



HAL
open science

L'accompagnement de la mère déficiente et de son nouveau-né

Khoudiedji Traoré

► **To cite this version:**

Khoudiedji Traoré. L'accompagnement de la mère déficiente et de son nouveau-né. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02473533

HAL Id: dumas-02473533

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02473533>

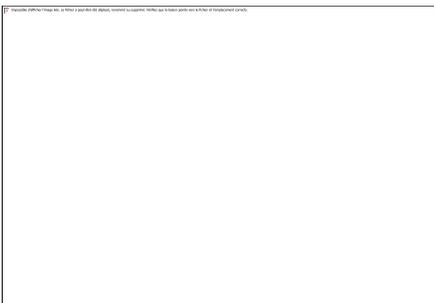
Submitted on 10 Feb 2020

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.

Projet professionnel

L'accompagnement de la mère déficiente et de son nouveau-né



Formation puéricultrice

*« Les graines semées pendant l'enfance
développent de profondes racines »*

Stephen King

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I CONSTAT	2
II CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL	10
II.1 LA PUERICULTRICE.....	10
a) La création d'un métier spécifique.....	10
b) Aux petits soins pour l'enfant.....	12
II.2 LE HANDICAP MENTAL.....	12
a) La notion de handicap.....	12
b) La déficience intellectuelle.....	13
1. Définition.....	13
2. Causes.....	13
3. Classification.....	13
4. Répercussions.....	14
II.3 LE CONCEPT D ACCOMPAGNEMENT.....	16
a) Signification.....	16
b) Le savoir-être dans l'accompagnement.....	17
c) Accompagner dans le soin.....	18
d) Accompagnement et déficience.....	19
II.4 LA PARENTALITE.....	20
a) Devenir parent, le processus.....	20
b) <i>Etre maman, déficiente intellectuelle</i>	21
II.5 LA PERIODE NEONATALE.....	22
a) Mère et nouveau-né: un lien « inné ».....	22
b) L'Attachement.....	23
c) La séparation néonatale.....	24
1. Autour de la séparation.....	25
2. <i>L'objet transitionnel</i>	26
II.6 SYNTHÈSE.....	26
II.7 PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....	29
III METHODES D INVESTIGATION	29
III.1 Choix de l'outil d'enquête.....	29
III.2 Choix de la population.....	30
III.3 Déroulement des entretiens.....	30
III.4 Analyse.....	31
IV REFLEXION PERSONNELLE	47
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES	56

INTRODUCTION

Devenir puéricultrice¹ est un projet de longue date. J'ai toujours été attiré par les bébés.

Les facultés qu'ont les enfants à s'adapter aux situations qu'ils rencontrent m'ont toujours fascinées. D'autant plus qu'on peut observer ce phénomène dès leurs premières heures de vie. On nourrit en tant que professionnel l'idée de participer, d'accompagner cet enfant et ces parents dans cette aventure, dans le prolongement de leur relation après l'accouchement et la naissance, de leur nouveau lien. Cependant, certaines expériences nous confrontent parfois à une autre réalité. Celle où le lien d'attachement ne se crée pas, où les enfants sont séparés de leurs parents, entre autres de leur mère et ce dès le plus jeune âge, où les besoins de l'enfant ne sont pas satisfaits.

Durant un stage infirmier en néonatalogie, j'avais déjà été interpellée par l'hospitalisme décrit par Spitz et les conséquences de l'absence parentale sur ces nouveaux-nés. Ce questionnement m'a suivie tout au long de mon parcours en pouponnière.

Intégrer la formation de puéricultrice m'a permis d'enrichir et d'approfondir mes connaissances sur l'enfant. C'est donc tout naturellement que mon travail de recherche s'est dirigé vers les liens mère/nouveau-né, son impact sur le développement de l'enfant et la place de la puéricultrice.

Le bien-être de l'enfant est au cœur du métier de la puéricultrice mais on peut être confronté à des décisions qui remettent en question nos pratiques professionnelles.

En première partie, je vais exposer la situation qui m'a conduite à ce sujet ainsi qu'à ma question de départ.

Dans un second temps, j'aborderai dans mon cadre de référence une partie théorique ainsi que certains concepts qu'il me semblait pertinent de présenter par rapport à mon thème.

Suite à ces recherches, ma problématique et mes hypothèses seront définies, puis l'analyse des mes entretiens sera présentée après l'introduction de ma méthodologie d'enquête.

Enfin, je conclurai par la vérification de mes hypothèses et ferai part de mon positionnement personnel et professionnel.

I CONSTAT

¹Lire puéricultrice/puériculteur

En tant qu'Infirmière Diplômée d'État, j'ai exercé au cours des deux dernières années au sein d'une pouponnière sociale.

Une pouponnière à caractère social accueille, jour et nuit, des enfants de 0 à 3 ans ne pouvant rester au sein de leur famille et ne nécessitant pas de soins médicaux.

L'admission peut survenir d'une mesure administrative, on parle alors d'accueil provisoire ou d'une décision judiciaire, il s'agit du placement sous l'autorité des juges.

La direction de l'information légale et administrative définit le placement d'un enfant comme « *une mesure de protection de l'enfant qui retire un mineur de son milieu familial (...) lorsque le milieu familial n'est pas en mesure de garantir sa santé (...), sa sécurité, sa moralité, ou si les conditions de son éducation ou de son développement (...) sont gravement compromises* »².

Il peut être déclenché par un contexte de violences familiales subies ou non par l'enfant telles que les violences conjugales. Mais aussi suite à des carences éducatives ou des défauts de soins qui peuvent être liés aux conditions de vie (situations de précarité, toxicomanie, immaturité psychique de jeunes parents ...).

L'admission provisoire peut être à l'initiative des parents en difficultés en concertation avec les services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Elle n'est pas soumise à une procédure judiciaire mais peut à son terme, faire l'objet d'un signalement.

Dans le cadre du placement, un dispositif fixé par le juge, autorise la rencontre entre les parents et leur enfant, il s'agit de visites médiatisées. Il en spécifie la fréquence et la

« médiatisation » ou non sur l'ordonnance de placement. En cas de médiatisation, la visite se déroule en présence d'un tiers.

L'infirmière en pouponnière a pour mission de veiller au bien-être de l'enfant de son accueil à son départ tant au niveau médical que dans le domaine psycho-social.

Elle est le lien entre l'enfant et sa famille après l'admission. Elle est l'interlocutrice de référence pour toute question concernant le quotidien de l'enfant. Elle fait l'intermédiaire entre le groupe et le parent lorsqu'il se présente pour les sorties ou les visites.

Elle collabore avec une équipe interdisciplinaire composée de la directrice de la pouponnière (de formation puéricultrice), de son adjointe, puéricultrice également, d'une référente sociale, d'éducatrices de jeunes enfants et d'auxiliaires de puéricultures, d'agents de service.

² Site officiel de l'administration française, Placement d'un enfant sur décision judiciaire [en ligne]. Consulté le 27 décembre 2018. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3140>

Deux pédiatres interviennent régulièrement sur la structure afin d'effectuer le suivi médical de tous les enfants (examens médicaux, vaccination) et à la demande de l'infirmière si leur état de santé nécessite une consultation médicale spécifique.

L'infirmière peut, selon ses disponibilités, participer à l'entretien d'accueil dirigé par la directrice adjointe et la référente sociale de la pouponnière.

Pendant cette première rencontre, la référente sociale invite les parents à verbaliser sur les raisons du placement. Ceci permet de connaître le degré de compréhension des parents vis-à-vis de la situation et de savoir s'ils ont bien intégré le motif du placement.

Le fonctionnement de la structure est ensuite expliqué et les informations sur les habitudes de vie de l'enfant sont recueillies.

Cet échange est propice aux questionnements des parents, à leur écoute, leur réassurance.

Après l'entrevue, une visite des espaces de vie de l'enfant est effectuée.

La pouponnière dispose d'un hall d'accueil. De cet endroit, seuls les bureaux de la secrétaire et de la directrice sont visibles. Deux portes battantes séparent cet accueil du reste de la structure. On trouve au sein de la pouponnière quatre groupes d'enfants : deux groupes accueillants les nourrissons au rez-de-chaussée et deux groupes destinés aux enfants ayant acquis la marche à l'étage. Les parents déposent alors leur enfant dans le groupe de référence auprès de l'auxiliaire de puériculture sur le seuil de la porte mais restent dans le couloir.

Cette étape clôture le temps d'accueil; nous invitons les parents à verbaliser à leur enfant le moment de séparation. Nous récupérons les effets personnels de l'enfant dont un objet transitionnel et demandons aux parents de laisser; ou le cas échéant d'apporter un vêtement personnel avec leur odeur.

C'est la seule fois où ils sont autorisés à entrer dans cette partie de la structure et où ils rencontrent l'auxiliaire qui prend en soin leur enfant. Même dans le cadre des visites médiatisées, car celles-ci se déroulent dans une petite maison séparée mais attenante à la structure.

Une fois que l'enfant est bien installé, nous procédons aux diverses transmissions : dossier de soins, vérification du carnet de santé, alimentation, intendance.

Dans la majorité des cas, il est amené par ses parents, en présence d'un référent de l'Aide Sociale à l'Enfance et d'une puéricultrice de la Protection Maternelle et Infantile ou de maternité selon l'endroit de sa provenance.

En fonction du motif et du contexte d'arrivée de l'enfant, l'impact du placement sur l'état des parents à cet instant est important et a une incidence sur le déroulement de l'entrée.

Ce temps d'accueil, hormis la préparation à la séparation, permet aussi d'amorcer une relation de confiance avec les parents, primordiale pour une prise en charge optimale de l'enfant.

Le 27/03, nous attendons, en provenance de la maternité, une petite fille, Vanessa, âgée de 10 jours.

La directrice adjointe nous transmet que le placement est dû à un signalement des professionnels de santé de la maternité et de la PMI³. Il fait suite aux doutes et inquiétudes de l'équipe quant à la prise en charge du nouveau-né par sa maman. Cette dernière déficiente intellectuelle s'est trompée durant le séjour dans le prénom de son bébé. Elle programmait son portable à sonner toutes les 3 heures afin de savoir à quel moment elle devait la nourrir. Les soignants estimaient que cette astuce ne pouvait s'inscrire dans le temps car les besoins de l'enfant évolueraient et cela les préoccupait. L'enfant n'a pas été reconnu par le père. Monsieur travaille sur les chantiers, peut s'absenter plusieurs semaines et est évasif sur son investissement. Madame a une sœur qui vient régulièrement lui rendre visite à la maternité et l'aider dans la prise en soin du bébé. Elle souhaite être une personne ressource pour sa sœur mais a ses propres difficultés dans la gestion de ses enfants et bénéficie elle aussi des services de l'ASE⁴.

Tous ces éléments ont interpellés l'équipe soignante sur la suite de la prise en soin du nouveau-né hors maternité, sur l'évolution de ces besoins et la difficulté de la mère à se repérer dans le temps.

A l'annonce de l'arrivée de l'enfant par la secrétaire, je suis allée avertir l'auxiliaire de puériculture du groupe concerné.

Peu de temps après, la directrice adjointe apparaît avec le bébé, accompagnée de deux personnes: une référente de l'ASE et une puéricultrice de la maternité.

L'entretien n'avait duré qu'une dizaine de minutes.

Le bébé soutenu par la référente, est à peine visible dans le porte-bébé et dans la combinaison qu'elle revêt. Selon les dires de la référente, c'est le seul vêtement qu'elles ont trouvé à lui mettre afin que le nourrisson ne soit reconnaissable par les parents.

Ces derniers sont contre le placement et n'ont pas été informés du départ de leur enfant de la maternité; elles souhaitaient éviter toute « altercation » si elles avaient été amenées à les croiser.

³ Protection Maternelle et Infantile

⁴ Aide Sociale à l'Enfance

Vanessa que la référente a toujours contre elle, commence à s'agiter et à pleurer.

Afin de l'inciter à la sortir du porte-bébé et à nous la confier, je demande si elle peut avoir faim et questionne sur l'heure du dernier repas pris. Je propose mon aide pour détacher les sangles pendant que les puéricultrices échangent sur l'alimentation du nouveau-né.

La référente tente de calmer Vanessa en la berçant alors que ma collègue attend pour prendre le relais. Sur intervention de la directrice, la référente la tend à l'auxiliaire. Dès lors qu'elle l'a prise dans ces bras, Vanessa se niche immédiatement contre sa poitrine et semble chercher à téter. Sachant qu'elle prend des biberons et n'ayant pas notion d'un allaitement maternel, nos regards se croisent .

Après interrogation, nous apprenons par la puéricultrice que le bébé était allaité mais que très vite des biberons ont été introduits.

Je prends congé des personnes présentes pour aller préparer un premier biberon.

Les accompagnantes, à leur départ, laissent les effets personnels du bébé: un objet transitionnel, une tétine et son carnet de santé. Une fois le biberon pris, nous synthétisons et échangeons avec mes collègues sur les informations récupérées sur l'enfant, le motif de son placement et l'absence de ses parents.

En vérifiant, le carnet de santé, nous constatons que la partie « sortie de maternité » n'est pas remplie et le poids de sortie pas mentionné. C'est un renseignement que nous relevons dès l'admission pour la préparation des biberons par l'équipe de nuit .

De plus, la fiche de renseignement sur laquelle nous recueillons les habitudes de vie de l'enfant, document rempli à l'arrivée sur informations des référentes, stipule que le bébé ne réclame pas ses biberons et ne mentionne pas l'allaitement maternel. Nous avons toutes constatées que les pleurs de Vanessa s'étaient calmés dès la faim rassasiée.

C'est la seconde fois dans un laps de temps restreint que nous sommes confrontées à ce contexte d'entrée, avec des parents non avisés du départ de leur enfant et de ce fait, non présents.

Cela nous questionne mes collègues et moi sur les conditions de départ de l'enfant et l'état des parents au moment où ils apprendraient la nouvelle et découvriraient l'absence de leur enfant.

Quelles réactions les parents vont-ils avoir?

Dans quel état émotionnel cette maman déficiente, allaitante va-t-elle être?

Comment va-t-elle comprendre cette absence de son bébé à la maternité?

Quel impact psychologique cette séparation et cette annonce de placement vont-ils avoir sur eux?

Comment vont-ils réagir envers le personnel de la maternité? Envers celui de la pouponnière, une fois qu'ils sauront où se trouve leur bébé?

Dans quel état d'esprit vont-ils venir à la pouponnière? La sécurité du personnel de la pouponnière est-elle mise en jeu?

Dans ces circonstances, sur quelle base va-t-on établir une relation de travail, de confiance avec les parents?

Cette situation me pose un certain nombre de questionnements.

Le rapport de signalement et l'ordonnance réceptionnés par la suite complètent notre recueil de données en nous apportant des éléments sur la situation familiale.

La maman âgée de 40ans est déficiente intellectuelle et mentale. Elle perçoit l'Allocation Adulte Handicapée et est sous curatelle simple. Elle rencontre des difficultés pour lire et écrire. Les gestes primaires effectuées dont le portage ne sont pas rassurants. Cependant, des progrès de la maman dans la prise en charge de sa fille, une réelle bonne volonté de sa part à essayer de suivre les conseils et un attachement palpable sont relevées .

