieux cette famille. D'où la nécessité de faire preuve de non jugement, d'écoute active, d'empathie et de congruence face à cette maman. La puéricultrice est donc amenée à s'adapter pour créer une relation de confiance entre elle et la mère, sans quoi l'accompagnement ne pourra être optimal.

Comme l'indique ma problématique, il est question du lien mère-enfant aussi appelé lien d'attachement. A présent dans le cadre conceptuel, nous aborderons le deuxième concept de ma question qui est l'attachement.

### 3) L'attachement

John Bowlby, psychiatre et psychanalyste qui a beaucoup travaillé sur ce concept, le décrit comme étant : *« un instinct conduisant tout au long de la vie à avoir besoin d'être écouté, entendu, compris et soutenu par une ou plusieurs personnes considérées comme proches. Au départ l'attachement est un besoin vital : le bébé peut dépérir et même mourir s'il ne bénéficie non seulement de nourriture et de soins mais aussi de contacts et d'attention. »*<sup>38</sup>

L'attachement a donc un rôle primordial dans le développement psychologique et affectif de l'enfant. Si ce besoin vital n'est pas satisfait, l'enfant peut se laisser mourir par manque de contacts et d'attention.

Jacinthe Emery, psychologue, s'appuie sur les travaux de John Bowlby et aborde ce concept comme tel : *« L'attachement parent-enfant se définit comme un lien affectif entretenu par l'enfant à l'égard de son parent, dans la mesure où ce dernier prend soin de lui est considéré par l'enfant comme une personne significative pouvant le protéger en cas de danger. Tous les*

---

38 BOWLBY, John. L'attachement et ses tourments. *Sciences Humaines*, 2014, n°258, pages 52 à 57.

*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 contacts. »<sup>39</sup>*

Selon J. Emery, tout enfant parvient à s'attacher à ses parents malgré un environnement parfois peu favorable au développement de celui-ci. La seule exception étant le manque de contact avec le parent. D'après cette définition, le lien mère-enfant entre le nouveau-né en syndrome de sevrage et sa mère souffrant de toxicomanie peut donc se construire, dans le cas où la maman maintient ce contact avec son bébé.

D'après la théorie de Bowlby : *« L'attachement se réfère au lien émotionnel spécifique que le bébé développe avec son caregiver pendant la première année de sa vie. Il se distingue aussi du lien que le caregiver a avec l'enfant et aux processus de liaison qui sont associés aux premières heures de la vie. »<sup>40</sup>*

Afin de s'approprier cette théorie, il est nécessaire d'identifier la fonction qu'a le caregiver auprès du nouveau-né. *« La fonction maternelle ou du caregiver consiste à assurer et développer la sécurité de base du bébé, de lui permettre de se représenter le monde externe et son monde interne, les émotions qu'il éprouve et l'aider à développer sa pensée. Elle consiste aussi à lui apporter ses premières images identificatoires.*

*La sécurité de base du bébé est liée à différentes qualités de la relation avec la mère :*

- La disponibilité et l'empathie de la mère.*
- La prévisibilité et la fiabilité avec laquelle elle prend soin de lui lui permettant d'anticiper ce qui va se passer.*
- La capacité à jouer un rôle de pare-excitation, c'est-à-dire le protéger des stimulations trop importantes »<sup>41</sup>*

*« La notion de 'base de sécurité' désigne le fait pour la figure d'attachement de représenter un support à partir duquel le bébé peut explorer le monde avec confiance. »<sup>42</sup>*

---

39 EMERY Jacinthe, *L'attachement parent-enfant, de la théorie à la pratique.*

40 <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm> (consulté le 28/03/2019)

41 Cours de Madame Delobelle : *Les interactions précoces mère-enfant et leur développement*

42 <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm> (consulté le 26/04/2019)

On peut néanmoins faire le parallèle entre les qualités citées ci-dessus et les caractéristiques d'une personne toxicomane évoquées plus tôt dans le cadre contextuel.

Selon Bowlby, la prévisibilité et la fiabilité sont des qualités nécessaires pour assurer la sécurité de base du bébé. Or, nous avons vu qu'une personne toxicomane fait preuve d'impulsivité et d'instabilité. De même pour la disponibilité, la personne toxicomane, du fait de son addiction, a un « *besoin irrésistible de consommer (appelé en anglais craving)* », qui peut la conduire à tourner toute son attention vers le produit addictif. Enfin, jouer le rôle de pare-excitation pour une personne ayant des troubles d'attention, faisant preuve de passivité et de pauvreté dans les échanges relationnels, peut représenter une difficulté supplémentaire pour assurer la sécurité de base de l'enfant.

D'après J. Bowlby, ce lien d'attachement entre le bébé et la maman se construit dès la naissance et tout au long de la première année de vie de l'enfant. Afin que le nouveau-né développe un attachement sécurisé envers sa mère, il est important d'aider celle-ci à construire ce lien avec son bébé. Habituellement lorsque l'enfant est désiré par le couple et qu'il n'existe pas de contexte particulier, le lien mère-enfant s'établit naturellement. Or, dans certaines situations l'attachement peut mettre plus ou moins de temps à se créer. Dans un contexte de toxicomanie, il est important de prendre en compte l'état psychologique et émotionnel de la maman afin de l'accompagner dans la création du lien d'attachement avec son bébé. Notre accompagnement aura toute son importance pour garantir la qualité du lien mère-enfant.

Concernant le concept d'attachement, Mary Ainsworth, psychologue, a elle aussi travaillé sur ce sujet et a mis en évidence quatre types d'attachement. « *Ces différents types d'attachement ont une valeur prédictive sur le développement ultérieur de l'enfant ou l'incidence de psychopathologies.* »<sup>43</sup> La qualité de l'attachement résulte des interactions entre la mère et son bébé, la capacité de celle-ci à répondre aux besoins de l'enfant.

Jacinthe Emery, citée précédemment, s'est appuyée sur les travaux de Mary Ainsworth et a défini les différents attachements de la façon suivante :

---

43 Cours de Mme Delobelle : *Les interactions précoces mère-enfant et leur développement*

- l'attachement sécure :

« L'attachement sécurisant est marqué par une synchronie entre les signaux de l'enfant et les réponses du parent. Cela est dû au fait que le parent manifeste de la sensibilité face aux besoins de son enfant et aux signaux émis par celui-ci. Plus spécifiquement, il est attentif à l'enfant et lui répond de façon rapide, chaleureuse et adaptée. »<sup>44</sup>

- l'attachement insécure – évitant :

« L'attachement insécurisant évitant est caractérisé par une absence de synchronie entre les signaux de l'enfant et les réponses parentales. Cette absence de synchronie peut se manifester de deux façons. D'une part, elle peut dénoter une indifférence ou une indisponibilité de la part du parent. Dans ce cas, le parent a tendance à ne pas répondre aux signaux et aux besoins de son enfant. Il peut également rejeter son enfant. »<sup>45</sup>

- l'attachement insécure ambivalent (ou résistant) :

« L'attachement insécurisant résistant est caractérisé par des irrégularités dans les réponses du parent en lien avec les signaux de son enfant. Plus précisément, le parent manifeste une alternance de disponibilité et d'indisponibilité, tout en se montrant ni rejetant ni hostile. »<sup>46</sup>

- l'attachement insécure désorganisé ou désorienté :

« Les comportements parentaux incompréhensibles ou menaçants qui se produisent de façon régulière joueraient un rôle de premier ordre dans la désorganisation du système d'attachement de l'enfant. Par exemple, ces parents peuvent être fortement insensibles tout en montrant des épisodes répétés d'intrusion hostile ou de détachement émotionnel. »<sup>47</sup>

La qualité de l'attachement est liée à la capacité pour le parent à répondre aux besoins de son enfant. En lien avec le sujet de mon travail, il serait intéressant de savoir s'il existe un lien entre les conduites addictives et la qualité de l'attachement : « En ce qui concerne l'attachement et les conduites addictives [...] Ces données ne permettent toutefois pas d'établir une causalité entre attachement « insécure » et conduites addictives, d'autant que ce

---

44 EMERY Jacinthe, *L'attachement parent-enfant de la théorie à la pratique*

45 Ibid

46 Ibid

47 Ibid

*type d'attachement se retrouve dans de nombreux troubles psychopathologiques. Il paraît plus approprié de considérer l'insécurité de l'attachement comme un facteur de risque d'apparition et de pérennisation de conduites addictives. »<sup>48</sup>*

D'après les données ci-dessus, les conduites addictives ne conduisent pas forcément à un attachement insécuré entre la mère et son enfant.. Ce type d'attachement étant retrouvé notamment dans un grand nombre de troubles psychopathologiques. Comme expliqué précédemment, c'est plutôt l'insécurité de l'attachement qui représenterait un facteur de risque d'apparition ou dans le cas d'un syndrome de sevrage, de pérennisation des conduites addictives de la mère.

### **Question de recherche et hypothèses :**

Suite à l'élaboration de mon cadre de référence et la découverte de données théoriques sur mon sujet, j'ai affiné ma question de départ qui était, pour rappel : « En quoi la puéricultrice peut-elle accompagner le lien mère-enfant dans un contexte de syndrome de sevrage néonatal, au sein d'un service de néonatalogie ? ». J'aboutis à présent à ma question de recherche qui est : « **Lors d'un syndrome de sevrage, en quoi la puéricultrice peut-elle accompagner la mère dans la mise en place du lien d'attachement avec son enfant, en néonatalogie ?** »

Afin de répondre à ma problématique, je propose deux hypothèses différentes. Une première hypothèse concerne la relation d'aide, et une deuxième concerne les soins de confort abordés plus tôt dans mon cadre de référence et le lien d'attachement. Voici les deux hypothèses en question :

- Hypothèse n°1 : L'utilisation de la relation d'aide par la puéricultrice permet la mise en place du lien d'attachement.
- Hypothèse n°2 : En tant que puéricultrice, encourager la mère à réaliser les soins de confort de son nouveau-né permet de mettre en place le lien d'attachement.