Concernant le père, on apprend qu'il dort à la maternité tous les soirs et aide sa compagne lors des changes et des biberons. Et au sujet de la sœur de Madame, qu'elle a dessiné des petits symboles sur le carnet de santé afin que sa sœur décode plus facilement les besoins de son enfant.

Toutefois la persistance des inquiétudes concernant les capacités de Madame à prendre en charge l'enfant au quotidien et seule, du fait de sa fragilité et sa déficience et les incertitudes sur l'investissement du père au domicile, ont abouti à l'ordonnance de placement provisoire.

Les parents étant contre la séparation, un accueil provisoire n'avait pu être envisagé.

Très rapidement après l'arrivée Vanessa, ses parents prennent contact avec la pouponnière.

Une première rencontre est programmée afin qu'ils voient leur fille en attendant la mise en route des visites médiatisées. Ces dernières sont planifiées à deux par semaine pour chacun des parents. Cela doit leur permettre d'investir leur rôle et de développer leurs capacités individuelles de prise en charge de leur enfant sans que l'autre n'interfère .

La référente sociale qui s'est chargée de la première rencontre m'explique qu'elle s'est bien déroulée et que les parents sont prêts à tout pour récupérer leur enfant au plus vite.

Lors d'une synthèse d'équipe, nous apprenons que durant la première visite médiatisée, visite d'une heure, Madame a allaité son bébé. Elle a expliqué que son bébé lui avait été enlevé à la maternité et qu'elle avait « *du mal à parler et à écrire mais qu'elle était une bonne maman* ».

Je suis présente dans le groupe avec l'un des pédiatres lors d'un retour de Vanessa.

Les auxiliaires puéricultrices expliquent être en difficulté face à cette mise au sein car le bébé pleure beaucoup et cherche le sein. Le pédiatre estime que l'arrêt de ces tétées est plus bénéfique pour l'enfant. D'autant plus, que les droits de Madame se limitent à deux visites par semaine. Nous n'avons pas la liberté d'autoriser Madame à venir allaiter son bébé matin et soir car nous sommes soumis à un cadre légal auquel nous ne pouvons déroger.

La seconde semaine, il a été demandé de ne plus mettre sa fille au sein pendant ces temps car les retours de son bébé dans le groupe était difficile.

A chaque appel et chaque visite, Madame répétait sans cesse qu'on lui avait pris son bébé et rajoutait toujours qu'elle aimait sa fille et qu'elle lui manquait.

A l'occasion d'encadrement de certaines de ces visites médiatisées et malgré certaines difficultés d'expression et de compréhension, je constate que Madame a conscience du placement.

Tout en s'occupant de son bébé, à qui elle donne le repas durant ce temps, elle ne cesse de répéter « *qu'elle est une bonne maman, qu'elle s'occupe bien de sa fille, qu'elle ferait tout pour elle et qu'on lui a enlevé son bébé à la maternité juste parce qu'elle avait du mal à parler, qu'elle aimait son bébé et qu'elle lui manquait à elle et à sa famille. Qu'elle lui a donné le sein que c'est un bébé qui mange très bien, même à la maternité et qu'on lui a pris son bébé* ».

Elle exprime clairement reconnaître que l'on s'occupe bien de sa fille à la pouponnière mais que sa place est près d'elle.

Pendant ces moments, l'observation de leurs interactions, retranscrites dans un dossier, montre un réel attachement de cette maman à son bébé même si certains gestes ne sont pas très « secure » ou certaines positions pas très confortables pour l'enfant. Les interactions verbales et non verbales entre Madame et sa fille sont nombreuses. L'attention est centrée sur l'enfant, Madame étant attentive aux moindres réactions de sa fille, qu'elle regarde toujours avec un large sourire. Je ne constate aucune « fuite » du regard de l'enfant qui fixe et suit bien le visage de sa mère. Les visites sont de bonnes qualités. Il m'est arrivé d'assister lors d'une visites médiatisées à un nourrisson qui cessait de pleurer uniquement quand il était dos à sa mère ou celle d'un autre enfant qui pleurait sans cesse et se mettait en hyper-extension dans les bras de ces parents mais pas dans ceux de la professionnelle.

De temps en temps, elle recherche l'attention du professionnel pour lui rappeler que son bébé lui a été retiré.

Madame est très à l'écoute des conseils donnés et s'assure que chacun de ses gestes soient correctement réalisés en demandant l'approbation de l'équipe.

Les demandes concernant l'état général et l'évolution de son bébé sont très répétitives.

En effet, Madame appelle très régulièrement pour demander des nouvelles de sa fille, voire plusieurs fois par jour. Elle peut nous interroger à chacun de ses appels sur le nombre de biberons donnés par jour, la quantité donnée. Ou encore pour connaître le poids de Vanessa, tous les jours de la semaine alors qu'il lui a été dit qu'on ne la pesait pas tous les jours.

Les visites du père sont plus calmes, Monsieur observant beaucoup sa fille. Dès qu'il trouve une position dans laquelle elle semble confortable, il évite de la bouger. Il se charge tout de même du change dans lequel il est à l'aise.

À chaque séparation, dans le hall d'accueil, je reprends Vanessa des bras de sa mère et insiste sur le fait que je doive la ramener .

Dans le couloir menant à son groupe, je m'interroge sur les conséquences que ce placement peut avoir sur ce nouveau-né.

Au vu des interactions parents-enfant, des capacités de cette maman et de ces dires, plusieurs réflexions me viennent à l'esprit.

Quelle influence peut avoir cette séparation sur la construction, le développement psycho-affectif de ce bébé ?

Quel lien construit une maman avec son nouveau-né, en la voyant, la touchant deux jours par semaine ? Le lien mère-enfant n'est-il pas primordial dans la construction de l'enfant ?

Qu'en est-il de la construction de la parentalité chez une primipare ?

Quelles conséquences cette rupture «imprévue» à la maternité peut-elle avoir sur le nouveau-né, sur la jeune maman ? Pour son adaptation à son nouvel environnement ? Pour ces repères maternels, familiaux ?

Est-ce que la déficience de la maman peut accentuer ces conséquences ? Cette distance imposée qui pourrait créer une « distance affective » ?

Comment optimiser la dualité mère-enfant et le soutien à la maternité, parentalité, de parents avec des capacités mais souffrant de handicap ?

Comment soutenir une maman déficiente capable et éviter l'altération du lien mère-enfant dans le premier mois de vie ?

Tous ces éléments m'ont conduit à m'interroger sur l'impact d'une rupture du lien entre la mère et son nouveau-né et à poser la question de départ suivante :

Quel est le rôle de la puéricultrice dans l'accompagnement de la primipare déficiente et de son nouveau-né lors d'une séparation néonatale ?

II CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

II.1 LA PUERICULTRICE

a) La création d'un métier spécifique

L'émergence du métier de la puéricultrice est étroitement liée à l'évolution croissante de l'importance consacrée aux enfants dans la société et surtout aux inquiétudes autour de la mortalité infantile.

Le terme de puériculture prend naissance en 1865. Il caractérise « *la science d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants* ». ⁵

En 1911, est créé à Paris un institut de puériculture enseignant les principes d'hygiène infantile.

En 1945, les préoccupations d'après-guerre concernant l'enfant et la famille aboutissent à la création des services de la Protection Maternelle et Infantile.

Puis, à travers le décret du 13 août 1947, le métier de puéricultrice devient officielle.

Cette reconnaissance est l'œuvre d'un pédiatre renommé le professeur Lelong. Ce fondateur du diplôme considère la puéricultrice comme étant « *avant tout une infirmière, son rôle est l'exécution des soins spécialisés à l'enfant* ». ⁶

⁵ SELLENET Catherine, *Les puéricultrices au cœur de l'ouvrage*. Homme et perspectives/Martin media. Revigny-sur-Ornain, 2002. p11

⁶ SELLENET Catherine, *Les puéricultrices au cœur de l'ouvrage*. Homme et perspectives/Martin media. Revigny-sur-Ornain, 2002. p 28

b) Aux petits soins pour l'enfant

La vocation de l'infirmière est de prendre soin de la personne.

Ses missions sont « *protéger, maintenir, restaurer, et promouvoir la santé ...* ». ⁷

Pour l'infirmière puéricultrice, on y associe d'autres fonctions spécifiquement destinées à l'enfant, auxquelles elle contribue afin de favoriser la croissance de ce dernier et qui concernent « *le développement, l'éveil, l'autonomie, la socialisation* » ⁸.

Selon l'article R 4311-13 du code de la santé publique :

« *Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :*

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

2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;

3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps [...] » ⁹.

La formation dispensée lui apporte les spécificités nécessaires afin de garantir aux enfants des soins de qualité répondant à leurs besoins. Ces soins peuvent être dispensés dans le but de guérir, soigner, prévenir, soutenir ou dans le cadre d'éducation ou de dépistage.

Afin d'optimiser la prise en charge de ces enfants, la puéricultrice doit prendre en compte tant les domaines physiques et biologiques que psychologiques et sociaux. Cela ne peut être efficient sans la collaboration, la participation, des parents et de l'entourage de l'enfant pour la mise en œuvre des projets de soin individualisés, permettant de ce fait d'aboutir à « *un développement harmonieux* » ¹⁰ de l'enfant.

Les compétences de la puéricultrice lui confèrent la possibilité d'exercer dans divers secteurs, hospitaliers ou extra hospitaliers, tels que les maternités, les services pédiatriques, les structures d'accueil, les services de PMI. Dans chacun de ces lieux d'activité, ces qualités techniques et

⁷ Ministère des affaires sociales de la santé, Profession infirmier: Recueil des principaux textes, Berger Levrault, 2019 p163

⁸ COLSON, S, GASSIER, J. *Le guide de la puéricultrice*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2016. p4

⁹ Ministère des affaires sociales de la santé, Profession infirmier: Recueil des principaux textes, Berger Levrault, 2019 p168

¹⁰ COLSON, S, GASSIER, J. *Le guide de la puéricultrice*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2016. p5

relationnelles sont mises à profit pour accompagner l'enfant sain, celui porteur de handicap ou souffrant d'une maladie chronique¹¹ ainsi que ses parents de façon optimum.

Le concept de la famille ayant évolué au cours de ces derniers temps, la puéricultrice doit savoir ajuster et questionner sa prise en charge afin qu'elle soit au plus près des nouveaux liens qui se créent au sein de ces familles. La parentalité fait partie de son cœur de métier ainsi que son rôle dans cet accompagnement.¹² Elle peut rencontrer des situations qui l'amène à travailler avec des parents ayant des handicaps. Avant d'étudier cet accompagnement, nous allons définir le handicap et plus particulièrement la déficience intellectuelle.

II.2 LE HANDICAP MENTAL

a) La notion de handicap

Le terme handicap provient d'une expression anglaise « hand in the cap ». Elle se traduit au sens littéral par : « la main dans le chapeau » et servait, en Grande-Bretagne, à désigner la personne qui était en position défavorable lors de jeu d'échange.

En France, dans les années 50, ce mot handicap, regroupe les travailleurs handicapés et les personnes souffrant d'une infirmité ou d'une invalidité.

Puis, dès 1980, ce terme est utilisé pour caractériser les individus atteints d'une déficience les rendant inaptes à assumer un rôle et une activité sociale ordinaires. Après avoir étudié les diverses définitions du handicap, R.Liberman, neuropsychiatre, en déduit que cette notion correspond à « un degré d'impossibilité, conséquence d'un trouble et donc par l'absence de certains apprentissage; ce degré d'impossibilité s'évalue en rapport à un environnement et donc à une norme sociale et permet de juger de l'autonomie d'une personne».¹³

De nos jours, « Handicap: en son sens le plus général, se définit comme un désavantage, une infériorité. Il n'est pas spécifique, mais dépend de l'environnement».

¹¹ COLSON, S, GASSIER, J. *Le guide de la puéricultrice*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2016, préface

¹² *Ibid*

¹³ LIBERMAN Romain, *Handicap et maladie mentale*. Paris: Presse Universitaire de France, 2015. p36

La notion d'influence du contexte environnemental devient au centre de la qualification du mot car, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est l'inadaptation à l'environnement qui engendre la situation de handicap et pas uniquement le déficit.

En 2005, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées homologue la définition suivante: « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou troubles de santé invalidant* ». ¹⁴

Cette loi est toujours en vigueur à ce jour.

Les personnes souffrantes de handicap sont limitées dans leurs capacités. Ces incapacités varient selon le degré d'atteinte et dépend donc de la déficience diagnostiquée. On peut dénombrer plusieurs catégories de handicap: le handicap visuel, auditif, moteur, psychique, mental, cognitif et les maladies chroniques invalidantes. Certains peuvent être visible et d'autre invisible tel que le handicap mental. Ce dernier également cité sous la notion de déficience intellectuelle. Nous allons donc aborder plus spécifiquement cette catégorie du handicap.

b) La déficience intellectuelle

1. Définition

La déficience intellectuelle est un problème de santé définie, selon le Docteur Aït-ali, auteur du livre « *L'essentiel sur le handicap* », comme étant « *une difficulté à comprendre et une limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension, des connaissances et de la cognition* » ¹⁵. C'est aussi une des caractérisation de l'Organisation Mondiale de la Santé qui évoque la réduction de la faculté de discerner un message nouveau ou complexe, d'acquérir et d'exécuter de nouvelles aptitudes. La déficience débute souvent dès l'enfance, perturbe le développement et va entraîner une dépendance face à certaines situations. L'OMS définit d'ailleurs le handicap mental, ou déficience intellectuelle, comme « *un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance*

¹⁴BELAID Ait-ali, *L'essentiel sur le handicap*, 1ère éd.Toulouse: Octarès, 2017. p 5

¹⁵BELAID Ait-ali, *L'essentiel sur le handicap*, 1ère éd.Toulouse: Octarès, 2017. p 80

*des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ».*¹⁶

2. Causes

Le handicap mental est un handicap de naissance ou qui survient durant les trois premières années de vie de l'enfant. Diverses étiologies sont recensées tels que les dérèglements génétiques, les malformations anténatales, les séquelles dues à des maladies tels que la toxoplasmose ou la rubéole ou des causes périnatales comme les hémorragies cérébro-méningées.

3. Classification

Les tests de Quotient Intellectuel sont utilisés afin de déterminer et classer les déficiences par degré d'atteinte. Cinq catégories existent, classées selon le coefficient intellectuel obtenu, la norme étant situé entre 90 et 100 :

- *Déficiência mentale profonde : $QI < 25$*
- *Déficiência mentale sévère : $QI < 40$*
- *Déficiência mentale modérée : $QI < 55$*
- *Déficiência mentale légère : $QI < 70$*
- *Déficiência mentale limite : $QI < 85$* ¹⁷

Cependant cette classification ne permet pas de discerner précisément les atteintes spécifiques des personnes. D'autres critères peuvent être pris en compte pour déterminer la gravité et appréhender précisément les difficultés conceptuels, sociales et pratiques rencontrées. Ce que propose la nomenclature du Diagnostic and Statistical Manual 5 (DSM 5). Selon leurs critères, certaines déficiences peuvent être liées à des troubles cognitifs comme des défauts de langage ou à des troubles de l'apprentissage tels que la dyscalculie ou la dyspraxie. Et d'autres, plus sévères tels que le retard psychomoteur ou le trouble du comportement, avoir des retentissements conséquents en terme de qualité de vie, d'autonomie, d'intégration, de socialisation.

4. Répercussions

¹⁶CCAHA, Les différents types de handicap [en ligne]. Consulté le 10 février 2019. Disponible sur <https://www.ccah.fr/CCAHA/Articles/Les-differents-types-de-handicap>

¹⁷ BELAID Ait-ali, *L'essentiel sur le handicap*, 1ère éd. Toulouse: Octarès, 2017p 80

Du fait de la limitation de ses ressources intellectuelles, une personne handicapée mentalement peut éventuellement éprouver certaines difficultés à s'intégrer dans la vie courante et la vie sociale. L'incompréhension de « concepts généraux et abstraits »¹⁸ faisant partie intégrante des règles de la vie sociale, les problèmes pour se repérer dans l'espace et dans le temps, pour comprendre le mode de fonctionnement de certains appareils de la vie courante, pour retenir des messages oraux et sonores et décoder l'importance de certains, pour traiter un imprévu sont quelques uns des obstacles relatifs à cette autonomie.

Ce handicap provoque sur les personnes atteintes des incapacités, qui peuvent avoir un impact sur « *l'acquisition et la mémorisation des connaissances, l'attention, des acquis en termes de savoir-faire, la communication, l'autonomie sociale et professionnelle ou la stabilité émotionnelle et le comportement* »¹⁹. La faculté de décoder les informations, de les enregistrer, la capacité d'analyser des situations, et de prendre de décisions se trouvent affectées. **Toute confrontation à une situation nouvellement rencontrée peut être une épreuve pour la personne présentant une déficience intellectuelle. Selon le degré de son invalidité, s'accommoder à cette situation inconnue peut se révéler délicat. La limitation du comportement adaptatif, le manque de faculté d'intégration de l'information et mais aussi face à l'impossibilité de transférabilité immédiate de réponses ou d'apprentissage déjà effectués étant des freins. Il est donc nécessaire pour certaines de ces personnes de répéter fréquemment certaines pratiques, certains apprentissages afin de s'accoutumer au nouveau contexte.** R. Liberman considère d'ailleurs que « *le handicapé mental serait un sujet qui en raison d'une déficience pathologique présente une incapacité fonctionnelle d'insertion dans le circuit social ordinaire* »²⁰.

On comprend ainsi les difficultés d'adaptation sociale que peuvent rencontrer les personnes ayant une déficience intellectuelle. On peut aussi en déduire qu'exercer un rôle parental peut s'avérer compliqué par « le manque de repères temporels, la difficulté à établir un lien de cause à effet, l'absence d'interactions langagières, l'absence de comportement affectif, les difficultés cognitives, les difficultés de transfert et/ou de

¹⁸ UNAPEI, Déficience intellectuelle et handicap mental [en ligne]. Mis en ligne le 1 Avril 2013, consulté le 10 février 2019. Disponible sur <https://informations.handicap.fr/a-deficience-intellectuelle-handicap-mental-3110.php>

¹⁹ BELAÏD Ait-ali, *L'essentiel sur le handicap*, 1^{ère} éd. Toulouse: Octarès, 2017 p 80

²⁰ LIBERMAN Romain, *Handicap et maladie mentale*. Paris: Presse Universitaire de France, 2015. p 38

généralisation, l'isolement social ou encore d'autres difficultés ». ²¹ Cela dit, une loi datant de 2007 vient conforter la position de ces personnes concernant la parentalité : *«le parent déficient même sous tutelle est réputée être en capacité de s'occuper de son enfant»*.

Ainsi, la déficience intellectuelle ou mentale indique l'origine du handicap mental. Cette dernière est donc le produit de la combinaison entre la déficience et l'incapacité qui en émane et se manifeste en terme de conséquence sociale. Cela implique la mise en place d'un accompagnement spécifique pour les personnes concernées. **Nous allons donc explorer plus amplement ce concept.**

II.3 Le concept d'accompagnement

a) Signification

Etymologiquement « accompagner » vient de compagnon, qui est celui avec lequel on partageait le pain durant un déplacement. ²²

De cette relation de compagnonnage, émergent les notions d'apprentissage, de transmission de savoirs et de savoir-faire d'un maître à un apprenti.

De nos jours, plusieurs définitions sont proposées pour déterminer le terme accompagner dans lesquelles on retrouve principalement l'idée de cheminement; *« le fait de se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui »* ²³, *«se joindre à quelqu'un pour les suivre ou le guider »* ²⁴, *« honorer une personne », « servir de protecteur ou de guide à une personne »*. ²⁵

Selon Paul Maela, auteur de *« L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique »*, accompagner peut se définir simplement par *« aller avec/vers »*.

²¹UDAPEI du Nord, *Que sont-ils devenus?* [en ligne] p9 à 12. Consulté le 11 mars 2019. Disponible sur <http://www.udapei59.org/wp-content/uploads/2018/10/UDAPEI-Etude-Que-Sont-Ils-Devenus-Oct-2018-Web.pdf>

²² TITRAN Maurice, *Accompagner*, [en ligne], Eres, 2003, pages 5à11. Consulté le 11 Mars 2019. Disponible sur <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/accompagner--9782865868308-page-5.htm#?>

²³PAUL Maela, *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan, 2004 p 308

²⁴ L'internaute, *Accompagner* [en ligne]. Consulté le 11 mars 2019. Disponible sur <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/accompagner/>

²⁵CNRTL, *Accompagner* [en ligne]. Consulté le 11 mars 2019. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/accompagner>

Ce concept s'articule autour de 3 points spécifiques:

- *conduire* : mener vers un but
- *guider* : éclairer, ouvrir la voie
- *escorter* : protéger, sécuriser le chemin

Chacun représentant une perspective : celle de « *sur-veiller* », « *d'éveiller* », et de « *veiller-sur* »²⁶.

La finalité de l'accompagnement est donc l'atteinte de l'autonomie et la prise de responsabilité de l'accompagné tout en le rassurant par sa présence, sa disponibilité et la mise à disposition de ses aptitudes.

Dans cette optique, il est primordial pour le professionnel de tenir compte dans sa démarche d'accompagnement de ses représentations, de sa conception de la normalité, qui peut être propre à chacun et des les confronter au point de vue de la personne qu'il accompagne.

Ces éléments peuvent influencer sa stratégie d'intervention et tout accompagnement doit être pensé avec et pour l'individu qui va en bénéficier.

Cette démarche, comme toute élaboration de projet de soin, doit être déterminée selon les besoins spécifiques de l'individu. De ce fait, l'accompagnant doit mobiliser ses compétences relationnelles afin d'évaluer les potentialités, repérer les fragilités et les limites de la personne et de lui garantir une intervention adaptée.

D'ailleurs selon C.Rogers (1968), l'accompagnement repose sur « *un partage entre deux personnes d'une empathie et d'une aide psychologique plus individuelle* ». ²⁷

b) Le savoir-être dans l'accompagnement

L'instauration d'« *un climat d'attitude psychologique facilitatrice* »²⁸ est d'après C.Rogers nécessaire à un accompagnement efficient.

Les capacités d'écoute active, de communication, de disponibilité des soignants, associées à leurs compétences techniques leur permettent de mettre à profit leurs valeurs et qualités personnelles et professionnelles et d'établir avec la personne prise en soin, le type d'accompagnement approprié.

La qualité de cette relation va encourager la personne accompagnée à utiliser son potentiel et à se faire confiance. Carl Rogers base cette relation d'aide sur trois points essentiels:

²⁶PAUL Maela, *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan, 2004 p 309

²⁷LIBERMAN Romain, *Handicap et maladie mentale*. Paris: Presse Universitaire de France, 2015. p102

²⁸PAUL Maela, *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan, 2004. p 31

- la congruence correspond à la concordance, la conformité entre ce que l'on est et ce que l'on communique, ce que l'on renvoie à l'autre ; c'est être authentique
- la considération positive inconditionnelle signifie accepter l'autre tel qu'il est; unique, avec ses sentiments, ses facultés de choix, de décisions en faisant abstraction de ces propres désirs, ces critères personnels
- l'empathie, c'est la capacité de se mettre dans le rôle de l'autre, de ressentir ce qu'il vit à un moment donné de la situation, afin de lui montrer notre réceptivité mais sans être contraint d'adhérer et sans se laisser submergé par la situation.

La compréhension de la situation au regard des éléments recueillis et la collaboration soignant/soigné mettent en évidence « *le concept de "soins personnalisés "* » correspondant à *une prise en compte de la personne dans sa globalité et celui "d'approche négociée " qui fait du patient un " partenaire" »*²⁹. Cet élément est indispensable pour établir une relation de confiance et une relation de soin de qualité.

c) Accompagner dans le soin

Selon Walter HESBEEN, accompagner équivaut à « *faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé* ». Cet autre aspect de l'accompagnement peut faire référence à celui d'une personne en situation de handicap.

Sa vision du concept rejoint et précise celle de Paul Maela, dans la notion de respect de ce que la personne doit vivre et donc sans avoir de préjugés sur l'accompagnant. Mais il s'accorde également dans la reconnaissance de « *son existence en tant que telle avec ces différences* », et dans la prise en compte de la « *complexité et de l'individualité de chaque personne* ».

D'autant plus que de nos jours, l'évolution de la société modifie nos perceptions, nos représentations, les relations à la Santé. Chacun possède sa propre représentation du « bien vivre » avec la santé qui est la sienne. L'adaptation du soignant est essentielle pour aider accompagner à accéder à cet état de bien-être complet recherché et convoité par tous.

L'accompagnement peut prendre s'exercer sous diverses formes comme Paul nous l'expose dans son ouvrage. Il peut se formaliser sous la forme d'un soutien, d'un suivi, d'un apprentissage, d'un accompagnement social ou médico-social, à but éducatif ou budgétaire.

Cela concorde avec le processus de tutelle décrit par Bruner, psychologue, et qui selon lui peut se matérialiser par une intervention sous forme d'aide psychologique ou pédagogique.

²⁹PAUL Maela, *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan, 2004. p86

Quelque soit la forme préconisée, pour que l'accompagnement soit optimal et concluant, une des conditions est l'adhésion et la compréhension des enjeux du projet par l'accompagné. Il faut qu'il soit acteur de sa quête d'autonomie et ne devienne pas dépendant de l'accompagnant.

Accompagner « *c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non engagement; il s'agit surtout de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quelque soit la situation de la personne.* »³⁰

Par conséquent, les professionnelles doivent continuellement s'accommoder aux changements et ajuster leurs pratiques aux nouveaux besoins évolutifs de la population, des familles, des individus que cela soit autour de la santé, de la maladie chronique ou non, de la mort et du handicap.

d) Accompagnement et déficience

Les recherches autour de l'accompagnement et le handicap se concentrent souvent sur les barrières intellectuelles ainsi que leur impact sur l'exercice parentale et délaissent le contexte environnemental. Ce constat issu de l'article de B.Copin intitulé « être parent avec une déficience intellectuelle »³¹ résulte de nombreuses études.

Pourtant il est important de ne pas sous estimer l'influence que peut avoir la présence ou non d'un entourage familiale, d'exemples parentaux adaptés, leur niveau de vie, leurs vécus, la crainte de voir ses enfants placés ou le jugement de l'autre car tous ont des effets conséquents sur la parentalité. Accompagner de façon efficiente la mère déficiente, nécessite de s'intéresser à son environnement et de surpasser le déficit médical.

De ces recherches émanent certaines variables pouvant avoir une influence sur les habiletés parentales et le développement de l'enfant. Parmi elles, on peut citer les stress, les compétences parentales et les soutiens.

Les limites des capacités cognitives, sociales et adaptatives de ces mères liées à leurs incapacités intellectuelles génèrent un niveau de stress plus important que chez les mères ne présentant pas de déficience. Ce stress ajouté à leur contexte environnementale les amène à se considérer comme incompétente. Cela va donc interférer dans leur interaction avec l'enfant et avoir un impact émotionnelle et psychologique sur leur pratique parentale.

³⁰Concepts Le soin/ L'accompagnement/ Le rôle du soignant [en ligne]. Consulté le 16 mars 2019. Disponible sur http://www.synora-commerce.fr/ch_bischwiller_extranet/Doc/Ressources/LE_SOIN_2017011108562317.pdf

³¹COPPIN Bertrand, Etre parent avec une déficience intellectuelle, *Contraste* [en ligne], 2005, n°22-23, p258 à 314. Consulté le 12 mars 2019. Disponible sur <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/revue-contraste-2005-1-page-285.htm>

Quand l'accompagnement est destiné à des personnes en situation de handicap, son but est de faire émerger des stratégies permettant d'atténuer leurs incapacités en utilisant leurs ressources personnelles et environnementales.

Les professionnels peuvent, de leur côté, ressentir des inquiétudes face aux habilités de ces mères déficientes à apporter les réponses adéquates aux besoins de leur enfant.

Dans l'ouvrage intitulé « Soins et handicap mental » de C.Leclerc, les personnes ayant une déficience mentale « sont jugées moins compétentes »³² par des soignants que les mères sans handicap ou ayant un handicap physique. Cet auteur insiste sur l'impact que le handicap peut avoir sur le soignant et sur sa relation soignante.

En général, la personne handicapée accompagnée, va être plus ou moins considérée comme un enfant qui a des problèmes de développement ou une personne ne pouvant être autonome ou atteinte d'une maladie incurable. Il est vrai que les informations, selon leurs déficiences, doivent être transmises en tenant compte de leurs difficultés de compréhension, d'apprentissage mais il ne faut pas les sous-estimer ou les infantiliser. Cela ne ferait que renforcer leur sentiment d'incompétence voir d'infériorité et nuire à leur parentalité. «Le regard porté sur elles peut les surhandicaper dans leur pratique parentales».³³

L'accompagnement qui leur ait apporté et le soutien, au-delà du handicap et de ses représentations, peut être déterminant pour permettre à ces mères d'accéder à une pratique sereine de leur parentalité. C'est pourquoi nous allons dans la partie suivante nous intéresser aux mécanismes intervenant dans ce processus de parentalité.

II.4 La parentalité

a) Devenir parent, le processus

« La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le

³²LECLERC Charles, *Soins et handicap mental*, Montrouge: Arnette, 2018 (Books-e-books). p 47

³³COPPIN Bertrand, *Etre parent et en situation de handicap, Reliance* [en ligne], 2007, n°26, p 88 à 96. Consulté le 12 mars 2019. Disponible sur <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/revue-reliance-2007-4-page-88.htm?contenu=plan#s1n7>

développement et l'éducation de l'enfant.[...]Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant »³⁴.

Accompagner les parents dans cette évolution permet à la puéricultrice de leur apporter le soutien nécessaire pour d'une part assumer et assurer leur rôle et d'autre part les guider dans développement et la consolidation de leurs compétences parentales.

Eduquer un enfant exige que le professionnel et entre autre la puéricultrice puisse s'assurer de la présence ou non de certaines aptitudes physiques, intellectuelles et psychologiques.

Au niveau physique, il s'agit de vérifier que le parent est en capacité de porter son nouveau-né, d'établir en continu un contact visuel et de coordonner ces mouvements lors des soins apportés à l'enfant.