A présent, il convient de procéder à l'investigation pour pouvoir répondre ultérieurement à mes hypothèses. Cette troisième partie de mon travail portera sur l'investigation, la façon dont

---

48 MOREL, A, COUTERON, JP, FOUILLAND, P. *Aide-mémoire addictologie*



j'ai procédé pour confronter mes données théoriques à la réalité du terrain.

### **III. Investigation**

#### **A) Choix de l'outil d'enquête**

Pour procéder à l'investigation, j'ai fait le choix de faire une enquête qualitative afin de répondre à mes hypothèses par le biais d'entretiens semi-directifs. *« Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. »*<sup>49</sup>

L'entretien semi-directif est le plus fréquemment utilisé dans le domaine de la recherche. Par le biais de cette méthode, le chercheur utilise une grille de questions ouvertes établie à l'avance. Les questions étant ouvertes, cela laisse la possibilité à l'interviewé de s'exprimer librement sur le sujet. Cependant, si l'interlocuteur s'éloigne un peu trop de la thématique abordée, le chercheur peut être amené à recentrer l'entretien grâce à des questions de relance, elles aussi préparées en amont. Cette méthode permet ainsi d'avoir un échange naturel avec l'interlocuteur tout en recueillant des données sur un sujet précis.

Selon moi, cette méthode de recherche est la plus adaptée à mon sujet. En effet, je souhaite connaître les différentes pratiques des puéricultrices en terme d'accompagnement sur un sujet complexe. La toxicomanie n'est pas un sujet facile à aborder, d'autant plus dans le cadre de la parentalité. En tant que soignant, nous sommes amenés régulièrement à être confronté à différentes populations de patients. Sur un sujet comme celui, il n'est pas rare pour certaines personnes, soignantes ou non, d'avoir des préjugés sur les femmes et mères toxicomanes. C'est pourquoi la méthode de l'entretien me permet de recueillir non seulement le verbal des puéricultrices, mais également le non verbal. Par le biais des entretiens, je peux recueillir les émotions de la puéricultrice et son langage non verbal.

---

49 VAN CAMPENHOUDT, L ;MARQUET, J ;QUIVY, R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. p242

## B) Choix de la population interrogée et du lieu d'enquête

Pour rappel, ma question de recherche est : « Lors d'un syndrome de sevrage, en quoi la puéricultrice peut-elle accompagner la mère dans la mise en place du lien d'attachement avec son enfant, en néonatalogie ? ». De ce fait, mes entretiens auront lieu auprès de puéricultrices travaillant dans un service de néonatalogie. Afin d'obtenir différents points de vue et différentes pratiques, j'ai décidé de réaliser mes entretiens dans deux services de néonatalogie différents au sein de deux centres hospitaliers de la région Haut-de-France.

J'ai fait le choix de prendre deux maternités de niveau III, ce qui signifie qu'au sein de ces établissements, se trouve un service de réanimation néonatale. Et ce afin de comparer de manière égale les pratiques des puéricultrices au sein des services. L'une des deux maternités est labellisée IHAB qui signifie « Initiative Hôpital Ami des Bébé » comme cela a été défini dans mon constat de départ. L'autre n'a pas le label. En plus de vouloir comparer les pratiques dans deux maternités de niveau III, j'ai également souhaité découvrir si les pratiques étaient différentes en fonction du label IHAB ou non. Ce qui peut-être enrichissant au moment de l'analyse des différents entretiens.

## C) Élaboration de la grille d'entretien

Avant de réaliser mes différents entretiens, j'ai au préalable réalisé un entretien test auprès d'une infirmière ayant 7-8 ans d'expériences en néonatalogie. Et ce dans le but d'ajuster ma grille d'entretien si besoin. Suite à cet entretien test, j'ai affiné mes questions et j'ai ajouté des questions de relance.

Mon guide d'entretien final reprend les concepts d'attachement, d'accompagnement et de relation d'aide, ainsi que la notion de soins de confort, en lien avec mes deux hypothèses. Pour chaque question, un objectif a été établi et plus ou moins des questions de relance. Il est consultable en annexe n°2.

#### D) Modalités de réalisation des entretiens

Après avoir pris contact avec les cadres de service au sein des deux centres hospitaliers, j'ai pu programmer trois entretiens au sein de l'établissement labellisé IHAB, et deux entretiens au sein de l'établissement non labellisé.

On notera CH1 pour l'établissement non labellisé et CH2 pour l'établissement labellisé IHAB. De plus, on présentera les puéricultrices diplômées d'état sous l'acronyme PDE.

Avec l'accord des puéricultrices, j'ai enregistré les différentes entrevues via un dictaphone. Les entretiens ont duré entre sept et trente cinq minutes et ont tous été réalisés dans une pièce dédiée pour cela.

#### IV. Résultats de l'enquête et analyse

##### A) Recueil des données

Avant de présenter les résultats de l'enquête et d'en faire l'analyse, voici un tableau récapitulatif des parcours professionnels de chaque puéricultrice. Quelques données manquent pour la deuxième puéricultrice notamment les dates précises d'obtention des diplômes.

	<b>PDE n°1 du CH1</b>	<b>PDE n°2 du CH1</b>	<b>PDE n°3 du CH2</b>	<b>PDE n°4 du CH2</b>	<b>PDE n°5 du CH2</b>
Diplômée infirmière depuis...	1995	Pas de date	2015	1984	1990
Diplômée puéricultrice depuis...	2004	Pas de date	2017	1985	2011
Expérience en néonatalogie	19 ans	19 ans	2 ans	34 ans	7-8 ans
Formations		Référente en addictologie			- Allaitement - Oralité

Dans un premier temps, j'ai retranscrits fidèlement les propos des différentes puéricultrices. J'ai fait le choix de mettre en annexe n°3 la retranscription du deuxième entretien effectué au sein de l'établissement non labellisé IHAB. Cet entretien était particulièrement intéressant et pertinent de part le parcours professionnel de cette puéricultrice. En effet, elle est référente en addictologie au sein du service de néonatalogie et participe également au projet kangourou de la structure. Néanmoins, les cinq entretiens ont tous été analysés. J'ai repris les éléments de réponse dans une grille de dépouillement consultable en annexe n°4. Cet outil m'a permis de repérer les données pertinentes de chaque entretien, question par question. Une deuxième grille intitulée « grille de croisement des données » me permettra de faire l'analyse thème par thème. Ce second outil est disponible en annexe n°5.

## B) Analyse des données

Afin de faciliter l'analyse des données recueillies, je vais procéder par thème. Grâce à la grille de croisement des données, j'ai mis en évidence les thèmes suivants : l'attachement, les soins de confort effectués auprès d'un nouveau-né en syndrome de sevrage, et l'accompagnement de la mère par la puéricultrice.

### 1) L'attachement

Concernant cette thématique, différentes actions ont été citées par les puéricultrices interrogées, pour favoriser la mise en place du lien mère-enfant. Parmi les éléments recueillis, on retrouve le peau à peau évoqué par les puéricultrices n°1 et n°2. Seules ces deux professionnelles ont évoqué ce soin. Ce qui m'a interpellé en rassemblant les données, c'est qu'aucune puéricultrice de l'établissement labellisé IHAB n'a évoqué le peau à peau durant les entretiens. Or, l'une des douze recommandations de la politique IHAB est de favoriser au maximum le peau à peau.<sup>50</sup> De plus, comme nous avons pu le voir, le peau à peau joue un rôle important dans le processus d'attachement.

J'ai constaté la même chose au sujet de l'allaitement maternel. Seules les puéricultrices n°1 et n°2 évoquent l'allaitement maternel en rapport avec la mise en place du lien d'attachement. La

---

<sup>50</sup> Cours de Madame Frederik Astier, *IHAB*

puéricultrice n°3 en parle un peu plus loin dans l'entretien, lorsque la question de l'accompagnement de la mère dans la prise en charge de son bébé en néonatalogie est abordée.

Concernant la proximité mère-enfant, quatre puéricultrices sur cinq évoquent la possibilité pour la mère de dormir au sein du service, dans une chambre mère-enfant ou chambre kangourou, et de favoriser les visites de celle-ci afin d'éviter la séparation. La proximité 24h/24 entre la mère et son enfant est également l'une des recommandations du label IHAB.

Comme nous avons pu le constater précédemment dans le cadre théorique, il est nécessaire de limiter les stimuli (bruit, lumière) autour du nouveau-né en syndrome de sevrage. Or, seule la puéricultrice n°2 a mis en avant ce point lors des entretiens. D'après ses propos : « *On essaie d'expliquer à maman que c'est un bébé qui aura besoin de calme [...] ou échelonner les visites pour permettre justement un climat serein. [...] Et de la pénombre s'il y a besoin.* »

D'autres actions ont été citées telles que le cocooning ou le portage. Toutes les professionnelles l'ont abordé, mais pas forcément au moment de la question sur le lien d'attachement. Les puéricultrices n°2 et n°4 l'ont évoqué à cette question. Et toutes l'ont abordé à la question portant sur les soins de confort.