Sur le plan intellectuel, les aptitudes que le parent doit posséder concernent la gestion de budget, la lecture, l'écriture et la faculté de projection temporel.

Psychologiquement, les éléments essentiels se concentrent autour des qualités humaines, de l'instauration d'une communication adaptée et de conditions de développement favorables et des facultés à répondre aux besoins du bébé. « *Rien ne prépare vraiment les parents valides à prendre en charge leur enfant* ³⁵ ». On peut donc penser que l'intervention et la proximité de la puéricultrice est de ce fait d'autant plus important si cette parentalité concerne un parent ayant une déficience intellectuelle.

b) Etre maman, déficiente intellectuelle

Mettre un enfant au monde est un vécu à la fois propre à chacune mais aussi avec des aspects communs. On ne naît pas mère on le devient. Que la mère soit en situation de handicap ou non, c'est une fonction qui s'acquiert en tenant compte de son histoire et expérience personnelles.

Pourtant certains écrits, selon l'ouvrage « *Etre mère autrement* ³⁶ », démontrent des représentations inverses sur le handicap qui vont s'ajouter aux contraintes déjà rencontrées par la personne déficiente et les gêner dans leur pratique parentale. La présence d'une déficience permanente influe sur la perception de la personne comme pouvant être une mère éventuelle.

³⁴UDAPEI du Nord, Que sont-ils devenus? [en ligne] p9 à 12. Consulté le 11 mars 2019. Disponible sur <http://www.udapei59.org/wp-content/uploads/2018/10/UDAPEI-Etude-Que-Sont-Ils-Devenus-Oct-2018-Web.pdf>

³⁵MORIN Bertrand, *Accompagner vers la parentalité les personnes en situation de handicap*, [en ligne] Chronique Sociale, Lyon, 2013. 136p. Consulté le 11 mars 2019. Disponible sur <https://www.lien-social.com/Accompagner-vers-la-parentalite-les-personnes-en-situation-de-handicap>

³⁶PIOT Maudy, *Etre mère autrement: Handicap et maternité*, Paris: L'harmattan, 2007. p 50-52

La déficience est perçue comme pouvant avoir un impact sur les compétences maternelles et rendrait donc ces femmes déficientes inaccessibles à la parentalité.

La mère handicapée doit justifier de ces capacités à être une bonne mère et d'avoir conscience des responsabilités que cela implique.

Toujours tiré de l'ouvrage cité ci dessus, un recueil de témoignages montre que ces femmes expriment leur droit légitime à la liberté de décision sur leur vie, leur droit à la maternité associé à un accompagnement individualisé. Elle revendique aussi d'avoir la garantie de pouvoir garder leur enfant afin de maintenir un lien déterminant, constitutif de leur développement affectif.

Il arrive, toutefois, que l'obstacle vienne de la femme handicapée qui se dévalorise, doute de ces capacités car consciente de ces incapacités. Cependant on constate, suite à des expérimentations, que certaines difficultés peuvent être contournées et que les facultés adaptatives de l'enfant y contribuent de façon essentielle.

Se faire confiance en tant que mère et leur faire confiance en tant que parent sont garants d'une prise en charge de bonnes qualités, valorisant le processus de parentalité. La partie suivante va nous permettre de faire le point sur la construction du lien mère-enfant et les principaux concepts qui en découlent.

II.5 La période néonatale

a) Mère et nouveau-né: un lien « inné »

Comme le prouvent plusieurs expériences menées durant la période fœtale, les prémices du lien mère-enfant se créent bien avant la naissance. Par le biais de savoirs théoriques acquis durant la formation, on sait que le fœtus développe des compétences gustatives et olfactives. En effet, il reconnaît le goût et l'odeur du liquide amniotique. D'ailleurs, dès sa venue au monde, le nouveau-né est attiré vers le sein par ce qu'il en a mémorisé l'odeur. Ces capacités perceptives précoces lui permettent de s'apaiser aux sons de la voix maternelle et au contact de sa peau, de son odeur. Cette sensibilité olfactive est aussi présente chez la mère qui sait identifier l'odeur de son bébé. La construction du lien se poursuit au contact de la mère. Le nouveau-né est réceptif et sensible aux émotions qu'elle peut ressentir. Ils forment une dyade, une relation fusionnelle se tisse entre eux. Durant cette période néonatale, le nouveau-né âgé, de 0 à 28 jours, est dépendant de sa mère. Selon D.Winnicott, pédopsychiatre, auteur du livre « *le bébé et sa*

mère »³⁷, le bébé ne fait qu'un avec sa mère à la naissance. Celle-ci est dévouée, focalisée sur les besoins de son enfant et capable de capter tous les signaux qu'il émet afin d'y apporter les réponses nécessaires. D.Winnicott explique que la mère ressent les besoins de son bébé. Il nomme cet état « la préoccupation maternelle primaire ». Elle permet à la mère de « *s'adapter au tous premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité* ». ³⁸ Les interactions corporelles et la satisfaction de ces besoins essentiels vont sécuriser l'enfant. La relation de confiance issue de cette interdépendance va contribuer à un développement adapté de l'enfant et favoriser le lien attachement mère-enfant.

b)L'Attachement

Les

connaissances théoriques issues de la formation de puéricultrice, permettent d'affirmer que les pleurs, les sourires du bébé, le réflexe d'agrippement et celui de la succion, le fait de suivre du regard sont des comportements innés chez le nouveau-né. Ils servent à prévenir de leurs besoins de proximité et de soins et ce sont ces interactions avec la personne engagée dans cette relation qui va favoriser l'attachement. La théorie de l'attachement développée et expérimentée par J.Bowlby, psychiatre, découle de ce constat. Cette personne engagée qu'il considère comme la figure d'attachement est principalement représentée par la mère. C'est elle qui le plus souvent prend soin du nouveau-né et de ce fait c'est à elle qu'incombe la responsabilité d'un développement psycho-affectif harmonieux. Son rôle primordial de « *caregiver* ³⁹ » vise à : « *assurer et développer la sécurité de base du bébé, lui permettre de se représenter le monde externe et son monde interne, les émotions qu'il éprouve, l'aider à développer sa pensée, lui apporter ses premières images identificatoires* »⁴⁰. D.Winnicott dans son concept de la « *mère suffisamment bonne* »⁴¹, associe trois points clés au rôle maternel :

- le handling qui concerne la manipulation du bébé, le contact tactile, auxquels il est important d'associer la voix, les intonations primant sur les mots, lui permet de prendre conscience de son corps et de se l'approprier
- le holding qui correspond à un portage contenu, rassurant physiquement et psychiquement l'enfant

³⁷WINNICOTT Donald.W, *Le bébé et sa mère*, Paris: Payot & Rivages, 1992. 160p

³⁸DELOBELLE, Cours de psychologie, Interactions précoces, Ifsanté Homme

³⁹Traduction : soignant

⁴⁰DELOBELLE, Cours de psychologie, Interactions précoces, Ifsanté Homme

⁴¹ELIACHEFF Caroline, SZEJER Myriam, *Le bébé et les ruptures*, Paris: Albin Michel, 2003. p131

- l'objet presenting qui signifie présentation de l'objet et qui représente la façon dont la mère par sa présence aide le bébé à découvrir le monde extérieur

Ces actes de soin maternel sont certes fondamentaux pour contribuer au bon développement du bébé. Cependant D.Winnicott explique que la « *bonne mère* » ne doit pas trop l'être car « *ensuite le bébé commence à avoir besoin d'une mère défaillante* »⁴². Grandir avec ce sentiment d'omnipotence serait déplorable pour ce petit être humain. Il doit apprendre à ressentir le manque afin d'élaborer des capacités psychiques face aux frustrations.

La mère bonne ne doit ni anticiper les besoins de son bébé ni combler totalement ses désirs, cela participe aussi à son processus de maturation et à son apprentissage vers l'autonomie.

Cette autonomie dont l'enfant a besoin, s'acquiert à travers une étape indispensable celle de la séparation. Elle permet aussi à l'enfant de tisser sa propre identité. Toutefois, elle ne peut être constructive que dans le respect des phases de développement et dans un ordre de succession qui ne soit pas délétère pour l'enfant. Il doit se sentir en sécurité notamment auprès de sa figure d'attachement. J.Bowlby, psychiatre célèbre pour ces travaux sur la relation mère-enfant, le confirme dans ces observations, leur séparation peut être source de stress pour l'enfant et son besoin primaire est la sécurité, la protection.

D'ailleurs des expériences, autour de la séparation, poursuivies par M.Ainsworth⁴³, psychologue du développement, ont permis de dégager quatre types d'attachement sécurisant ou non l'enfant.

L'attachement sécurisé démontre qu'une relation de confiance est instaurée entre le parent et l'enfant ce qui l'incite à évoluer et découvrir son environnement de façon sereine. La figure d'attachement est perçue comme une base de sécurité surtout en cas de séparation. A l'inverse, l'attachement insécurisé reflète que la confiance n'est pas optimale entre l'enfant et son parent. La figure d'attachement n'est pas considérée comme pouvant apporter une base sécuritaire nécessaire et sa présence peut même conduire à des comportements d'angoisse, d'évitement ou d'ambivalence de l'enfant.

Le système d'attachement se trouve désorganisé quand le parent se révèle à la fois être « *source de sécurité et source de stress* »⁴⁴. Mais cela peut également se produire en cas de perte de la figure d'attachement. Lors d'un décès ou d'un placement, et de surcroît si cette personne est la seule figure d'attachement, un trouble d'attachement interrompu peut survenir et entraîner

⁴²WINNICOTT Donald.W, *Le bébé et sa mère*, Paris: Payot & Rivages, 1992. p25

⁴³DELOBELLE, Cours de psychologie, Interactions précoces , Ifsanté Lomme

⁴⁴EMERY Jacinthe, *L'attachement parent-enfant*, Montréal: Chu St Justine, 2016. p 121

chez l'enfant des états de détachement, de protestation voire de désespoir. De même dans le cadre d'une séparation trop longue, le processus d'attachement est ébranlé et peut aussi s'effacer.

c) La séparation néonatale

La séparation mère-enfant souvent décidée par des professionnels médicaux et sociaux n'est pas sans équivoque. Prise dans le souci du bien-être de l'enfant, il arrive qu'elle intervienne dans ce moment crucial qu'est la période néonatale, ce premier mois de vie de l'enfant. Elle n'a pas la même perception si la cause est liée à un problème médical qui nécessite une hospitalisation ou si elle fait suite à un placement du fait de facteurs de risque d'ordre social ou psychiques qui mettent le nouveau-né en situation de danger.

Néanmoins, J.Bowlby⁴⁵ met en évidence des comportements colériques, hyperactifs, d'agitation accompagnés d'une tachycardie, signes d'anxiété et de détresse relevés chez le jeune enfant lors de séparation précoce transitoire ou définitive. Si la situation perdure, des phases d'hypoactivité, de discrétion, d'apathie, d'une baisse puis d'une absence d'interactions associées à une hypervigilance s'installent. Le psychiatre mentionne une étape dépressive de l'enfant qui se rapproche de la dépression anaclitique décrite par son homologue R.Spitz chez les nourrissons. On peut donc dire que la phase dépressive observée par J.Bowlby est le premier stade traversé par le nouveau-né quand il est séparé de sa figure d'attachement puis la dépression se majore avec la croissance de l'enfant, ainsi se profile la dépression anaclitique dans un second temps. En cas de non retour de la figure d'attachement, une aggravation des symptômes peut aboutir à ce que R.Spitz nomme l'hospitalisme. Il s'agit d'une forme grave de repli relationnel et d'un retard du développement psychomoteur.

Satisfaire les besoins vitaux de l'enfant n'est pas suffisant. Le contact, le lien d'attachement est primordial pour qu'il puisse bien grandir.

1. Autour de la séparation

La communication est indispensable à l'être humain et parler fait partie de son destin. Le nouveau-né n'a pas accès au langage à la naissance mais il est essentiel de communiquer

⁴⁵ELIACHEFF Caroline, SZEJER Myriam, *Le bébé et les ruptures*, Paris: Albin Michel, 2003. p 201

avec lui et de l'informer. Il est important d'énoncer à l'enfant ce qui lui arrive afin de donner un sens à ce qu'il vit. Et toute séparation qu'elle soit temporaire ou non doit lui être formulée. L'enfant auprès duquel elle est anticipée, expliquée, témoigne d'une confiance et d'une adaptabilité aux séparations, qui le sécurise. Mais il n'est pas rare de voir des séparations se dérouler dans un climat d'angoisse sans qu'aucune parole ne soit exprimée. Et ce au détriment de l'enfant. Ces ruptures peuvent créer des blessures psychiques irrémédiables, il est donc essentiel de lier la parole à l'événement.

« *La séparation doit pouvoir se vivre dans la position subjective active et désirante du "je me sépare"*⁴⁶ ». Le bébé doit se sentir sujet et être impliqué dans le processus de séparation afin de pouvoir s'y préparer.

La réciproque vaut pour la mère aussi. La rupture du lien initié en anténatal, consolidé à la naissance implique que la séparation néonatale perturbe psychologiquement la dyade mère-enfant. Elle perd aussi ces repères et cela peut engendrer des sentiments d'angoisse, de culpabilité. Elle peut s'estimer incompétente, se sentir frustrée. La préparer, l'accompagner à ce moment à tout son intérêt pour elle et pour ces relations futures avec son bébé.

2. L'objet transitionnel

D. Winnicott évoque l'objet transitionnel comme un outil judicieux voire précieux⁴⁷. Il peut s'agir d'une peluche, d'un jouet, d'un linge que l'enfant investit et qu'il **garde surtout dans les moments** de séparation. **L'importance n'est pas l'objet en soi mais son utilisation ; il apparaît comme** étant utile à l'enfant pour passer d'un état de fusion à celui de la séparation. Il **« dégage l'enfant du besoin de la mère elle-même »**⁴⁸. Et peut être, à l'inverse, utile à la mère **afin de se représenter (imaginer) sa présence permanente auprès de son bébé.**

II.6 Synthèse

« *La naissance est cette phase où la vie se dit, se crée par un acte de castration de l'enfant d'une partie de soi mais aussi de l'acceptation que l'enfant sorte de la matrice (utérine) protectrice*

⁴⁶*Ibid.*, p 356

⁴⁷DELOBELLE, Cours de psychologie, Interactions précoces dispensées à l'enfant Lomme

⁴⁸BLONDEL Marie-pierre, Objet transitionnel et autres objets d'addiction. *Revue française de psychanalyse*, 2004, Vol 68, pages 459 à 467. Consulté le 10 mars 2019. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2004-2-page-459.htm#>

»⁴⁹. C'est la première des nombreuses séparations que vont se succéder au cours de la croissance et du développement de l'enfant.

La mère et son nouveau-né déjà lié en anténatal se découvrent à la naissance et tissent de cette nouvelle relation de nouveaux liens. Cette période néonatale est importante pour la mère et l'enfant.

Le développement harmonieux de l'enfant est soumis à une succession de déliements qui vont participer à sa construction et favoriser sa croissance. Ces diverses séparations ne seront efficaces que si les liens d'attachement entre la mère et son bébé sont sécurisants pour l'enfant. Un portage contenant, rassurant physiquement et psychiquement, une réponse adéquate apportée à aux différentes sollicitations verbales et physiques du nouveau-né; la satisfaction de ces besoins, la proximité et la disponibilité de la mère assure une sécurité de base nécessaire à sa survie. Un enfant qui grandit dans un contexte de sécurité affective psychique acquiert une confiance en lui, en son environnement. Cela lui permet dans un premier temps, de se préparer psychologiquement à accepter la séparation d'avec sa mère, sa figure principale d'attachement et d'acquérir l'autonomie indispensable à sa construction identitaire. Mais aussi dans un second temps de pouvoir évoluer sereinement vers sa vie adulte et d'être armé pour affronter toutes ces étapes.

Il arrive que certaines mères ne puissent apporter cette sérénité ni créer de liens d'attachement sécurisant pour leur bébé. Il peut également, dans cette période néonatale, survenir une séparation entre la mère et son enfant qui ne soit liée à un problème d'attachement mais qui par conséquence peut le provoquer.

Divers auteurs ont démontré les conséquences sur le nouveau-né des séparations surtout lorsqu'elles perdurent dans le temps. La séparation, qu'elle soit familiale ou environnementale, va déstabiliser l'enfant. La pathologie du lien mère/enfant va engendrer une réorganisation de son fonctionnement psychique et avoir des effets néfastes sur son état de nouveau-né mais aussi sur l'être en construction.

On prend conscience de toute l'importance du lien mère-enfant et de son impact au niveau développemental.

Le rôle de la puéricultrice experte dans la prise en charge du nouveau-né et maître dans l'accompagnement à la parentalité est primordiale dès la naissance de l'enfant. Elle fait partie

⁴⁹DE BROCA Alain, *Le développement de l'enfant*. 6ème éd. Elsevier Masson. p124

des premières observatrices de la création des liens néonataux. Ce sens de l'observation lui permet de déceler et repérer les difficultés d'interactions et de mettre en place l'accompagnement nécessaire pour palier, optimiser et développer les relations mère/nouveau-né. Il lui sert également à veiller à ce que les conditions de développement indispensables au nouveau-né soit toutes réunies.

La puéricultrice peut être amenée à intervenir auprès de parents ayant des déficiences mentales. Chaque personne handicapée mentale, comme chaque être humain, est différente et présente des capacités et des difficultés qui lui sont propres. Le handicap peut s'avérer plus ou moins important, l'invalidité qui en résulte n'étant par conséquent pas homogène, le degré d'autonomie être plus ou moins élevé et nécessiter un accompagnement spécifique plus ou moins soutenu.

A travers son savoir-être, mis à profit dans sa posture professionnelle, la puéricultrice ajuste alors son accompagnement lorsque celle ci concerne les interactions entre une mère déficiente et son nouveau-né. Cette dernière étant fragilisée par le handicap et parfois sous-estimée dans ses capacités de compétences maternelles, la puéricultrice doit apporter une vigilance plus accrue à l'influence que peut avoir les représentations de chacune ainsi qu'à la faculté de compréhension intellectuelle et d'apprentissage de ces mamans. Comme lors de toute élaboration de projet de soin, elle doit s'imprégner des potentialités et des limites de sa « patiente » et combiner savoir, savoir-faire et savoir-être pour que son accompagnement puisse être efficient. Le projet d'accompagnement doit être conçu en collaboration avec le parent car c'est son adhésion qui va la guider vers une prise de confiance et donc vers une autonomie en cohérence avec ses facultés.

En tant que référence de l'enfant la puéricultrice est la mieux placée pour *expliquer et montrer les actes fondamentaux nécessaires au bien-être du nouveau-né. En cas de nécessité de séparation notamment en période néonatale, elle veille au bon déroulement de la procédure en informant la mère et l'enfant. Tout acte doit être communiqué ce qui permet aux personnes mêmes aux nouveaux-nés d'intégrer qu'un changement va se produire, de s'y préparer psychique et de l'aborder de façon plus sereine. Elle peut dans cet optique « guider » la mère à prévoir un objet transitionnel avec son odeur afin de laisser auprès de son enfant. Il va de soit que cette information doit être compréhensible et transmise selon le degré du handicap mentale de la mère car cela peut aussi avoir une incidence sur son estime de mère.*

Qu'elle exerce en maternité, en PMI ou en pouponnière, la puéricultrice veille au maintien des liens lors de séparation néonatale. Elle s'assure du bon développement physique

et psychologique de l'enfant éloigné de sa mère afin d'éviter tout risque de dépression pouvant se manifester quand la séparation est trop précoce. Elle s'assure que cet éloignement apporte à l'enfant et à sa mère également un maximum de sérénité étant informée du climat d'insécurité, d'angoisse et de pertes de repères que cela génère dans la dyade mère/nouveau-né.

II.7 Problématique et hypothèses

A la suite de mon constat, la question posée était : Quel est le rôle de la puéricultrice dans l'accompagnement de la primipare déficiente et de son nouveau-né lors d'une séparation néonatale?

Les réflexions émanantes de ce constat associées aux informations recueillies lors de la rédaction de mon cadre de référence m'ont conduite à déterminer la question de recherche qui suit:

« En quoi la puéricultrice dans son accompagnement peut-elle contribuer au développement et au maintien des liens d'une mère déficiente et de son nouveau-né lors d'une séparation ? »

J'en ai déduit les deux hypothèses suivantes:

- La posture d'accompagnante utilisée par la puéricultrice dans la relation d'aide permet à la mère déficiente de développer les capacités maternelles nécessaires à la sécurité affective de son nouveau-né.
- Les connaissances sur l'attachement acquises par la puéricultrice lui permettent de guider la mère déficiente dans ces interactions avec son nouveau-né et de maintenir le lien en cas de séparation.

III Méthodes d'investigation

III.1. Choix de l'outil d'enquête

L'entretien est l'outil qui me semble le plus approprié pour aborder et explorer le thème de mon mémoire. D'après Blanchet, il correspond à un « *instrument de l'exploration des faits dont la*

parole est le vecteur principal ⁵⁰».

II

permet d'établir une relation de confiance afin de libérer la parole et recueillir un récit riche

d'information. La personne interrogée peut s'exprimer librement, agrémenter son discours en partageant ses expériences personnelles et professionnel, développer ses arguments. L'entretien lui donne la possibilité de décrire des situations rencontrées, vécues et d'y inclure ces représentations, ces opinions, ces ressentis sans qu'un jugement ne soit porté sur ces dires. L'intérêt de cet outil se situe d'ailleurs dans la prise en compte des émotions et du comportement de la personne car l'étude de cette communication non verbale est tout aussi enrichissante dans la compréhension des dires et dans leur analyse. En résumé, comme l'évoque cette citation de E.C Hughes : « *Mais l'entretien est plus encore qu'un instrument et un objet d'étude. Il est l'art de la sociabilité, le jeu que nous jouons pour en savourer les subtilités* ⁵¹ ».

J'ai fait le choix de réaliser des entretiens non-directifs pour éviter d'orienter l'entrevue et favoriser un recueil plus qualitatif. Cependant, N.Berthier le précise dans son manuel « *non directivité [...] ne signifie pas non intervention* ⁵² ». Ainsi durant l'entretien, je peux intervenir, si besoin, pour relancer les propos du l'interviewé. C'est en me basant sur cette possibilité de régulation que j'ai construit mon guide d'entretien (annexe 1) qui comprend trois questions: une question de présentation des interviewés, une question ouverte définissant le thème de l'entretien et une question de clôture.

III.2 Choix de la population

J'ai choisi d'interroger quatre puéricultrices : deux de maternité et deux de PMI dans le but de me rapprocher le plus de mon constat et de pouvoir vérifier mes hypothèses. Il me paraissait intéressant de connaître les discours de chacune de part leur lieu d'activité et leur complémentarité. L'une étant aux prémices de la relation mère-enfant, dès les premiers contacts et l'autre dans la continuité, dans l'après-maternité, et notamment dans le cadre de séparation.

⁵⁰KIVITS, J, BALARD, F, FOURNIER,C «et al», *Les recherches qualitatives en santé*, Paris:Armand colin, 2016. p 87

⁵¹*Ibid.*, p 85

⁵²BERTHIER Nicole, *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, 4ème éd. Paris: Armand Colin, 2016. p 75

III.3 Déroulement des entretiens

J'avais décidé au préalable de réaliser quatre entretiens semi-directifs. Cependant mes questions étant souvent trop orientées l'élaboration de ma grille d'entretien m'a posé quelques difficultés. C'est pourquoi j'ai opté, après concertation lors d'un suivi de mémoire collectif, pour l'entretien libre. Afin de vérifier la compatibilité de ce type d'entretien avec mon sujet, j'ai effectué un premier test auprès d'une puéricultrice de maternité; qui s'est avéré concluant.

Avant d'effectuer chaque entretien, je me suis présentée auprès de la puéricultrice, lui ai précisé l'anonymat ainsi que la durée approximative des entretiens et demandé son consentement pour enregistrer l'échange. J'avais au préalable contacté la responsable de chaque service afin d'avoir son autorisation pour mener mes enquêtes. Lors de mon déplacement dans la première maternité j'ai eu l'opportunité d'effectuer plusieurs entretiens c'est la raison pour laquelle l'exploitation compte six entretiens au lieu des quatre prévues initialement.

III.4 Analyse

Interviewées	Parcours professionnel	Formation handicap
Puéricultrice n°1	- IDE ⁵³ en 1993 - PDE ⁵⁴ en 1994 - En maternité depuis 1994	non
Puéricultrice n°2	- IDE en 1999 - 7 ans en cardio-pédiatrie - PDE en 2006 - 2 ans en cardio-pédiatrie - En maternité depuis 2008	Participation à la Journée « maternité et handicap » en Janvier 2018
Puéricultrice n°3	- IDE en 1991 - un an et demi en réa néonatal - PDE en 1993 - 5 ans en réa pédiatrique - Médecine générale,	non

⁵³Infirmière Diplômée d'Etat

⁵⁴Puéricultrice Diplômée d'Etat

	neuro chirurgie, PMI et maternité dans un autre département - 3ans en réa néonata - En maternité depuis 2004	
Puéricultrice n°4	- IDE en 2001 - 6 mois en suite de naissance et bloc obstétrical - Long séjour gériatrique en 2002 - 6 mois comme faisant fonction puéricultrice en néonata - 3 ans en séjour gériatrique - En maternité depuis 2006 en tant qu'IDE et depuis 2013 en faisant fonction puéricultrice	De 2016 à 2018, travail avec le secteur de la PMI et les Papillons blancs sur un module d'aide à la parentalité des parents déficients et sur la création d'un outil (qui leur soit plus adapté)spécifique
Puéricultrice n°5	- IDE en 1997 bloc opératoire, hémovigilance et chirurgie enfant - PDE en 2003 - Chirurgie enfant de 2003 à 2017 - PMI depuis 2017	non
Puéricultrice n°6	- IDE en 2003 - PDE en 2004 - 3 mois en pédiatrie - 5 ans aux urgences pédiatriques - 5 ans en crèche - PMI depuis 2015	non

Afin de procéder à l'analyse, j'ai tout d'abord retranscrit mes entretiens. J'ai choisi de procéder à un entretien libre afin de ne pas induire une direction dans les réponses.

J'ai cependant rencontré quelques difficultés pendant l'échange car certaines questions de reformulations me semblaient parfois orienter les professionnelles. De plus, la particularité de cet entretien résidant dans la richesse et la densité des réponses recueillies, j'ai pu obtenir de nombreuses informations. Celles-ci n'étaient pas toujours données de façon structurée, leur exploitation fut quelque peu difficile.

Afin de simplifier l'analyse, j'ai décidé de centraliser les réponses en fonction de la récurrence de certains thèmes que nous allons découvrir progressivement.

La question posée aux six puéricultrices est la suivante :

« Si je vous dis : attachement mère déficiente / nouveau-né, maintien du lien et séparation, qu'est-ce que cela vous évoque ? ».

Sur le thème de l'attachement, on peut tout d'abord se pencher sur les remarques suivantes de chacune des puéricultrices :

- PDE n°1: « *ce n'est pas parce qu'une mère est déficiente qu'elle n'aime pas son enfant* »
- PDE n°2: « *on peut aimer son enfant et ne pas être capable de lui donner les soins appropriés* »
- PDE n°3: « *ce n'est pas parce qu'une maman est déficiente qu'elle n'aura pas d'attachement* »
- PDE n°4: « *mais dans ceux que j'ai rencontré l'attachement se faisait naturellement* »
- PDE n°5: « *l'attachement peut se faire correctement et rapidement* »
- PDE n°6: « *l'attachement bien sûr ce n'est pas parce qu'une maman est déficiente qu'elle n'est pas attachée à son enfant* ».

Toutes les puéricultrices expriment le fait que ce n'est pas parce qu'une mère est déficiente qu'elle aura ni attachement, ni amour pour son enfant ou qu'il y aura forcément des difficultés d'attachement. Comme Maela Paul le précise, accompagner dans le soin requiert de ne pas avoir de préjugés concernant l'accompagnant.

Cependant, la première réponse de la PDE n°5, est qu'en fonction de la déficience de la maman, l'attachement et le lien peuvent être compliqués. En effet, elle explique que pour ces mamans déficientes « *parler à un bébé n'est pas inné ni le prendre dans ses bras* »

Elle justifie cela par le fait « *qu'elles n'ont peut-être pas vécu ce genre de situation pour elle-même, qu'elles n'ont peut-être pas eu forcément de lien très fort* ».

La PDE n°6 nuance également ses propos et ajoute : « *alors parent déficient forcément il y a une vigilance qui est à avoir particulièrement justement pour l'installation du lien* ».

Par conséquent, on constate dans le discours de ces puéricultrices que la création de ce lien mère/nouveau-né requiert une attention particulière des soignantes, la prise en compte de l'individu dans « sa complexité », tel que nous l'avons vu précédemment avec W. Hesbeen, et l'influence que peut avoir les exemples parentaux décrites par B.Morin.

La majorité des puéricultrices évoquent l'importance du regard, du contact physique tels que les câlins, la proximité avec leur bébé, le portage, l'allaitement lorsqu'elles parlent de l'attachement. Ce sont tous les éléments que nous retrouvons dans les interactions précoces et dans les points indispensables décrits par Winnicott que sont le handling et le holding.

La PDE n°3 explique qu'il faut « *maintenir le lien au maximum pour qu'il y ait un attachement, une communication, un sentiment qui se développe, le bébé qui se développe* ». Selon elle, cet attachement s'évalue par des petits gestes, des attentions de la maman « *préparés pour faire plaisir à son bébé* ». Elle précise que ce ne sont pas « *forcément ce que nous on espère ou on ferait* ». On peut également le constater dans le comportement de la mère « *si elle est complètement désintéressée si elle n'a pas envie de prendre son bébé, si pendant un soin elle est crispée ou consciencieuse si elle est épanouie et détendue* ».