Enfin autour de cette thématique, la puéricultrice n°2 met en avant la nécessité de regrouper les soins auprès de l'enfant. La puéricultrice n°3 met en évidence l'importance de laisser au maximum les soins à la maman pour favoriser le lien d'attachement. Et pour finir, la puéricultrice n°4 insiste sur le fait de valoriser la mère.

Différents éléments ont été évoqués par les puéricultrices pour favoriser la mise en place du lien d'attachement entre la mère et son bébé. Or, certains soins de confort jouant un rôle dans le processus d'attachement comme le portage seront évoqués par plus de puéricultrices dans la thématique suivante (les soins de confort).

## 2) Les soins de confort effectués auprès d'un nouveau-né en syndrome de sevrage

Concernant cette thématique deux questions ont été posées, une première aborde les soins de confort en eux-mêmes, et une question de relance a été posée au sujet de la participation de la mère à ces soins et ce qu'elle apporte tant pour elle que pour l'enfant.

Comme cela a été dit précédemment, toutes les puéricultrices ont parlé du cocooning et du portage. Trois d'entre elles (PDE n°1, 4 et 5) ont abordé l'utilisation d'un lange, de l'emballotement comme soin de confort. Un soin qui permet au nouveau-né hyper-excitable de se sentir contenu et donc rassuré. En lien avec cette pratique, seules les puéricultrices n°4 et n°5 ont mis l'accent sur le maintien d'un scope cardio-respiratoire lorsque le nouveau-né est emmailloté pour le risque de mort inattendue du nourrisson. Selon la PDE n°4 : « *Parce qu'on va les emmailloter et donc niveau sécurité c'est quand même favorable. Euh on va les emmailloter et du coup on va les coucher dans des conditions pas forcément idéales en prévention d'un décès éventuel on ne sait jamais.* » Et selon la PDE n°5 : « *Il a besoin d'être cocooné un peu plus, donc même s'il n'a pas besoin d'être scopé, souvent on met un scope et comme ça on peut lui mettre des petits langes autour de lui dès le départ.* »

L'utilisation de la sucette physiologique et du sérum glucosé 30% a été évoquée par les puéricultrices n°1 et n°3, chacune travaillant dans un établissement différent. Dans les recommandations du label IHAB, il est indiqué d'éviter l'utilisation de la sucette physiologique pour les enfants allaités, et que lors des soins douloureux, il était demandé l'autorisation des parents pour l'utiliser. La puéricultrice travaillant au sein de l'établissement IHAB n'a pas donné plus de précisions sur l'utilisation de la sucette physiologique. La succion combinée à l'action du saccharose a un pouvoir antalgique sur les nouveau-nés en syndrome de sevrage ou non. Dans le cas d'un syndrome de sevrage, le nouveau-né est encore plus sensible à tous les soins qu'on lui prodigue comparé à un nouveau-né lambda. La succion et le saccharose peuvent donc être très utiles lors des soins, pour diminuer le stress et la douleur, comme cela a été expliqué dans le cadre théorique.

D'autres soins de confort relevant du rôle propre de la puéricultrice ont été mis en avant par certaines d'entre elles. Parmi ces soins, la puéricultrice n°4 aborde l'habillage et les changes réguliers avec plus ou moins l'utilisation d'une pommade. En effet, parmi les signes du syndrome de sevrage, on retrouve l'hyperhidration ainsi que les diarrhées. D'où la nécessité de ne pas trop couvrir l'enfant comme le précise la soignante et d'avoir une surveillance régulière de son siège en prévention de l'érythème fessier. Comme l'explique la PDE n°4 : « *Donc ils ont des selles fréquentes, le siège abîmé, donc on essaye d'éviter d'en arriver là. Donc on va le changer souvent, lui mettre une bonne couche de pommade [...] Et après euh, on ne va pas*

*aller leur mettre des habits très chauds. Ce sont des enfants très vite énervés qui vont vite transpirer. Donc il faut permettre qu'ils aient une bonne auto-régulation thermique. »*

Les trémulations sont l'un des signes également, pour cela la puéricultrice n°5 est amenée à mettre des moufles aux mains du nouveau-né pour éviter qu'il se blesse : *« Après avec les trémulations, des fois ils s'abîment beaucoup, donc on met des petits moufles. »*

Enfin, en dehors des soins de confort relevant du rôle propre, quatre professionnelles (PDE n°1, 3, 4, 5) ont abordé l'utilisation du sirop de morphine en collaboration avec le médecin. Et trois d'entre elles (PDE n°1, 4, 5) ont parlé du score de Finnegan permettant d'évaluer la gravité du syndrome de sevrage. La puéricultrice n°5 a évoqué les prélèvements méconiales et urinaires qui étaient réalisés chez ces bébés en rapport avec l'ingestion des toxiques durant la grossesse. Comme elle l'explique : *« Et s'ils viennent directement du bloc, on fait les prélèvements, méco, urinaires voilà tout ça. »*

En somme, dans cette thématique, un grand nombre de soins de confort sont effectués par les puéricultrices auprès du nouveau-né en syndrome de sevrage. Concernant le peau à peau, favoriser l'allaitement maternel et limiter les stimuli, les puéricultrices qui avaient abordé ces soins dans la thématique précédente, les ont repris ici également.

A présent, nous aborderons ce que la participation de la mère à ces soins apporte au bébé mais aussi pour elle. Une puéricultrice (PDE n°1) a refais référence à la notion du lien d'attachement et le fait d'éviter la rupture entre la mère et son enfant.

Concernant le bébé, les puéricultrices n°2 et n°5 évoquent le fait que la mère représente tout pour l'enfant et qu'il aura toujours besoin d'elle. Selon la puéricultrice n°2 : *« Au bébé évidemment tout, parce que c'est sa mère et que voilà ! »* et d'après la puéricultrice n°5 : *« Bah le nouveau-né a toujours besoin de sa maman. »*

Les puéricultrices n°3 et n°4 quant à elles expliquent que le bébé est plus calme, plus apaisé, que ça lui apporte une stabilité lorsque la mère participe aux soins. Selon les dires de la puéricultrice n°3 : *« Il était plus calme et plus apaisé quand maman était là et que ça arrivait fréquemment qu'il se remettait à pleurer quand maman repartait. Donc on voit quand même qu'il y a un impact quand maman est là. »* Et selon la professionnelle n°4 : *« Et pour le bébé ça lui apporte déjà une stabilité. [...] Moi je me dis que c'est ça dans leurs petites têtes, ils sont*

*déjà capables de faire la différence entre le soignant et la mère. »*

Concernant la mère, les deux premières soignantes ont mis l'accent sur la notion de déculpabilisation chez la mère lorsque celle-ci participe aux soins. Trois puéricultrices (PDE n°1, 4, 5) évoquent le fait que la participation de la mère aux soins lui permet de s'investir auprès de son bébé. De plus, cela lui permet de se sentir valoriser comme l'expliquent les soignantes n°2 et n°4. « *Bah déjà ça peut la valoriser de voir que lorsqu'elle est à l'écoute de son enfant, elle même va se sentir indispensable.* » explique la puéricultrice n°4.

La professionnelle n°3 met quant à elle en avant du côté de la mère, le fait de gagner en autonomie lorsqu'elle participe aux soins. Enfin, la dernière professionnelle interrogée, explique que cela est un moyen pour la mère de rebondir, parfois changer et prendre plus soins d'elle. Il arrive que certaines mamans changent physiquement, explique la puéricultrice. « *Pour la mère ça peut les inciter à rebondir, à s'occuper d'elles. Des fois on les voit changer même physiquement, elles se pomponnent un peu plus.* »

Suite à l'analyse de cette thématique, on peut s'apercevoir que la participation de la mère aux soins de confort de son bébé apporte beaucoup de choses aussi bien pour elle que pour son enfant en plus du lien d'attachement. D'après les puéricultrices, la participation de la mère aux soins de son bébé n'est que bénéfique autant pour elle que pour l'enfant.

### 3) L'accompagnement de la mère par la puéricultrice

Dans un premier temps, j'ai questionné les puéricultrices sur leur façon d'accompagner de manière générale la mère dans la prise en charge de son bébé en néonatalogie. J'ai ensuite ciblé mon questionnement sur le relation d'aide, concept mis en évidence par Carl Rogers.

Concernant l'accompagnement au sens large, les trois puéricultrices travaillant dans la structure IHAB procèdent à une évaluation de ce que la mère sait faire ou non en terme de soins et l'accompagnent. Deux d'entre elles (PDE n°4 et 5) évoquent le fait de surveiller la mère et vérifier ce qu'elle fait. Selon la puéricultrice n°4 : « *Euh on va quand même avoir l'œil de judas de temps en temps, on va quand même la laisser seule et puis on va vérifier de loin.* » Et d'après la puéricultrice n°5 : « *C'est vrai que ce sont des mamans qu'on surveille d'avantage quand elles viennent, sauf quand elles se stabilisent et que la présence du bébé les*



*fixe un petit peu dans quelque chose. »*

La puéricultrice n°1 investit au maximum la mère dans les soins de son enfant. La professionnelle n°2 quant à elle valorise la mère, essaye de la déculpabiliser tout en lui laissant prendre sa place de maman. Elle fait en sorte également de lui montrer les côtés positifs du développement de son bébé, notamment quand elle est présente auprès de lui.