Pour elle, l'attachement se voit « *surtout en fait dans les câlins, le portage* » car selon ces dires « *une maman qui n'arrive pas à établir un lien c'est-à-dire qu'à chaque passage le bébé ne sera jamais à bras ça interpelle* ». Cela renvoie à la vigilance mentionnée par la PDE n°5. D'après celle-ci, « *si le bébé détourne son regard* » de la personne qui devrait être « *sa figure d'attachement quand ils sont petits c'est papa et maman* », « *on voit qu'il y a un trouble de l'attachement* », « *on est là dans la prévention* ».

Pour la PDE n°4, les puéricultrices ont un rôle important dans l'observation de l'attachement de la mère à l'enfant. Selon elle, il y a des personnes qui ne regardent pas leur bébé, ne lui parlent pas. Il est nécessaire de toujours leur dire, leur expliquer et insister sur le fait que leur nourrisson a besoin de cet échange pour évoluer et grandir.

D'ailleurs concernant le manque de communication à l'enfant, la PDE n°5 relate qu'il est de leur responsabilité « *de leur dire que c'est important* » et que « *ce n'est pas quelque chose qu'elle intègre d'office de communiquer avec enfants* ». On peut reprendre les propos précédent de la PDE n°4 sur cette nécessité d'informer.

On relève aussi toute l'importance du contact, des interactions visuelles et corporelles qui vont contribuer à sécuriser et rassurer l'enfant, ce qui est démontré par Winnicott, et qui sont en effet, nécessaire à son bon développement.

Les puéricultrices sont donc tout à fait conscientes que cette construction du lien passe par le contact ce qui concorde parfaitement entre la pratique et la théorie dont celle transmise par Mme Delobelle.

On retrouve dans les propos des professionnelles le rôle primordial de la puéricultrice dans la prévention et le dépistage des inadaptations. On remarque également ses compétences sur le suivi de l'enfant dans son développement. On peut également citer son implication auprès de ces parents dont l'investissement, le comportement et la préoccupation maternelle décrite par Winnicott sont les bases du lien. On constate par ailleurs que la figure d'attachement a une place prépondérante dans le développement du lien et cela a été, en effet, confirmé par J.Bowlby.

Nous allons maintenant nous pencher sur le concept de l'accompagnement des mères déficientes qui fait partie des thèmes émergeant des réponses données par les puéricultrices.

L'accompagnement, selon les dires de la PDE n°1, a pour finalité de déterminer si la mère déficiente va pouvoir rentrer à domicile avec son bébé. Elle permet aussi de mettre en place des interventions, des relais par des structures extérieures telle que la PMI pour une continuité de prise en charge. Puis, elle définit l'accompagnement comme « *une aide à la parentalité* » permettant à ces mamans, à travers un « *accompagnement maximum* », de leur prouver qu'elles ont des capacités, et de les faire ressortir « *encore plus que pour une autre et d'évaluer son potentiel jusqu'où elle peut aller sans mettre en danger l'enfant* ».

Pour la PDE n°2, cela se rapporte à « *accompagner au mieux pour pouvoir les rendre autonomes et qu'elles aient leur bébé avec elles et qu'elles sachent s'en occuper en fonction de leur handicap* ». Elle ajoute : « *c'est l'idéal* ». Elle aussi parle de l'accompagnement au domicile ou au sein d'une structure adaptée.

La PDE n°3 dira qu'il faut « *une sacrée organisation pour l'encadrement à la fois à la maternité et au domicile* ». On peut estimer que cet encadrement correspond à sa conception de l'accompagnement. Elle ajoutera d'ailleurs qu'il s'agit d'un « *accompagnement de tous les gestes et un apprentissage avec beaucoup de travail et beaucoup de temps à donner* ».

Cette notion de temps est également reprise par la PDE n°5 qui qualifie l'accompagnement comme étant « *spécifique et plus long* ». On retrouve aussi dans son discours l'idée de répétitions qui sera aussi énumérer par les autres soignantes et celle d'adaptation au rythme des parents déficients.

L'accompagnement doit être « *bénéfique* », d'après la PDE n°4, qui se considère comme une « *personne aidante avec ses propres ressources* » et qui « *accompagne au mieux avec leurs bagages afin qu'ils progressent* ». Elle utilisera d'ailleurs à un moment cette expression : « *on va les prendre sous notre aile* ». Elle ajoute : « *ils ont besoin d'un cadre* ».

La PDE n°6, quant à elle, invoque comme élément essentiel : « *on a à la fois cette casquette où il faut vraiment mettre les parents en confiance pour pouvoir travailler avec eux et en même temps cette casquette de vigilance sur le développement de l'enfant, est-ce que ce que propose les parents à l'enfant est suffisant pour son bon développement* ».

À travers toutes ces réponses, on comprend la pluralité des formes sous lesquelles l'accompagnement peut se définir et se formaliser comme nous l'avons détaillé dans le cadre conceptuel. Amener à l'autonomie et non à la dépendance, amener à l'émergence de potentiel, aider à l'acquisition de nouvelles capacités, s'adapter à la personne à accompagner, établir une relation de confiance sont en effet quelques-unes des caractéristiques essentielles à un accompagnement efficient. Cela correspond aux compétences relationnelles qui doivent être mobilisées par le soignant afin de garantir une intervention adaptée. On peut associer chacune

des conceptions des puéricultrices aux perspectives émises par Paul : « *veiller- sur* » , « *surveiller* » et « *éveiller* ».

Dans la continuité de cet accompagnement par la puéricultrice, on va maintenant traiter les sous-thèmes en corrélation qui concernent la prise en soin effective des mères déficientes et leur nouveau-né et les moyens utilisés pour repérer les capacités et ceux mise en place pour les aider.

Au sujet de la déficience à proprement parler, on retire quelques informations intéressantes de certaines puéricultrices.

La première phrase prononcée par la PDE n°1 est : « *alors déficience c'est un grand mot déficience* », elle énumère ces deux degrés « *légères, profondes* » et précise « *ici nous avons des mères qui ont des déficiences légères* ». Puis elle cite à un autre moment de l'échange « *les déficiences visuelles, intellectuelles, la déficience niveau surdité, moteur* ».

La déficience selon la PDE n°2, « *ça veut dire qu'on peut faire aussi à sa place* ».

Les premiers mots de la PDE n°3 sont : « *c'est pas parce qu'une maman est déficiente qu'elle n'aura pas d'attachement et si on la sépare de son nouveau-né elle aura toujours sa déficience ça va pas arranger les choses pour le nouveau-né et pour elle non plus* ».

Elle ajoute « *on a déjà eu des mamans déficientes visuelle, spina bifida avec hémiplégie* ».

Il faut préciser que les PDE n°1,2 et 3 travaillent dans la même maternité et qu'on constate que chaque définition est propre à chacune. Le degré de déficience sera souvent évoquée par toutes, au cours des entretiens mais sans plus de précisions, car selon leurs dires il influe sur les compétences intellectuelles et les capacités à acquérir. Les puéricultrices de maternité, notamment, avancent sur ce point le fait que l'évaluation de la déficience n'est pas de leur ressort mais de celui des médecins psychiatres. « *Ce sont les psy qui vont évaluer, on est pas psy* » dira la PDE n°2 ou encore « *ça c'est pas nous c'est la psychiatrie* » énonce la PDE n°3. En effet, il existe une classification spécifique par des tests qui ne sont pas réalisés par ces soignantes mais on constate que leurs connaissances de sur ce handicap se résume à ce dont elles ont besoin de savoir pour prendre en soin leur patiente.

Toutefois elles s'expriment plus aisément sur les problèmes rencontrés en lien avec ces déficiences.

L'une des difficultés rapportée par les puéricultrices concerne le repérage de la déficience. Parfois, elles sont avisées de la déficience de la mère via leur dossier « *c'est écrit dans le dossier obstétrical on sait qu'il y a curatelle* » dixit la PDE n°4. Ou alors elles sont déjà « *repérées* » comme le dit la PDE n°1, il y aura « *une fiche en notant attention maman sous curatelle* » mais

il arrive aussi qu'elles soient « *trompées* » comme l'exprime cette même puericultrice par le comportement de la mère qui les premiers instants semble adapté et non contrariant mais qui par la suite va montrer des signes de négligence au niveau de soins et des difficultés de compréhension ou d'écriture lors du remplissage du test du Guthrie par exemple. Ces signes vont engendrer des doutes quant à la « non déficience » et aux facultés intellectuelles de la maman. De ce fait, elles ont du mal à « *repérer la mère déficiente intellectuelle de la mère étrangère* » qui rencontre des difficultés à cause de la barrière de la langue.

Cette situation sur la déficience « non notifiée » est décrite également par la PDE n°4 qui évoque que « *c'est compliqué parce qu'on sait si c'est plus au niveau déficience simple ou plus je ne sais pas lire* » et pose, par ailleurs, la question de la distinction « *entre déficience ou autres* » et l'incompréhension de certaines consignes comme elle cite « *ces gens là ne peuvent pas comprendre ce que signifie "aller au rythme de l'enfant, le nourrir en fonction des signes d'éveils"* ». Elle marque aussi le fait que les difficultés se situent « *dans la complexité, reconnaître le dosage des biberons, l'heure, augmenter les quantités [...] la dextérité dans les soins [...] va poser plus de souci parce qu'il y a toutes ces barrières de déficience* ».

Pour la PDE n°2, la difficulté réside dans le fait que certaines mamans déficientes « *sont incapables de se situer dans le temps* » et donc de respecter les heures de prises de biberon.

La PDE n°3 estime que par rapport aux « *autres mamans une dame déficiente ne sera pas capable d'appeler d'évaluer si c'est bien donc c'est pour ça qu'il faut l'encadrer* » et elle précise que leur encadrement nécessite plus de temps sur un temps de travail restreint avec d'autres mamans donc « *c'est tout une organisation car c'est pas elle qui va nous solliciter et donc c'est à nous de faire des passages plus systématiques* ».

En terme de difficultés, la PDE n°5 les situent au niveau communication orale: « *c'est pas quelque chose qu'elles comprennent, c'est difficile d'intégrer qu'on parle à un nouveau-né* » ; ce qui est maintenu par la PDE n°6 « *ils ont aussi parfois eux même des problèmes de langage et difficulté à s'exprimer* ». Et cette dernière pointe aussi un autre fait : « *chez eux la réponse aux pleurs aussi ... les parents déficients c'est pareil ils peuvent vite stresser, paniquer aussi peut être plus que d'autres [...] et leur stress peut leur faire faire des choses qui ne sont pas adaptés pour gérer* ». Elle ajoute « *Après le besoin au niveau de l'habillage déshabillage du portage c'est vrai que moi j'ai constaté que chez les mamans déficientes souvent les gestes sont beaucoup plus brusques et moins doux et moins adaptés à l'enfant c'est des choses assez mécanique* ».

On constate que la déficience intellectuelle conséquente d'un trouble organique a des répercussions, comme nous avons pu l'étudier, sur les capacités cognitives, spatio-temporelles, langagières dont la difficulté de compréhension de concepts généraux et abstraits. Ces lacunes peuvent être décelées chez d'autres catégories de personnes non déficientes et de ce fait porter

à confusion. L'inverse pourrait aussi se produire avec une personne qui ne présenterait qu'une déficience légère qui pourrait passer inaperçue.

Mais cette déficience avérée peut aussi perturber le décodage de certains messages comme les pleurs et engendrer, comme le soutient B.Copin, des comportements inappropriés dus aux limites adaptatives et au stress qu'il génère.

Lorsqu'elle évoque les capacités des mères déficientes, la PDE n°1 parle de « *son potentiel* » qui est évalué à travers ses aptitudes : « *savoir si elle sait lire si elle sait écrire si elle comprend ce qu'on dit si elle peut intégrer les conseils* ». Mais aussi dans la manipulation du bébé, son habilité à pratiquer certains gestes : « *on va faire attention de voir la mère dans sa gestuelle (...) pour faire les biberons ou des mises au sein, dans le repérage des signes d'éveils de son enfant, répondre aux besoins, répondre à l'affectif, protéger son enfant* ».

Cette évaluation est faite durant le séjour à la maternité mais aussi en tenant compte des informations recueillies : « *savoir ce qu'elle est capable de faire soit par la PMI soit par la sage femme* » si la grossesse a été suivie. Cela permet par la même occasion d'avoir des renseignements sur son histoire personnelle : « *on fait référence à son histoire (...) savoir ce qu'elle est capable de faire déjà dans son propre au quotidien pour elle-même* » donc de connaître son degré d'autonomie et ses capacités personnelles dans son quotidien; ce qui permet aussi de déterminer ses facultés à s'occuper d'un bébé.

On retrouve ces mêmes données chez les autres puéricultrices par exemple chez la PDE n°2 qui dit « *pendant le séjour l'autonomie de la maman est évaluée, on voit ce pourquoi elle est autonome, est-ce qu'on peut la laisser toute seule avec le bébé* ». Elle stipule également « *on a une équipe de périnat qui passe* » pour cette évaluation.

En effet, les aptitudes de la mère déficiente à rentrer chez elle seule ou non sont appréciées en collaboration avec d'autres professionnels, des aides peuvent être apportées: « *une présence la nuit (...) aller au foyer* ».

Toutes les puéricultrices relatent des situations concernant le bain, le portage, l'accroche au niveau du regard, la mise au sein ou au biberon, le bain et le change lorsqu'elles parlent des capacités. La PDE n°6 évoque même « *les besoins primaires* » à satisfaire dans les capacités que doivent avoir ces mères.

On retrouve de nouveau dans ces réponses, un rappel sur la satisfaction de besoins de l'enfant, la nécessité de prodiguer des gestes adaptés et sécurisants toujours en référence à D.Winnicott. De plus, on comprend l'importance de ces évaluations par rapport aux incapacités, listées dans la partie théorique sur la déficience, qui peuvent en émaner et aux conséquences que cela engendre sur la vie courante des personnes concernées et qui de ce fait pourraient impacter celle de l'enfant.

Pour appuyer cela, on peut citer quelques conséquences sur l'enfant perçues par les puéricultrices :

La PDE n° 5 évoque l' *« enfant qui détourne le regard, se met en hyperextension »*.

Cela permet de constater selon elle un problème d'attachement qui peut poser des difficultés pour *« rentrer en relation avec les autres et d'être dans la communication »*, *« ça fait des retards dans le développement psychomoteur, dans le développement à l'attachement »*.

Quand à la PDE n°6, elle expose d'autres conséquences : *« en grandissant on peut constater des enfants qui ont des difficultés de langage, la pose des limites est toujours compliquée (...) des troubles du comportement qui peuvent apparaître »*.

On peut constater que seules les puéricultrices de PMI évoquent les conséquences que le défaut d'attachement et de relation peut avoir sur le développement des enfants de parents déficients. On se rapproche ici des caractéristiques d'un attachement insécure.

Ce qui nous amène à poursuivre avec les moyens mis en place par les puéricultrices dans leur prise en soin et leur pratique.

S'agissant de la prise en soins, la PDE n°1 dit être plus attentive à la gestuelle *« on va passer plusieurs fois dans la chambre (...) aider la mère à repérer les signes d'éveils de son enfant (...) on va lui faire faire des biberons, on va lui faire faire le bain (...) on va l'accompagner trois fois plus, son séjour va être rallongé »*. La question du séjour de maternité prolongé pour ces mères déficientes fait partie des réponses citées par toutes les puéricultrices de maternité ainsi que pour l'une de celles de PMI, on remarque donc la nécessité de cette procédure.