Enfin la puéricultrice n°3 met l'accent sur le fait de répondre aux questions de la mère et de l'accompagner dans certains soins tels que la prise du biberon ou l'allaitement. Elle évoque également un outil présent dans le service qui est une grille de préparation à la sortie : *« On a une petite grille ici, préparation à la sortie avec tous les soins auprès de bébé [...] et les parents peuvent remplir dessus s'ils ne savent pas faire, s'ils ont encore besoin d'être accompagnés, s'ils commencent à se sentir à l'aise mais que c'est pas encore tout à fait ça, et ensuite si vraiment ils se sentent prêts. »*

Dans un second temps, j'ai questionné les puéricultrices sur la relation d'aide plus spécifiquement, ce qu'elles entendaient par ce concept. La question étant large, j'ai procédé à une question de relance basée sur la posture professionnelle, les attitudes qu'elles mettaient en place face à la mère en situation d'addiction.

Comme nous l'avons vu dans le cadre de référence, Carl Rogers met en évidence ce concept qui est basé sur quatre attitudes fondamentales de la part du soignant : le non jugement, l'empathie, la congruence et l'écoute active. Certaines de ces attitudes non directives ont été évoquées par certaines puéricultrices.

En ce qui concerne le non jugement, seules les puéricultrices n°1 et 2 l'ont clairement cité. Or, en relisant les entretiens retranscrits, la puéricultrice n°5 a dit à la première question : *« On les prend pour des mamans lambda, on ne les stigmatise pas plus que ça »*. Sans qu'elle emploie clairement le terme de non jugement, on peut comprendre dans ses propos que la mère n'est pas réduite à sa toxicomanie de la part de la professionnelle. On peut alors penser qu'elle ne porte pas de jugement face à la mère.

La notion d'empathie est quant à elle abordée que par une seule puéricultrice (PDE n°2). De même que pour la notion d'écoute qui est évoquée par la puéricultrice n°1. Comme nous avons pu le voir plus tôt dans mon travail, ces deux attitudes font partie intégrante de la

relation d'aide.

Néanmoins, lors des entretiens, j'ai constaté que la question portant sur la relation d'aide n'était pas très bien comprise par les puéricultrices. En effet, l'une d'entre elles (PDE n°4) m'a retourné la question par : « *Qu'est ce que tu veux dire par relation d'aide ?* »

Malgré la question de relance, je me suis aperçue que les réponses des professionnelles entre la question portant sur l'accompagnement au sens large et la question sur la relation d'aide plus spécifiquement étaient assez similaires. C'est pourquoi, je me demande si la formulation de ma question n'a pas porté à confusion pour les soignantes interrogées.

Cependant, trois d'entre elles ont bien perçu la relation d'aide comme étant une forme d'accompagnement (PDE n°2, 3, 5). Une autre l'a défini comme étant la relation entre le soignant et la mère (PDE n°1).

Seule la notion de congruence n'a été évoquée par aucune des puéricultrices interrogées.

Hormis les quatre attitudes non directives de la relation d'aide, les professionnelles ont abordé d'autres attitudes qui pour certaines reviennent à plusieurs reprises. En effet, la valorisation de la part de la puéricultrice est revenue deux fois (PDE n°2 et 3). La soignante n°4 l'a également évoqué dans la première question (thème : attachement). La déculpabilisation est reprise par la soignante n°1 et par la soignante n°2 à la question précédente sur l'accompagnement.

En somme différentes attitudes, différents aspects ont été mis en avant au sujet de la relation d'aide. Or, sur les quatre attitudes non directives mises en évidence par Carl Rogers, seules trois d'entre elles ont été évoquées et ce par deux puéricultrices uniquement voire trois mais de façon implicite au cours d'une autre question.

Comme cela a été dit précédemment, j'ai souhaité savoir si les pratiques des professionnelles étaient différentes en fonction d'un établissement labellisé IHAB ou non. Ayant réalisé mon stage de troisième année en tant qu'étudiante infirmière dans une maternité labellisée IHAB, j'ai constaté l'importance pour les puéricultrices, de favoriser le peau à peau et l'allaitement maternel. De ce fait, il me paraissait intéressant de connaître les pratiques des puéricultrices du service de néonatalogie de ce même établissement. C'est pourquoi j'ai souhaité réaliser plus d'entretiens dans l'établissement IHAB que dans l'établissement non labellisé. C'est de façon étonnante que j'ai constaté lors des entretiens, que ce sont les puéricultrices de l'établissement non labellisé IHAB qui ont insisté sur l'importance du peau à peau et de l'allaitement maternel

en lien avec mon travail de recherche. Ce qui a rendu l'analyse de mes entretiens encore plus intéressante. En effet, en choisissant de comparer ces deux types de maternité, j'étais persuadée avant de réaliser mes entretiens, que les trois puéricultrices de l'établissement labellisé allaient insister sur le peau à peau et l'allaitement maternel en lien avec mon sujet.

Suite à l'analyse de ces différentes thématiques, il convient à présent de repartir des hypothèses et de voir si elles peuvent être validées, partiellement validées ou invalidées.

### C) Résultats de l'analyse et hypothèses

Ces cinq entretiens ainsi que l'analyse des données me permettent à présent de faire le lien avec mes hypothèses qui étaient pour rappel :

- Hypothèse n°1 : L'utilisation de la relation d'aide par la puéricultrice permet la mise en place du lien d'attachement.
- Hypothèse n°2 : En tant que puéricultrice, encourager la mère à réaliser les soins de confort de son nouveau-né permet de mettre en place le lien d'attachement.

Tout d'abord concernant la première hypothèse, l'analyse des données n'a pas mis en avant les quatre attitudes non directives et fondamentales de la relation d'aide élaborées par Carl Rogers qui étaient : le non jugement, l'empathie, l'écoute active et la congruence.

Cependant, la relation d'aide a bien été perçue comme étant une forme d'accompagnement par trois puéricultrices sur cinq et comme étant une relation entre le soignant et la mère par une quatrième soignante. Il se peut que les questions de l'accompagnement au sens large et de la relation d'aide aient pu porter à confusion et donc amener à des réponses plus ou moins semblables de la part des puéricultrices. Or, certains éléments de réponses ont été donnés tout au long des entretiens au travers d'autres questions posées. Étant donné que seules trois attitudes non directives ont été abordées par plus ou moins trois puéricultrices, l'hypothèse n°1 est ainsi partiellement validée.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse, un grand nombre de soins de confort évoqués dans le cadre théorique ont été abordés par les puéricultrices tels que : le peau à peau, le

portage, la succion, le cocooning et limiter les stimuli par exemples.

Bien que tous ces soins n'ont pas tous été cités par les professionnelles, toutes font en sorte d'investir la mère dans les soins de son bébé. En effet, les puéricultrices essayent de favoriser le plus possible les visites et la présence de la mère auprès de son enfant. Quand cela est possible, les soins sont laissés au maximum à la maman lors des visites.

De plus à la question « Qu'apporte la participation de la mère à ces soins ? », la notion d'investissement est revenue à plusieurs reprises. Quant au lien mère-enfant dit en tant que tel, il n'a été évoqué qu'une seule fois. On pourrait laisser penser que l'investissement sous-entend favoriser la mise en place du lien d'attachement. On s'est aperçu au cours de l'analyse que la participation de la mère aux soins apportait beaucoup, autant pour elle que pour son bébé. On n'y retrouve que des impacts positifs sur l'enfant et la mère quand celle-ci participe aux soins. Ce qui ne peut que favoriser l'attachement de la mère avec son nouveau-né.

De ce fait, la seconde hypothèse est selon moi validée. En tant que puéricultrice, encourager la mère à réaliser les soins de confort de son nouveau-né permet la mise en place du lien d'attachement.

## Conclusion

Réaliser ce travail de recherche a été pour moi très enrichissant, autant d'un point de vue personnel que professionnel. Travailler sur le syndrome de sevrage et le lien mère-enfant a été un choix longuement réfléchi. En effet, ayant été confrontée à cette situation lorsque j'étais étudiante infirmière, je me suis retrouvée en difficulté. Cependant, j'ai souhaité m'enrichir sur ce sujet afin d'être plus apte à réagir si une nouvelle situation comme celle-ci venait à se présenter dans ma vie professionnelle. C'est pour cette raison que j'ai décidé de réaliser mon travail de fin d'études sur ce sujet.

En tant que future puéricultrice, je serai amenée à rencontrer différentes populations de patients, et dans notre profession nous ne pouvons prendre en charge l'enfant sans prendre en charge la famille également. La prise en charge d'un nouveau-né, d'un enfant ou d'un adolescent ne se résume pas à la prise en charge de celui-ci uniquement. Les parents, la fratrie et l'entourage sont à prendre en compte également. Les parents étant des acteurs de la prise en charge du nouveau-né en néonatalogie, il est primordial de les intégrer au maximum dans la prise en soins de leur bébé. C'est pour cela qu'en néonatalogie, on parle de soins à quatre mains. La néonatalogie est un service parfois angoissant pour la famille de part la technicité du service, la présence de multiples appareillages au lit du nouveau-né. Il est donc important d'accompagner la famille au quotidien pour éviter au maximum la rupture entre les parents et l'enfant.

D'un point de vue professionnel, ce travail de recherche m'a permis de comprendre un peu plus la psychologie d'une personne en situation d'addiction et notamment d'une mère souffrant de toxicomanie. Toutes ces connaissances me seront d'une grande utilité dans ma future vie professionnelle. En effet, grâce aux différents stages effectués durant mon année de formation puéricultrice, je me suis découvert une réelle vocation pour travailler en services de néonatalogie ou de maternité. Des services qui peuvent être amenés, comme nous avons pu le voir, à prendre en charge des nouveau-nés en syndrome de sevrage. Cela m'aidera donc à adapter mon accompagnement et ma posture professionnelle afin de garantir la meilleure prise en charge du nouveau-né et de sa famille.