La PDE n°2 énonce : *« on essaie de mettre des choses en place afin de laisser les mamans les plus autonomes possible (...) le bébé ne quitte pas la chambre (...) faire participer le papa »* et aussi l'aide d'autres collègues paramédicaux pour améliorer le confort en fonction du handicap : *« psychomotricienne »*.

En terme de conseils, elle formule *« on va faire attention à la façon de donner des conseils de puériculture ça doit être adapté »*. Elle stipule qu'elle *« passe plus souvent, fait avec elle mais ne fait pas à sa place parce que plus on va faire à sa place moins elle sera autonome »*. Certains soins sont montrés *« mais tout de suite après c'est elle qui va le faire »* et elle ajoute *« on ne se substitue pas à la maman parce que ce n'est pas la meilleure façon d'apprendre »*.

Dans leur intervention, selon la PDE n°3 *« on lui propose, on explique comment faire un câlin parce qu'il y en a qui n'ont jamais eu de câlins donc elles ne peuvent reproduire donc on montre (...) mettre dans les bras et après positionner leur bras »* et *« explique qu'il faut parler au bébé, capter le regard, qu'on peut chanter une chanson »*. Elle parle d'une *« sacrée organisation »*

qui équivaut « à la maternité c'est laisser le bébé et la maman dans la même chambre avec des passages réguliers » et « laisser bébé à la maison avec des passages quotidiens ». À la maternité, pour elle, s'occuper de cette dyade, c'est « on le mettra en peau à peau, on lui demandera de rester calme pendant que son bébé est en peau à peau » et c'est « un accompagnement de tous les gestes (...) beaucoup de travail, beaucoup de temps à donner (...) on sera à côté pour guider mais pas pour les faire ». Elle appuie ses propos par « la présence est donc plus importante, il faut avoir beaucoup de patience, des explications répétitives, il faut répéter répéter répéter ».

Cette insistance sur la répétition apparaît dans les récits de chacune : « gestes répétés » pour la PDE n°4. La PDE n°5 dit : « on répète dix mille fois les consignes de sécurité (...) c'est pas une mauvaise foi c'est pas une mauvaise volonté (...) faut le répéter à chaque fois parce que ça ne perdure pas ». La PDE n°6 évoque aussi cette notion de répétition : « des choses qu'on va répéter pour que ça devienne finalement peut être des automatismes chez eux ».

Cette notion de répétitivité est transférable; cette dernière puéricultrice explique que lors d'une première visite commune à domicile « quand on fait cette visite la maman elle va s'adresser tout de suite à la sage-femme elle ne va pas regarder la puéricultrice parce que pour elle c'est la personne de référence qu'elle connaît (...) plus on va venir plus on va sentir cette relation de confiance qui se met en place ».

Les propos de la PDE n°4 rapportent qu'il est important « chez ces personnes de verbaliser ce que l'on voit, toujours, ce qu'on en train de faire » et de décrire à la maman les comportements du bébé dont elle ne s'apercevrait pas du fait de sa déficience, elle parle de « faire un peu l'interlocuteur entre les deux ». Concernant ces échanges, elle mentionne les termes suivants « parler plus doucement, plus clairement (...) aller à l'essentiel (...) moins détaillé pour qu'ils retiennent que l'essentiel (...) ce qui est important dans la prise en charge d'un nouveau-né (...) utiliser des mots simples (...) aller progressivement pour ne pas leur mettre tout d'un coup » et ajoute « parfois on n'a pas la manière de dire on croit que nous on le dit simplement ». Elle explique que les conseils de sortie pour ces mamans et les mamans ayant des difficultés de compréhension de la langue française sont faits individuellement en chambre, de façon échelonnée, plus adaptée, pour éviter ce trop plein d'informations diffusées dans les réunions de groupe et parce que « celles qui ont conscience de leur déficience vont peut être pas oser poser une question devant d'autres parents ». En pratique, pour elle, le bébé n'est jamais séparé de sa mère « c'est sur que si on commence déjà à dire on va le prendre pour la nuit parce qu'on sait pas si elle va savoir ben non on les sépare jamais » sauf si « tout autre problème de maltraitance ou d'insécurité pour le bébé pour lequel on serait obligé ». Elle dit aussi « pour les personnes déficientes on va plus revenir » et « pour les personnes déficients c'est sur qu'on va d'abord montrer une première fois et faire avec elle avant de passer la main ».

Concernant son travail, la PDE n° 6 énonce : « *ça va être effectivement sur le portage pour contenir l'enfant pour que son développement il ne soit pas perturbé (...) après aussi sur les jeux tout simplement, quel jeu est adapté à quel âge parfois (...) pallier justement à ses problèmes éducatifs c'est vraiment notre rôle propre de puéricultrice tout en ayant quand même bien en tête attention jusqu'où on peut aller et quand est-ce qu'on s'inquiète, quand est-ce qu'on peut demander des mesures pour protéger cet enfant pour qu'il se développe bien* ».

Un autre point important et se rejoignant dans les retours concerne l'observation.

La PDE 2 dit : « *prendre le temps d'observer* ». On relève chez d'autres puéricultrices telle que la PDE n°4 un « *fort rôle à jouer dans l'observation (...) on va noter ce qu'on observe au niveau du lien (...) on est à côté si on observe que les choses qu'on leur demande est bien faite sans danger pour le bébé on va pouvoir valider* » ou encore chez la PDE n°6 de PMI qui parle « *des hospitalisations plus longues puis une observation qui sont négociées déjà pendant la grossesse* ».

En général, dans la pratique des soignantes, les gestes sont décortiqués, répétés et associés à la parole pour en faciliter l'assimilation. On a vu à travers les définitions du docteur Bel Ait, qu'il est compliqué pour ces personnes déficientes de remobiliser et d'effectuer un transfert immédiat des apprentissages et par le biais de R. Liberman que la répétition leur est indispensable. La communication est adaptée avec l'utilisation de mots simples. Le choix de diffusion des conseils données est étudié et proposé de façon un créer un climat de confiance afin de favoriser l'intégration des informations et l'échange. On peut comparer cela au climat d'attitude dans la relation d'aide que C. Rogers estime nécessaire d'instaurer pour un accompagnement efficient.

D'ailleurs, un autre point essentiel et assez récurrent au cours des entretiens est celui de la valorisation de ces mères déficientes.

La PDE n°1 dit : « *il faut amener cette mère à faire tout ce qu'elle peut selon ses capacités et l'amener à se rendre compte qu'elle a fait le maximum pour son enfant en fonction de ses capacités (...) c'est important aussi que cet enfant sache qu'il a une maman qui est déficiente mais qu'elle l'aime* ». Elle va même plus loin en concluant par « *ne pas déposséder la mère de son enfant qu'elle soit déficiente ou pas (...) faut jamais que le personnel prenne la place de la mère (...) lui donner confiance en elle* ».

Dans le même sens, on peut souligner une phrase de la PDE n°2: « *ne pas se substituer à la mère* ».

La valorisation est également un facteur important pour la PDE n°3: « *il faut valoriser (...) pour que la maman ait confiance en elle* ». Cela se pratique par des appréciations positives qu'elle accompagne aux gestes que la maman effectue ou lors des échanges visuels et verbales.

On rencontre de nouveau cette forme d'accompagnement personnalisé.

L'observation, le temps, la disponibilité, la présence du soignant sont autant d'éléments qui facilitent cette relation d'aide. Ils complètent la mise en pratique, l'apprentissage, le soutien qui sont nécessaires au processus de parentalité qui a été développé en amont tout comme la place prépondérante de la puéricultrice dans l'acquisition des aptitudes fondamentales des parents au bien-être et au développement harmonieux de l'enfant.

On retient également que ces actions menées auprès de la mère, figure d'attachement, comme nous l'avons déjà mentionné, doivent conduire à valoriser ses compétences, à mettre en confiance car comme l'exprime B. Copin le sentiment de jugement a des conséquences sur la parentalité. Cela doit ainsi permettre de créer l'attachement sécurisé issu des théories d'Ainsworth dont l'enfant a besoin.

Cette prise en soin de la puéricultrice est toujours effectuée en collaboration avec d'autres professionnels. On peut affirmer qu'un étayage est systématiquement fait dans le cadre d'une déficience afin d'assurer une continuité de l'accompagnement amorcée et de veiller à une évolution de l'enfant dans un environnement sécurisant. Ce qui est illustré dans chacun des entretiens comme ces extraits peuvent le confirmer.

La PDE n°1 cite: *« accompagnement avec des relais extérieurs PMI (...) partir en foyer pour être accompagnée (...) tout dépend de l'étayage (...) est ce qu'elle a une maman(...) un monsieur qui est la pour l'accompagner (...) est-ce que c'est une personne isolée (...) des gens autour d'elle ».*

La PDE n°2 ajoute : *« comment on envisage le retour à la maison (...) il faudra une présence la nuit ...tout le temps(...) on travaille en collaboration avec une équipe de périnatal(...) réseau social (...) ASE ».*

Cette notion de continuité est également retrouvée dans les propos de la PDE n°3: *« passages quotidiens au domicile : travailleuse familiale, puéricultrice, conseillère en économie familiale (...) il faut avoir un oeil dans la mesure où elle n'est pas seule chez elle, il faut qu'il y ait un mari et souvent (...) le papa est pas mieux , il n'est pas normal normal ».*

On peut également souligner certaines phrases de la PDE n°4 : *« pour les déficients les papillons blancs sont les personnes ressources...en suivi...pour une aide (...) on demande toujours s'il y a un entourage ou pas (...) famille étayante (...) pmi (...) orientation en foyer quand les mères acceptent pour justement continuer les étayages (...) accompagner dans les démarches...tout l'administratif et budgétaire aussi ».*

La PDE n°5 ajoute : « *on peut installer pas mal de monde à domicile comme les techniciennes d'intervention ou du soutien à la parentalité (...) les papillons blancs* ».

Enfin à ce sujet, la PDE n°6 explique: « *il y a des associations qui sont présentes auprès d'eux au quotidien (...) pas du tout entourée ... pas un soutien familial... compagnon pas du tout soutenant (...) pour que cet enfant se développe bien il faudrait vraiment un étayage non stop auprès des parents (...)*

si on pouvait mettre un étayage non stop 24h/24 auprès de ces mamans...il y aurait moins de placement d'enfant chez ses parents déficients (...) entourage familiale (...) foyer mère-enfant».

Un accompagnement efficace doit prendre en compte l'environnement, l'entourage de la personne accompagnée et également les propres représentations du soignant comme nous le démontre M. Paul dans la posture spécifique de l'accompagnement, ce qui est la base de la prise en charge globale de l'individu. Comme le dit également Bruner cette tutelle peut se matérialiser sous diverses formes. Et si on se réfère de nouveau à B. Copin, un accompagnement de qualité d'une mère déficiente ne peut être dissocié d'un intérêt pour son environnement.

On remarque donc que les interrogations concernant la présence d'autres accompagnants, d'autres personnes aidantes qu'elles soient des professionnels ou non sont inévitables.

Le but étant dans la majorité des cas de trouver des solutions pour envisager une sortie au domicile afin d'éviter une séparation mère-enfant.

Nous allons donc analyser les points de vue des puéricultrices sur cette séparation.

On peut, en premier lieu, répertorier les différents types énumérés par les puéricultrices.

Pour la PDE 1: « *il peut y avoir plusieurs sortes de séparation (...) chez les assistantes maternelles la nuit (...) on oblige les mères à mettre leur enfants en halte-garderie pour stimuler l'enfant (...) il peut avoir aussi un placement qu'on appelle une OPP⁵⁵ (...) mesure judiciaire (...) l'enfant est retiré de la mère parce qu'on trouve que l'enfant est en danger* ».

D'autres notions sont soulevés par la PDE n°2 : « *en terme de séparation est-ce que ça arrive souvent ou non...c'est vraiment quand il y a une notion de danger pour l'enfant (...) il y a une ordonnance de placement provisoire (...) dans le cas d'une déficience vraiment sévère (...) parents incapables de s'occuper de l'enfant, de répondre aux besoins (...) pas la notion de*

⁵⁵Ordonnance de Placement Provisoire

sécurité de base : laisser bébé sur la table à langer, ne pas savoir le couvrir s'il a froid, savoir donner le biberon correctement (...) c'est exceptionnel ».

La PDE n°3 souligne: *« côté juridique(...) ordonnance provisoire de placement déjà en cours, tombe dès que l'état de déficience de ma maman à est évalué, tombe dès la naissance ».*

Quant à la PDE n°4, elle n'a pas rencontré de situation de séparation mère-nouveau-né.

La PDE n°5 explique : *« on peut proposer un accueil modulé (...) chez une assistante maternelle ou une assistante (...) après des fois c'est le placement d'office (...) des enfants qui ne retourneront jamais chez eux ».*

Au sujet de la séparation, la PDE n°6 évoque : *« un foyer mère-enfant (...) accueils modulés c'est-à-dire qu'on va demander le placement pour stabiliser l'enfant ».*

On remarque les similitudes que cela soit en extra ou en intra hospitalier concernant les diverses mesures possibles inhérentes à la séparation provisoire ou non de l'enfant.

On peut ensuite s'intéresser à la question du maintien des liens et de la séparation.

La PDE n°1 dira d'abord *« ça passe par le juge »*. De son point de vue, le maintien des liens se fait en fonction du degré de danger de la mère envers son enfant et de la décision judiciaire *« il peut y avoir une OPP parce qu'il y a maltraitance »* ou *« si c'est une personne défaillante mais ça passe aussi par un juge »*. *« La maman peut voir son enfant plus facilement son enfant »* lors *« des journées de rencontres »*.

De même pour la PDE n°4 qui parle de *« continuer les droits de visites (...) accord du juge (...) accompagner ces gens à aller voir leur enfant »* quelque soit le lieu de placement *« pouponnière ou famille d'accueil »* pour renforcer le lien.

À ce sujet, la PDE n°2 ajoute: *«il y a des visites il y a un lien qui est maintenu quand même »*.

Le PDE n°5 évoque la mise en place rapide des *« visites médiatisées avec un tiers »*. Il en sera de même pour la P6.

En ce qui concerne le maintien des liens les puéricultrices mettent d'abord en avant l'aspect juridique avec ces rencontres autorisées par le juge dans le cadre des placements.

Lorsqu'on s'attarde plus amplement sur leurs propres implications, on peut déterminer trois champs.

Le premier étant sur les liens mère-enfant.

La PDE n°1 dira que pour favoriser les liens, elle met tout en place tant qu'il n'y a pas séparation, tant que celle ci n'est pas actée l'enfant reste donc auprès de sa mère, le peau à peau est favorisé

ainsi que l'allaitement. Même dans le cadre d'une séparation déjà prévue à la naissance « *on favorise les liens mères enfants* » dit-elle car « *on sait que c'est dans ces premiers jours qu'il y a des liens d'attachement* » et ce d'autant plus que « *pour qu'après la séparation il puisse encore y avoir des liens la mère n'abandonne pas son enfant c'est simplement on protège l'enfant* ». Pour elle, il faut aussi, dans ce contexte, continuer à « *favoriser aussi le potentiel de la mère (...) on va tout mettre en place pour montrer que elle est importante pour son bébé quoi qu'il arrive c'est elle la mère et c'est elle qui va faire pour cet enfant si après il y a une séparation ce qui aura été fait ici ça lui servira plus tard pour qu'elle s'investisse* ». Même quand l'OPP est connue, la puéricultrice précise « *on empêchera pas l'allaitement* » même si la poursuite ne sera pas faisable car « *l'attachement qu'elle a par le fait de pouvoir nourrir son enfant pour l'enfant c'est important et pour cette mère aussi même si après il y a séparation* ». Sur ce sujet la PDE n°3 dira: « *il faut quand même qu'il fasse du peau à peau (...) il y a séparation mais pas coupure totale* ».