D'un point de vue personnel, ce travail de recherche m'a ouvert les yeux sur la complexité d'une personne en situation d'addiction. Il m'arrivait d'entendre fréquemment en stage ou dans ma vie personnelle, des propos péjoratifs au sujet des mères toxicomanes. Vue de l'extérieur, les mères en situation d'addiction sont encore mal perçues par la société. Cela ne rentre pas dans les « normes sociales ». Étant donné la difficulté que j'ai rencontré à actualiser mes données sur cette thématique, nous pouvons comprendre le manque d'informations de la société à ce sujet. C'est justement grâce à des recherches et des travaux que nous pourrions faire évoluer les représentations et les discours de la société à ce sujet.

Être soignant au sens large c'est se remettre perpétuellement en question pour améliorer toujours plus notre prise en soins, notre accompagnement des patients et de leurs familles. Pour conclure, ce travail de recherche m'a permis de grandir professionnellement et personnellement.

## Bibliographie

### OUVRAGES

- BEN AMAR, Mohamed. *La toxicomanie*. PU Montréal, 2015. 420 pages. (Santé médecine)
- COLSON, Sébastien. *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*. 4Ème édition. Elsevier Masson, 2016. 1280 pages.
- EMERY, Jacinthe. *L'attachement parent-enfant : de la théorie à la pratique*. Éditions du CHU Sainte-Justine, 2016. 492 pages.
- FORMARIER, M, LJILJANA, J. *Les concepts en sciences infirmières*. 2Ème édition. Mallet, 2012. 330 pages.
- MOREL, A, COUTERON, JP, FOUILLAND, P. *Aide-mémoire addictologie*. 2Ème édition. Dunod, 2010. 608 pages. (Psychothérapies)
- ROGERS, Carl. *La relation d'aide et la psychothérapie*. 17Ème édition. ESF éditeur, 2011. 235 pages. (Collection sciences humaines appliquées l'art de la psychothérapie) 978-2-7101-2279-1.
- VAN CAMPENHOUDT, L ;MARQUET, J ;QUIVY, R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 5Ème édition. Dunod, 2017. 383 pages.
- *Formations des professions de santé, profession infirmier*. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession.

### ARTICLES

- BOWLBY, John. L'attachement et ses tourments. *Sciences Humaines*, 2014, n°258, pages 52 à 57.

### SITES INTERNET

- Vidal. Méthadone Chlorhydrate [en ligne]. Mise à jour le 21 mai 2019, consulté le 10/11/2018. Disponible sur : <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf590001-METHADONE-CHLORHYDRATE.html>
- Améli.fr. Maternité [en ligne]. Mise à jour le 30 avril 2019, consulté le 05/12/2018. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-maternite/situation-patient-maternite>

- Velly Corinne. Accueillir la mère et son enfant en néonatalogie. *Soins pédiatrie/puériculture* [en ligne], publié en août/septembre 2006, n°231, pages 24-25, [consulté le 05/04/2019]. Disponible sur : <https://www-em--premium-com-s.bibliopam.univ-catholille.fr/showarticlefile/85937/index.pdf>
- Pignol Jérôme et al. Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale* [en ligne], publié le 18/08/2008, n°46, pages 59 à 69, [consulté le 16/04/2019]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-2-page-59.htm#pa2>
- Simmat-Durand Laurence. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et société* [en ligne], publié le 01/12/2007, (vol.31), pages 305 à 330, [consulté le 16/04/2019]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2007-3-page-305.htm>
- Dr Jean Ebert. Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies* [en ligne], publié en août 2001, pages 11 à 16 [consulté le 16/04/2019]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/matern.pdf>
- HAS. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement [en ligne], publié en décembre 2009, [consulté le 02/01/2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses\\_a\\_risque\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf)
- Professeur Lelong. L'histoire des infirmières puéricultrices en pédiatrie [en ligne]. (Association Nationale des Puéricultrices(teurs) Diplômé(es) et des Étudiants), [consulté le 18/04/2019]. Disponible sur : <https://www.anpde.asso.fr/la-profession>
- Prouty Garry. L'attitude non-directive et les conditions nécessaires et suffisantes appliquées aux schizophrènes et retardés mentaux. *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche* [en ligne], publié le 01/03/2007, n°2, pages 75 à 89, [consulté le 29/04/2019]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2005-2-page-75.htm>
- Institut Européen de Développement Humain. Écoute active [en ligne], [consulté le 30/04/2019]. Disponible sur : <https://iedh.fr/en-savoir-plus/ecoute-active/>
- Mottaz Anne-Marie. Accompagnement. *Les concepts en sciences infirmières* [en ligne], publiée le 04/01/2016, pages 42 à 43, [consulté le 28/03/2019]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-42.htm>
- Tereno Susana et al. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir* [en ligne], publié le 01/06/2007, (vol.19), pages 151 à 188, [consulté le 28/03/2019]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>



- Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. Maternité Jeanne de Flandre [en ligne]. Disponible sur : <http://maternite.chru-lille.fr/>

AUTRES :

- Cours de Madame Delobelle, F : *Les interactions précoces mère-enfant et leur développement*
- Cours du Docteur Bourlet, A : *Toxicomanie et grossesse*
- Cours de Madame Astier, F : *IHAB*

## Annexes

Annexe 1 : Enquête exploratoire.....	1
Annexe 2 : Grille d'entretien.....	6
Annexe 3 : Retranscription : entretien n°2 du CH 1.....	7
Annexe 4 : Grille de dépouillement.....	10
Annexe 5 : Grille de croisement des données.....	13

**Annexe 1 :**  
**Enquête exploratoire**

*Objectif n°1 : identifier la prise en charge de la puéricultrice pour un nouveau-né présentant un syndrome de sevrage.*

**Question n°1 : Comment prenez-vous en charge un syndrome de sevrage dans un service de néonatalogie ? Quels moyens sont mis en place ?**

Donc déjà nous avons une grille, qui est un score de Finnegan qui est fait systématiquement pour voir si l'enfant est calme ou pas. Systématiquement on la met dès que l'on sait qu'il y a un syndrome de sevrage, on va être très très vigilant. Il y a plein de signes qui peuvent montrer qu'il fait un syndrome de sevrage, par exemple : s'il est hyper-excité, s'il trémule beaucoup, s'il y a beaucoup beaucoup de selles, ça c'est quelques un des signes. Et après tout de suite on peut mettre en route des choses, c'est à dire on fait un cocon autour de lui. Les enfants qui ont un syndrome de sevrage, on les emmaillote presque. Souvent on doit faire ça pour les calmer. Si c'est un allaitement maternel, et bien même si la maman prend encore des drogues, on le laisse au moins, parce qu'au moins on sèvre progressivement. Parce qu'avec la naissance c'est un sevrage brutal si la maman a pris de la drogue jusqu'au bout de sa grossesse, c'est difficile pour lui. Quelques fois ça suffit pas, donc si vraiment l'enfant est trop excité, on met du sirop de Morphine. Donc on a toujours une prescription par la bouche, c'est de la Morphine per-os. On a une prescription médicale et on peut la donner et l'adapter selon les scores. Parce qu'on fait des scores très très régulièrement. Après on évite tout ce qui est agressions autour de lui, c'est à dire les lumières vives, le bruit, parce que la moindre chose va le réveiller. On essaie à ce que la maman soit le prenne beaucoup en peau à peau, soit qu'elle allaite, parce qu'on sait que c'est la seule façon pour l'aider à passer ce cap.

Souvent les mamans toxicos, je pense qu'elles sont... elles comprennent que leur enfant va pas être bien mais elles n'y arrivent pas elles-mêmes, donc c'est un peu compliqué. Et elles sont plus désemparées quand elles le voient comme ça. Après il y a des mamans qui se culpabilisent beaucoup, d'autres qui ne culpabilisent pas, parce qu'elles ne savent pas arrêter. Mais c'est quand même des enfants qui sont difficiles à prendre en charge, qui sont difficilement consolables et qui peuvent pleurer 20h/24. Ils ne dorment pas, tout dépend ce

qu'elles prenaient comme drogues. Mais ça peut durer plusieurs mois comme ça. C'est vraiment un suivi et vraiment adapté, quand on arrive au sirop de Morphine, c'est vraiment adapter les doses et diminuer progressivement. Quelques fois, ils rentrent même encore avec du sirop de Morphine. Alors sirop de Morphine à domicile, quand c'est chez une maman toxico on hésite parce que le risque c'est qu'elle va le prendre, mais quelques fois on a des enfants qui sont placés momentanément chez une assistante maternelle, le temps de régler ce sevrage. Et dans ce cas là, c'est déjà arrivé qu'on le laisse sortir avec des petites doses, mais quand on commence à le rendre, c'est déjà qu'il est un peu plus calme, sinon c'est invivable pour les gens. Nous ici on est plusieurs, les enfants passent de mains en mains, c'est différent, tu as le temps de te ressourcer un peu. Mais un enfant comme ça 24h/24, c'est hyper compliqué. Il faut être très patient, et quand ça dure des jours et des jours.

Il y a des enfants qui ne vont pas en faire de syndrome de sevrage, des enfants qui vont en faire mais ça ne va pas durer longtemps, une semaine, quinze jours. Et il y a des enfants ça va durer hyper longtemps parce qu'elle prenait vraiment beaucoup. Après je pense que ça dépend vraiment de ce que la maman a pris. Je pense que les mamans toxicomanes le savent, on leur a assez dit dans le suivi de grossesse. Après, elles savent ou elles savent pas s'arrêter, après ça ce n'est plus notre « jugement ». Tu dois être là pour les soutenir et les aider, après nous on essaye aussi de lui faire comprendre. C'est très délicat de trouver sa bonne place. C'est difficile parce que des fois tu vois l'enfant vraiment mal, c'est dur des fois en tant que professionnelle de voir la maman à côté qui s'en rend compte mais à qui ça touche peut-être moins. Il y a certaines mamans, ça ne les empêche pas de continuer. Après des mamans qui arrivent à prendre ce genre de choses, c'est des mamans qui malheureusement sont dans une tristesse et une situation à problèmes déjà. Si t'en arrives à prendre ça, c'est que tu es déjà dans un seuil de douleurs propre à la maman. Donc nous on n'est pas là pour juger, mais pour lui faire comprendre que son enfant réagit à un moment. Les médecins sont obligés de le dire, parce que voilà, il faut aussi comprendre. On fait tout pour qu'elle essaye d'arrêter, après voilà, elle n'est pas hospitalisée avec nous en tout cas.

On a des chambres mère enfant quand c'est une maman qui est capable de rester en chambre. Quelques fois les mamans toxicos, elles ne veulent pas rester, elles veulent sortir tout de suite, justement dehors elles font ce qu'elles veulent. C'est assez rare qu'on arrive à avoir la maman sur place. Ça arrive, on essaye, parce que ce bébé a vraiment besoin d'être sur sa maman. Mais c'est vraiment assez rare que les mamans toxicomanes veulent rester parce qu'elles ont

besoin de sortir et elles sont pas bien elles-mêmes, elles sont en manque quelques fois et voilà.

Moi : Est ce un critère pour mettre l'enfant en chambre mère-enfant quand il y a un syndrome de sevrage ?

Alors souvent quand on a un bébé en syndrome de sevrage, on l'a souvent dans le service très petit. Donc dans ce cas là, on peut pas prendre la maman tout de suite, parce qu'il est préma, si c'est un enfant à terme, souvent il reste le temps de son syndrome de sevrage en maternité, parce qu'on a qu'un étage à descendre. Dès qu'il a besoin de Morphine, il est obligatoirement en néonatalogie, parce qu'il y a un suivi beaucoup plus régulier et on l'a sous les yeux. Et dès que la maman est capable de sortir ou si elle n'a pas de soins et qu'elle peut descendre en chambre, on va proposer la chambre, ça c'est sûr. Parce que ce que l'on veut c'est qu'elle soit là, après on peut pas la forcer. C'est pareil pour l'allaitement maternel, en tout cas au début on le laisse, après si elle continue vraiment à prendre des drogues, voilà à un moment on va devoir arrêter mais ça va se faire progressivement.

*Objectif n°2: identifier les difficultés et les ressources dans la création du lien mère-enfant pour un nouveau-né en sevrage.*

**Question n°2 : Quelles sont les difficultés et les ressources possibles dans la création du lien mère-enfant dans un contexte de syndrome de sevrage ?**

Les difficultés, c'est que cette maman si elle a pris des drogues pendant sa grossesse, c'est qu'elle n'est pas bien non plus. Le fait d'être hospitalisée, elle prend rien. C'est déjà des mamans qui sont instables elles-mêmes donc c'est déjà une difficulté, parce qu'on n'arrive pas spécialement à l'avoir dans le service, ou si elle vient elle va pas rester longtemps. Après on a des mamans qui sont hypertoniques elles-mêmes, dans ce cas là c'est compliqué dans la relation avec son bébé, du coup c'est un bébé qu'il faut bouger précautionneusement et éviter les gestes brusques. C'est quelques fois des mamans qui sont quand même très speed à la base. Et c'est ça qui est compliqué pour créer cette relation, alors il faut lui montrer, l'aider, trouver les bons mots, parce qu'elle se sent aussi jugée la maman. C'est là où tu dois être très

professionnelle, que tu ne dois pas du tout la juger, essayer de privilégier son lien avec son enfant, créer ce lien maternel. On ne sait pas l'histoire, tu as des enfants qui sont désirés ou « accidentels ». Quelques fois la relation est différente, mais quand ton bébé est là, normalement toute maman devrait avoir un lien mère-enfant, que ça soit une maman toxico ou pas toxico.

Moi : Et en général, ce lien est-il difficile à se créer ?

Tout dépend de la maman, si cette grossesse elle l'a désiré, chaque cas est particulier. Tu n'as jamais un cas d'une maman toxicomane qui va se passer de la même manière qu'un autre. Après tu as aussi des mamans qui sont un peu manipulatrices. Chaque cas est différent, après tu as des mamans qui sont vraiment investies fortement dans leur enfant, et qu'on arrive à rendre avec un suivi. Ils sont vus déjà par un pédiatre régulièrement pour évaluer comment l'enfant réagit à son syndrome de sevrage, tout dépend s'il a encore un traitement au retour à la maison. Voilà après c'est vraiment individuel.

*Objectif n°3 : identifier les moyens mis en œuvre pour accompagner le nouveau-né et sa mère dans un contexte de syndrome de sevrage.*

**Question n°3 : Qu'est-il mis en place dans un service de néonatalogie pour accompagner ce lien mère-enfant ?**

On propose la chambre mère-enfant, on privilégie la mise au sien au départ justement pour lui faire un syndrome de sevrage progressif. La grille d'évaluation, l'emballage, éviter les lumières vives, le bruit, faire un cocon autour de lui, c'est tout des petits soins qu'on adapte autour de lui.

Moi : Et au niveau de la maman, est ce qu'il y a un suivi psychologique par exemple ?

Alors l'équipe de pédopsychiatrie voit déjà la maman en maternité si c'est une maman déjà connue et voilà elle a un suivi. Mais nous oui, si on voit que... mais souvent elle a déjà été vue par l'équipe de la maternité, qui va continuer à la voir en néonate. Après il faut aussi qu'elle

l'accepte, elle n'est pas obligée.

*Objectif n°4 : définir la posture professionnelle de la puéricultrice dans un contexte de syndrome de sevrage.*

**Question n°4 : Quelle posture professionnelle la puéricultrice doit adopter dans un contexte de syndrome de sevrage néonatal auprès de la mère et de l'enfant ?**

Tu dois adapter ton statut pour accompagner la maman et l'enfant, le plus possible sans jugement. Ce qui n'est pas toujours facile mais tu l'apprends avec le temps et tu t'adaptes aussi à la maman. Parce que tu peux avoir des mamans qui vont être agressives, il faut que toi tu restes calme, et même si tu vois l'enfant pas bien, même si elle ne reste pas, c'est tout tu dois essayer de l'investir le plus possible dans les soins.

**Avez vous autre chose à ajouter ?**

Après je pense qu'il y a de la prévention aussi, maintenant par rapport à ce que j'ai connu auparavant, j'ai connu de gros gros syndromes de sevrage. Maintenant ça arrive des mamans qui prennent de l'héroïne, des trucs comme ça, mais beaucoup moins qu'avant. On n'a plus des enfants en état de mal comme avant. Parce que je pense qu'il y a une prévention déjà dès la grossesse, les sage-femmes s'investissent beaucoup. Et puis les mamans en parlent librement, elles le disent. Avant elles n'en parlaient pas du tout, elles ne disaient pas qu'elles se droguaient pendant leur grossesse. Je pense qu'il y a aussi au fond d'elles cette peur de « faire mal » à leur bébé, en sachant ce que c'est le syndrome de manque, c'est aussi pour ça qu'elles le disent les mamans. Certaines disent lors de l'interrogatoire sur l'allaitement « Bah je prends un peu de cannabis comme tout le monde ». Après certaines ne le disent pas et on se rend compte que l'enfant est hypertonique, on fait une analyse d'urines et on va s'en apercevoir. Mais c'est bien qu'elles en parlent car on peut anticiper, mettre en place le sirop de Morphine rapidement.

**Annexe 2 :**  
**Grille d'entretien**

<b>Objectif</b>	<b>Question</b>	<b>Questions de relance</b>
Identifier le parcours de la puéricultrice afin d'évaluer son expérience en néonatalogie	1) Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme infirmier ?	Avez-vous eu des formations supplémentaires depuis que vous travaillez-vous en néonatalogie ? Si oui lesquelles ?
Identifier les actions mises en place par la puéricultrice pour favoriser l'établissement du lien d'attachement	2) Lors d'un syndrome de sevrage, que mettez-vous en place pour favoriser la création du lien d'attachement entre la mère et son enfant ?	
Identifier les soins de confort mis en place par la puéricultrice en néonatalogie et leur intérêt.	3) Lors d'un syndrome de sevrage, quels soins de confort effectuez-vous auprès du nouveau-né ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hormis les soins d'hygiène, comment assurez-vous le confort de l'enfant relevant de votre rôle propre ?</li> <li>- Qu'est ce que ces soins apportent ?</li> <li>- Qu'apporte la participation de la mère à ces soins ?</li> </ul>
Identifier la forme de l'accompagnement de la puéricultrice et ce qu'il apporte.	4) Comment accompagnez-vous la mère dans la prise en charge de son bébé en néonatalogie ?	- Qu'est ce que votre accompagnement permet ?
Identifier les attitudes de la puéricultrice pour accompagner la mère.	5) Selon vous, qu'est ce que la relation d'aide ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est ce que la relation d'aide dans la prise en charge du nouveau-né et de sa mère dans un contexte de syndrome de sevrage ?</li> <li>- Quelles attitudes sont nécessaires pour mettre en place une relation d'aide ?</li> </ul>



### Annexe 3 :

#### **Retranscription entretien n°2 du CH 1**

1) Tout d'abord, quel est votre parcours professionnel depuis votre diplôme infirmier ?

Infirmier ? Euh j'ai enchaîné avec l'école de puériculture, et je travaille en néonatal' depuis que je suis sortie de l'école de puériculture. Et sinon je fais partie du projet euh... [collègue fait ses signes de l'extérieur de la pièce] Tu peux faire une pause du coup ?

[Reviens] Je suis venue en néonatal' dès la sortie de l'école de puériculture, j'ai fait 19 ans de réa, soins intensifs, soins continus, voilà [rire]. Et depuis janvier, je fais partie de l'équipe qui a bifurqué sur le projet kangourou. On a ouvert des lits kangourou en maternité et en néonatal'. Donc du coup nous on est aussi entre les deux services : maternité, soins continus et kangourou. Ce qui fait que ça revient au même on fait de la néonatal' mais plus de réa, soins intensifs. Et justement on a ouvert des lits kangourou aussi pour ces bébés en syndrome de sevrage, pour éviter qu'ils soient séparés de leur maman.

– D'accord donc c'était l'un des objectifs de ces lits kangourou ?

Voilà, ils font partie, les enfants en syndrome de sevrage, des bébés qui peuvent être accueillis en chambre kangourou.

– D'accord, et est ce que vous avez des formations supplémentaires ?

Oui, mais je suis référente en addictologie. Dans le service, il y a deux personnes qui sont formées en addictologie et du coup qui sont référentes dans le service. Voilà, on peut apporter notre aide quand il y a besoin, on se forme à l'extérieur, on est formé un petit peu. Donc du coup on a suivi une formation au niveau du service d'addictologie de l'hôpital. Euh, on a aussi suivi une formation d'une journée sur l'addictologie fait aussi par des services d'addicto. Et moi je pars en formation sur Paris au mois de juin, deux jours, fait par un centre qui forme les gens en addictologie. Et c'est une formation périnatalité et addiction. Et ma collègue qui est également référente sera formée l'année prochaine.

2) Lors d'un syndrome de sevrage, que mettez-vous en place pour favoriser la création du lien d'attachement entre la mère et son enfant ?

Alors on essaie si le terme le permet, de laisser l'enfant en maternité ou depuis peu en chambre kangourou pour éviter la séparation. Donc évidemment, qui dit chambre kangourou, on favorise énormément le peau à peau. On essaie d'expliquer à maman que c'est un bébé qui aura besoin de calme, au niveau des visites tout ça, du calme, restreindre un peu les visites si besoin s'il y a trop de monde, ou échelonner les visites pour permettre justement un climat serein. Euh, avant toute mise en place de traitement, c'est du cocooning, du peau à peau, du portage, euh expliquer à la maman et au papa des soins regroupés. Et de la pénombre s'il y a besoin, du calme et l'allaitement maternel le plus possible quand la maman le souhaite. Et voilà, pas de séparation mère-enfant quand on peut.

3) Quels soins de confort effectuez-vous auprès du nouveau-né ?

Les soins de confort et bien c'est ça, des soins cocoonés, des soins à 4 mains quand on peut même si l'enfant est séparé de sa maman pour dire vraiment de cocooner pendant le soin. Et soins de confort, peau à peau, portage, nous aussi même nous du portage. Et voilà, une alimentation au sein quand c'est possible. C'est un peu la même chose qu'avant et voilà quoi.

- D'accord, et qu'est ce que la participation de la mère à ces soins apporte au bébé et à la maman ?

Au bébé évidemment tout, parce que c'est sa mère et que voilà ! Euh, à la maman ça lui permet aussi de se revaloriser parce qu'elle se sent souvent dans un sentiment de culpabilité énorme, donc ça lève un peu ce sentiment de culpabilité de pouvoir s'en occuper et de voir qu'elle s'en occupe bien. Et de voir qu'en plus quand elle s'en occupe, le bébé est bien.

4) Comment accompagnez-vous la mère dans la prise en charge de son bébé en néonatalogie ?

En la valorisant tout le temps, en lui montrant qu'elle est capable, en la laissant prendre sa place de maman. Nous on est soignant, elle elle est maman et c'est complètement différent. Et voilà, en essayant d'enlever cette culpabilité qu'elle a, et en lui montrant les côtés positifs du développement de son bébé, ce qu'il est capable de faire, et ce qu'elle est capable de faire, quand elle le met au sein, quand elle le porte, quand elle est en peau à peau, voir comment il s'apaise. Tout le temps la valoriser quoi. Voilà.

5) Et enfin, selon vous, qu'est ce que la relation d'aide ?

De la part du soignant ?

- Oui

Lui apporter justement, bah l'accompagnement, l'accompagnement de la maman tout le temps, la valoriser, lui laisser sa place de maman surtout. Et puis ça, lui expliquer aussi le syndrome de sevrage, ce que c'est, les signes pour lui permettre justement de repérer avec nous parce qu'on ne sera pas tout le temps avec elle, les signes que son bébé pourrait avoir. Voilà, l'accompagner et tout le temps la valoriser dans son rôle de maman.

- Et quelles sont les attitudes nécessaires pour mettre en place cette relation d'aide ?

Bah pas de jugement de valeur, l'empathie, la valorisation, surtout pas de jugement de valeur et lui expliquer que voilà ce qui s'est passé, ça s'est passé et qu'on va tout mettre en place avec elle pour éviter que son bébé ait un syndrome de sevrage, qu'il existe des moyens thérapeutiques s'il le nécessite et s'il a vraiment un syndrome de sevrage. Mais que voilà, que ce n'est pas dit que si on met tout en place, peut-être qu'il arrivera à ne pas en avoir, qu'il en aura un et que voilà.

– Avez-vous d'autres choses à ajouter sur le sujet ?

Bah non, rien de particulier, que c'est une nécessité vraiment de valoriser la mère, de ne pas la juger et d'éviter au maximum la séparation mère-enfant. C'est essentiel. Et le rôle du papa aussi dedans, de la famille, des aidants s'il y a, ça aussi c'est important. Qu'ils se sentent entourés.

Voilà !

### Annexe 4 :

### Grille de dépouillement

N°	Question (+/- questions de relance)	PDE n°1 du CH1 non labellisé IHAB	PDE n°2 du CH1 non labellisé IHAB	PDE n°3 du CH2 labellisé IHAB	PDE n°4 du CH2 labellisé IHAB	PDE n°5 du CH2 labellisé IHAB
1)	Lors d'un syndrome de sevrage, que mettez-vous en place pour favoriser la création du lien d'attachement entre la mère et son enfant ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser un maximum les visites de maman</li> <li>- chambre mère-enfant</li> <li>- peau à peau</li> <li>- favoriser l'allaitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si c'est possible, laisser l'enfant en maternité ou en chambre kangourou pour éviter la séparation</li> <li>- peau à peau</li> <li>- favoriser le calme, la pénombre</li> <li>- restreindre les visites, permettre un climat serein</li> <li>- cocooning</li> <li>- portage</li> <li>- soins regroupés</li> <li>- allaitement maternel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laisser les soins au maximum pendant le temps que maman était là</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maintenir la présence de la maman, une plage horaire favorable pour le lien (quand il y a un jugement)</li> <li>- cocooning</li> <li>- plus sa maman sera là et plus cet enfant sera mieux</li> <li>- il arrive que certaines filles les prennent en bandeau, en écharpe</li> <li>- ne pas prendre sa place</li> <li>- l'aider en la valorisant</li> <li>- en l'aidant à avoir une interaction avec son enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la maman a le droit à la visite tout le temps si pas de soucis particuliers</li> <li>- l'enfant apprécie pleinement, il sourit à maman</li> <li>- la même chose que pour les autres liens mère-enfant</li> <li>- elle peut dormir ici, on lui propose les plateaux repas</li> <li>- elle s'occupe de leur enfant de la même manière</li> <li>- on les prend pour des mamans</li> <li>- lambda, on ne les stigmatise pas plus que ça</li> </ul>
2)	Lors d'un syndrome de sevrage, quels soins de confort effectuez-vous auprès du nouveau-né ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le cocooning</li> <li>- le portage (maman et soignant)</li> <li>- limiter les bruits</li> <li>- utilisation d'un linge</li> <li>- la sucette physiologique</li> <li>- utilisation de sérum glucosé 30%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le cocooning</li> <li>- les soins à 4 mains</li> <li>- le peau à peau</li> <li>- le portage (maman et soignant)</li> <li>- alimentation au sein quand c'est le souhait</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le cocooning</li> <li>- utilisation de la sucette physiologique</li> <li>- utilisation de sérum glucosé 30%</li> <li>- morphine</li> <li>- le portage, déambuler avec le bébé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maintenir un scope car emmaillotement</li> <li>- change souvent + pommade car diarrhées fréquentes</li> <li>- pas trop les couvrir car hypersudation</li> <li>- sirop de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le cocooning</li> <li>- mettre un scope car mise en place de langes autour de lui</li> <li>- prélèvements méco, urinaire</li> <li>- portage à bras, on les promène, on les met dans les poussettes</li> <li>- morphine</li> <li>- scores de</li> </ul>

		- scores de Finnegan - sirop de morphine			morphine - scores de Finnegan	Finnegan - mettre des mouffles
	Qu'apporte la participation de la mère à ces soins ? (pour elle et l'enfant)	Ça permet le lien mère-enfant Pour la maman : déculpabiliser, favoriser les soins, son investissement, éviter la rupture	Pour le bébé : tout ! Pour la maman : se revaloriser, enlever le sentiment de culpabilité	Pour le bébé : il est plus calme et plus apaisé quand sa mère est présente Pour la maman : elle gagne en autonomie	Pour le bébé : lui apporter une stabilité, il y a l'olfactif, l'odeur de sa mère Pour la maman : la valoriser, elle va se sentir indispensable quand l'enfant sera plus calme	Pour le bébé : il a toujours besoin de sa maman. Tout petits ils sentent quand ils sont aimés, attendus Pour la maman : ça peut les inciter à rebondir, à s'occuper d'elle. Des fois on les voit changer. Ça les aide, elles s'investissent.
3)	Comment accompagnez-vous la mère dans la prise en charge de son bébé en néonatalogie ?	L'investir un maximum dans les soins	- en la valorisant tout le temps - en lui montrant qu'elle est capable - en la laissant prendre sa place de maman - en essayant d'enlever cette culpabilité - en lui montrant les côtés positifs du développement de son bébé	- l'accompagner dans les soins - répondre à ses questions - accompagner à l'allaitement ou à la prise du biberon - s'assurer que la maman sache bien administrer les médicaments (quand les bébés sortent avec des thérapeutiques) - voir avec elle ce qu'elle sait faire (utilisation d'une grille de préparation à la sortie)	- lui demander ce qu'elle sait faire et l'accompagner - évaluer ses compétences - la laisser seule mais vérifier de loin - créer une confiance entre elle et la puéricultrice	- on évalue, on lui propose de lui montrer, on fait avec elle une première fois - on surveille d'avantage - on s'adapte à elle, on les attend pour faire le bain par exemple - on essaye de coller au plus, de la même façon qu'on fait avec les autres mamans
4)	Selon vous, qu'est ce que la relation d'aide ?	- c'est la relation qu'a le soignant avec la maman - apporter des	- l'accompagnement - la valoriser - lui laisser sa place de maman	- ne pas empiéter sur les soins que la maman va faire	Qu'est ce que tu veux dire par relation d'aide ?	- c'est une relation d'accompagnement - c'est des parents qu'on doit

		<p>solutions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aider la maman à investir son bébé, à prodiguer des soins de base</li> <li>- déculpabiliser la maman</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lui expliquer le syndrome de sevrage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accompagner</li> <li>- l'aider au maximum sans prendre sa place</li> <li>- petit à petit se reculer dans les soins pour qu'elle puisse prendre son rôle de maman</li> </ul>		<p>accompagner, marcher avec eux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- on grandit avec eux, on chemine avec eux</li> </ul>
	<p>Quelle posture professionnelle et quelles attitudes adoptez-vous auprès de la maman ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ne pas avoir d'attitudes culpabilisantes</li> <li>- ne pas mettre en doute la parole de la maman</li> <li>- se tenir à l'écoute</li> <li>- être ouverte dans nos attitudes</li> <li>- à l'écoute sans préjugés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de jugement de valeur</li> <li>- empathie</li> <li>- valorisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valoriser au maximum les compétences des parents sans pointer du doigt quand il y a des petites choses difficiles</li> <li>- mettre en avant leurs compétences pour qu'ils aient une estime d'eux mêmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lui laisser plus ou moins de marge d'autonomie</li> <li>- être assez ferme sur certaines choses</li> <li>- aider cette maman à reconnaître les signes d'un sommeil, d'une demande de sommeil</li> <li>- pouvoir épauler cette mère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avec l'âge on peut se positionner un peu plus que si on a le même âge que la personne</li> <li>- je me positionne un peu en maman parfois</li> <li>- s'adapter aux personnes</li> <li>- se familiariser un peu avec la personne</li> <li>- plutôt zen, cool</li> </ul>
5)	<p>Avez-vous d'autres choses à ajouter ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- essayer au maximum qu'il n'y ait pas de rupture avec la maman</li> <li>- favoriser la proximité maman-bébé</li> <li>- on peut envisager un séjour prolongé de maman à la maternité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nécessité vraiment de valoriser la mère, de ne pas la juger, et d'éviter au maximum la séparation mère-enfant</li> <li>- le rôle du papa, de la famille, des aidants, qu'ils se sentent entourés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faire en sorte que maman ou papa puisse être là au maximum auprès de bébé pour pouvoir l'apaiser</li> <li>- chambre mère-enfant pour dormir 24h/24 avec leur bébé</li> <li>- couchettes quand le bébé est en box</li> <li>- maisons mère-enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quand ils sont en maternité, ils les gardent parfois 15 jours</li> </ul>	

## Annexe 5 :

### Grille de croisement des données

#### *Thème 1 :*

#### L'attachement

- Lors d'un syndrome de sevrage, que mettez-vous en place pour favoriser la création du lien d'attachement entre la mère et son enfant ?

*Objectif : identifier les actions mises en place par la puéricultrice pour favoriser l'établissement du lien d'attachement*

	<b>PDE 1</b>	<b>PDE 2</b>	<b>PDE 3</b>	<b>PDE 4</b>	<b>PDE 5</b>
Favoriser le peau à peau	+	+			
Favoriser l'allaitement maternel	+	+			
Chambre mère-enfant/ chambre kangourou/ dormir sur place	+	+	+(à la dernière question)		+
Favoriser les visites de la mère, sa présence, éviter la séparation	+	+		+	+
Favoriser le calme, la pénombre, un climat serein		+			
Cocooning		+		+	
Portage (par maman ou puéricultrice)		+		+	
Soins regroupés		+			
Laisser au maximum les soins à la maman			+		
Valoriser la mère				+	

## *Thème 2 :*

### **Les soins de confort effectués auprès d'un nouveau-né en syndrome de sevrage**

- Lors d'un syndrome de sevrage, quels soins de confort effectuez-vous auprès du nouveau-né ?

*Objectif : Identifier les soins de confort mis en place par la puéricultrice en néonatalogie et leur intérêt.*

	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4	PDE 5
Le cocooning	+	+	+	+ (dans la réponse précédente)	+
Le portage	+	+	+	+ (dans la réponse précédente)	+
Limiter les bruits	+				
Utilisation de la sucette physiologique	+		+		
Emmailloter, utilisation d'un linge	+			+	+
Le peau à peau	+ (dans la réponse précédente)	+			
Utilisation de sérum glucosé 30%	+		+		
Allaitement maternel	+ (dans la réponse précédente)	+			
Mettre un scope (par rapport à l'emmaillotement)				+	+
Évaluer avec le score de Finnegan	+			+	+
Sirop de morphine	+		+	+	+
Ne pas trop les couvrir (hypersudation)				+	
Change régulier + pommade (diarrhées)				+	



Mettre des moufles (trémulations)					+
Prélèvements méconial et urinaire					+
Soins à 4 mains		+			

- Qu'apporte la participation de la mère à ces soins ? (pour elle et l'enfant)

Lien mère-enfant éviter la rupture	+				
Pour la mère : déculpabiliser	+	+			
Pour la mère : l'investissement	+			+	+
Pour la mère : la valoriser		+		+	
Pour la mère : gagner en autonomie			+		
Pour la mère ; rebondir, s'occuper d'elle, changer					+
Pour le bébé : tout		+			
Pour le bébé : plus apaisé, calme, stabilité			+	+	
Pour le bébé : besoin de sa mère					+

### *Thème 3 :*

#### **L'accompagnement de la puéricultrice**

- Comment accompagnez-vous la mère dans la prise en charge de son bébé en néonatalogie ?

*Objectif : Identifier la forme de l'accompagnement de la puéricultrice et ce qu'il apporte.*

	<b>PDE 1</b>	<b>PDE 2</b>	<b>PDE 3</b>	<b>PDE 4</b>	<b>PDE 5</b>
L'investir un maximum dans les soins	+				
Évaluer ce qu'elle sait faire			+	+	+
La valoriser, la déculpabiliser lui laisser prendre sa place de maman		+			
Lui montrer les côtés positifs du développement de son bébé		+			

Répondre à ses questions			+		
L'accompagner dans les soins			+		
Accompagner l'allaitement ou la prise du biberon			+		
Surveiller, vérifier				+	+

- Selon vous, qu'est ce que la relation d'aide ?
- Quelle posture professionnelle et quelles attitudes adoptez-vous auprès de la maman ?

*Objectif : Identifier les attitudes de la puéricultrice pour accompagner la mère.*

	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4	PDE 5
Relation entre le soignant et la mère	+				
Apporter des solutions	+				
L'aider à investir son bébé, lui prodiguer des soins de base	+				
Déculpabiliser la mère	+				
L'accompagnement		+	+		+
Valorisation		+	+		
Lui laisser prendre sa place de mère		+	+		
Lui expliquer le syndrome de sevrage		+			
Pas de préjugés/jugement de valeur	+	+			
Être à l'écoute	+				
Empathie		+			
Être ouverte dans ses attitudes	+				
Épauler la mère					
Lui laisser +/- de marge d'autonomie, être ferme sur certaines choses				+	

S'adapter à la mère					+
Se familiariser avec la personne					+