Et les dires concernant la PDE n°6 sont les suivants : « *on va demander des accueils modulés c'est-à-dire qu'on va demander le placement pour stabiliser l'enfant* » afin d'éviter une rupture « *il y a quand même un lien très fort entre le papa et la maman et l'enfant qu'il ne faut pas rompre (...) il peut y avoir un accueil mère-enfant quand les parents le souhaitent* ».

Seule la PDE n°2 mentionne : « *tout ce qui est doudou, objet de transition* ».

Le second concerne l'annonce de la séparation.

Sur le fait de prévenir le départ de l'enfant, la séparation, selon PDE n°1, il peut ne pas avoir d'annonce car les mères « *sont prévenues en anténatal en disant qu'elles sont déficientes et qu'il y a des risques* ». Elle pense, d'ailleurs, qu'en fonction du degré de déficience, certaines n'intègrent pas réellement l'annonce « *est-ce qu'elle est vraiment consciente qu'il y aura séparation* ». Elle ajoute que selon l'évaluation par les soignants du degré de la déficience, la séparation n'étant parfois qu'une option il n'est pas nécessaire d'en informer la mère surtout au début du séjour pour « *ne pas angoisser la mère* » sur une séparation qui n'aura peut être pas lieu et « *parce qu'on va pas empêcher les liens de se créer* ».

Mais parfois « *elles sont prévenues dans la maternité en disant si vous voulez gardez votre bébé il faut faire ça ça...* ». Elle ajoute: « *il y a des choses à faire si elles acceptent.... les mères qui sont déficientes intellectuellement généralement elles acceptent* ». Si l'OPP est décidé suite à un événement survenu pendant le séjour : défaut de sécurité au niveau du couchage, un bébé « *laissé sur la table à langer* », la mère n'est pas prévenue avant l'échéance de peur justement qu'elle ne rompe les liens avec son bébé « *on ne prévient pas on ne va pas dire ça parce que*

déjà il y aurait pas de lien et puis en plus soit elle le sait avant parce qu'elle est déficiente mais déficientes et donc dans ce cas-là je sais même pas si elle se rend compte ».

Et le dernier se situant autour du ressenti des puéricultrices.

La PDE n°5 dit : *« on se pose toujours le pour et le contre (...) laisser un enfant qui risque d'avoir des troubles du comportement »* ou *« se dire il vaut mieux le placer maintenir les liens ».*

Pour la PDE n°6 : *« c'est la population avec lequel j'ai le plus de difficultés qui pose énormément questions (...) sur des situations un petit peu limite ou on commence à voir des retards chez l'enfant (...) il y a attachement c'est sûr »* mais *« jusqu'où peuvent répondre les parents aux besoins, comment l'enfant va mieux grandir »* et pour autant *« est-ce une solution de le séparer de ses parents ».*

Qu'il y ait séparation ou non, les moyens mis en place pour favoriser l'attachement à la naissance telle que la proximité physique restent identiques tout au long du séjour en maternité tant que l'enfant n'est pas en danger. C'est cette même notion d'attachement couplée à la déficience qui va influencer sur les informations données aux parents quant la séparation est prononcée.

La séparation en terme de placement apparaît comme une mesure judiciaire inévitable en cas de notion de danger pour l'enfant mais reste le recours à envisager quand toutes les autres pistes pouvant éviter justement de séparer l'enfant de son parent ont été envisagées et refusées par ces derniers.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'accord des mères déficientes est recherché dans toutes propositions alternatives pouvant palier aux difficultés. On peut reprendre les propos de la PDE n°6 *« quand les parents le souhaitent »* ou encore *« une observation qui sont négociées déjà pendant la grossesse »* et ceux de la PDE n°1 *« généralement elles acceptent le suivi »*. Cette négociation entre les professionnels et l'accompagnant nous renvoie à la collaboration désignée par M.Paul et sa notion d'approche négociée qui permet d'établir une bonne relation dans le soin.

Et on perçoit également de ces retours, le dilemme que peut occasionner la décision de séparation précoce de la mère et de son nouveau-né mais aussi la préoccupation sur le développement de l'enfant sur le long terme et les conséquences sur sa vie future que peut engendrer l'une ou l'autre de cette décision; ce qui rejoint les recherches effectuées sur la séparation néonatale.

IV. REFLEXION PERSONNELLE

Ma réflexion se base sur un nombre restreint d'entretiens dont la moitié concernent des puéricultrices exerçant dans le même service. De ce fait, certains arguments peuvent être critiquables.

Cette analyse, mise en lien avec mes recherches théoriques, m'a permis de réaliser que les puéricultrices tiennent un rôle prépondérant et spécifique dans l'accompagnement des mères déficientes et d'en relever certains points déterminants.

En maternité, la priorité pour ces professionnelles est de savoir si elles peuvent laisser en toute sécurité, cette mère déficiente repartir avec son nouveau-né.

En PMI, il s'agit de vérifier si l'environnement est propice aux stimulations qu'un enfant doit recevoir afin d'évoluer sereinement.

Il faut de ce fait combiner objectivité et responsabilité.

Toutes les mères déficientes ou non sont différentes et peuvent rencontrer des difficultés dans la prise en charge de leurs nouveaux nés surtout les premiers jours.

Nous souhaitons accompagner toutes les mamans de façon identique. Cependant, on doit admettre que la prise en charge des mères ayant une déficience reste atypique et éveille une certaine vigilance. Il faut donc garder à l'esprit la nécessité d'une prise en soin individualisée, bien adaptée mais veiller à ne pas les stigmatiser ou les infantiliser. L'objectif étant de favoriser l'autonomie, les puéricultrices vont déployer tous les moyens nécessaires tels qu'encourager la proximité de la mère et de nouveau-né; tous ceux dont elles disposent tels que le prolongement des séjours en maternité ou la mise en place d'intervenants extérieurs.

Il faut rester attentif à ne pas se substituer au rôle de ces mères et ne pas se laisser tenter à vouloir faire à leur place dans le but de leur faciliter la tâche.

Cela ne serait d'aucun bénéfice, ni pour elle ni pour l'enfant. Au contraire, cela pourrait même avoir un impact sur la prise de confiance et l'estime qu'elles pourraient avoir d'elles. Et par conséquent, influencer sur les interactions avec leur bébé. La valorisation est un élément essentiel voir incontournable.

Il faut aussi prendre conscience qu'accompagner de façon optimale la mise en place des liens d'attachement et le soutien des compétences parentales de ces mères déficientes sollicitent plus de disponibilité de la part de la puéricultrice, que cela soit en maternité ou en PMI lors des visites à domicile. Malgré le fait que le temps de présence de ces mamans au sein des maternités

puissent être rallongé, il ne faut pas négliger le fait que le temps d'activité de la puéricultrice lui ne peut l'être. Elle doit aussi, quelque soit la structure, s'acquitter d'autres tâches et prendre en soin d'autres parents. Prendre réellement le temps que toutes les informations données et que tous les gestes requis soient bien intégrés n'est pas à leur portée. Les puéricultrices n'ont pas la possibilité de passer plusieurs heures dans une chambre en maternité ou même à domicile.

La restriction de personnels dans les soins est une réalité dont les conséquences sont non négligeables. D'ailleurs, il existe des décisions de séparations, de placement motivés par le fait que la mère déficiente soit seule, sans entourage étayant, et que les institutions pouvant proposer un accompagnement adapté soit saturées.

Etre à l'origine d'une rupture d'un lien d'attachement pour lequel on a œuvré à l'installation peut sembler paradoxal mais il faut retenir que la puéricultrice est avant tout garante et responsable du bon développement de l'enfant.

Sur ce point, je constate une différence entre les préoccupations des puéricultrices. Les objectifs primordiaux sont fixés selon leurs implications.

En maternité, les inquiétudes semblent se focaliser autour de la naissance sur un moyen et court terme ainsi que sur les capacités de la maman. Alors qu'au niveau de la PMI, on s'enquiert davantage du devenir à long terme de ces enfants et sur les compétences qu'ils pourront développer ou non auprès de parents déficients et les éventuelles séquelles.

Toutefois on peut dire que ces différences démontrent également une complémentarité dans la prise en charge tout au long de la croissance de l'enfant.

Je pense que ce débat contradictoire entre les bienfaits d'une proximité mère-enfant et les bénéfiques de la séparation pour l'enfant en prévision du futur n'est pas sans conséquence pour la famille mais aussi pour la professionnelle. C'est une responsabilité professionnelle soit mais également personnelle qui incombe aux soignants concernant les choix de signalement:

séparer pour protéger ou séparer et engendrer d'autres troubles.

La puéricultrice est avant tout un être humain et c'est aussi cette partie d'elle qui est mis à profit dans son professionnalisme et dans ses compétences de soignantes. Et c'est pourquoi ces remises en questions personnelles sont importantes et voire même indispensable.

La non annonce de la séparation est un facteur qu'il me semble important de relever.

Je considère très réducteur de la justifier par la présence de la déficience. Cela me renvoie aux dires d'une certaine époque où l'on considérait les bébés comme des êtres insensibles. L'évolution des mentalités et des progrès médicaux font qu'on sait aujourd'hui que c'est tout l'inverse et c'est dans ce sens que l'on préconise la prise en compte de leur affect. Il semble donc

paradoxal de laisser ces mères ainsi que leur bébé dans l'ignorance d'une situation si conséquente pour eux sous prétexte qu'elles ne comprendraient pas l'information. On peut rappeler que la charte du patient hospitalisé mentionne le devoir de donner une information accessible et loyale. Toutefois il existe la possibilité de ne pas tout divulguer surtout si cela s'avère contraire au intérêt de l'enfant et donc susceptible de perturber la relation triangulaire parents/enfant/soignant. Par conséquent, on peut entendre que la puéricultrice estime que ce type d'annonce délicate puisse angoisser une maman déjà fragilisée mais peut-on assurer que la brutalité d'une séparation non anticipée aurait moins de répercussions.

Compte tenu de toutes ces informations, je peux affirmer que quelque soit le secteur d'activité, les interactions entre la mère déficiente et son nouveau-né sont toujours recherchées et sollicitées par les puéricultrices. Satisfaire les besoins primaires du nouveau-né n'est pas suffisant pour attester d'une prise en soin correcte de la maman. Les puéricultrices s'assurent que l'attachement soit bien présent et veillent à ce qu'il soit bien ancré.

On peut dire que c'est la question du maintien de l'enfant auprès de sa mère déficiente, au sein du domicile parentale, qui va être le fil conducteur de la prise en soin de la puéricultrice.

C'est dans cet optique de soutien à la parentalité qu'elle va baser son accompagnement. La relation d'aide qu'elle va établir et la mise à profit de toutes ces connaissances sur l'attachement vont lui permettre d'interagir en collaboration avec ces mères pour faciliter leur relation avec leurs bébés et développer un attachement suffisamment sécurisant si besoin. On peut donc dire que mes hypothèses sont vérifiées: la posture d'accompagnante utilisée par la puéricultrice dans la relation d'aide permet à la mère déficiente de développer les capacités maternelles nécessaires à la sécurité affective de son nouveau-né et les connaissances sur l'attachement acquises par la puéricultrice lui permettent de la guider dans ces interactions avec son nouveau-né et de maintenir le lien en cas de séparation.

Néanmoins, on peut nuancer cette affirmation par le fait que la position d'accompagnante semble pas toujours si évident à respecter. Elle peut être modifiée si la puéricultrice perçoit ou estime que l'enfant est en danger. Maintenir le lien dans ce contexte reste une priorité mais qui devient tributaire des mesures trouvées. Les interventions vont alors se situer autour des visites médiatisées pour les mesures judiciaires avec parfois des ruptures totales du lien. On peut donc s'interroger sur les répercussions que cela peut avoir sur l'enfant et se demander dans quelles mesures les séparations mères-enfants sur du long terme peuvent-elle avoir des conséquence sur la vie de l'enfant ?

CONCLUSION

Ce travail de recherche m'a permis de mieux intégrer la responsabilité de la puéricultrice quant à la sécurité du nouveau-né et à son développement.

Les situations auxquelles j'ai pu être confronté au sein de la pouponnière et les relations de confiance ou non établies avec certaines familles; nous amènent parfois à nous interroger sur les motifs qui ont motivés la demande de placement et sur le déroulement de la séparation.

Mais elles questionnent aussi sur la prise en charge effectuée en amont; comment pouvait-on aboutir à privilégier la pouponnière pour débiter la vie du nouveau-né.

Mon souhait était de devenir puéricultrice pour aider les enfants à bien grandir, pas pour les séparer de leurs mères à ce moment qui me semblait si précieux.

Pour ma future pratique, à travers ce travail et les expériences retirées des divers stages de cette année, il semble essentielle de retenir que le métier de la puéricultrice nécessite à la fois une implication personnelle mais ne peut être efficient qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire. De ce fait, la complexité qui peut émerger de part la responsabilité qu'elle engage se trouve simplifier par cette responsabilité partagée.

Je reste convaincue de l'enrichissement mutuel qu'apporte ce travail sur ce petit humain et les personnes qui l'entourent quelque soit le public concerné.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- BELAID Ait-ali, *L'essentiel sur le handicap*, 1^{ère} éd. Toulouse: Octarès, 2017. 130p
- BERGER Maurice, *L'enfant et la souffrance de la séparation*, Paris: Dunod, 2014. 176p
- BERTHIER Nicole, *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, 4^{ème} éd. Paris: Armand Colin, 2016. 352p
- BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, *L'entretien*, Paris: Armand colin, 2007, 128p
- BOWLBY John, *Attachement et perte 2, La séparation angoisse et colère*. 4^{ème} éd. Paris: Presse Universitaire de France, 2007. 560p. (Le fil rouge)
- COLSON, S, GASSIER, J. *Le guide de la puéricultrice*. 4^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2016. 1280p
- DE BROCA Alain, *Le développement de l'enfant*. 6^{ème} éd. Elsevier Masson. 272p. (Abrégés de médecine)
- ELIACHEFF Caroline, SZEJER Myriam, *Le bébé et les ruptures*, Paris: Albin Michel, 2003. 384p
- EMERY Jacinthe, *L'attachement parent-enfant*, Montréal: Chu St Justine, 2016. 496p
- France, Ministère des affaires sociales de la santé, *Profession infirmier: Recueil des principaux textes*, Berger Levrault, 2019
- HAMONET Claude, *Les personnes en situation de handicap*, Paris, Presse Universitaire de France, 2010. 128p. (Que sais-je?)
- JUHEL Jean Charles, *La personne ayant une déficience intellectuelle*, Presse Universitaire Laval: Chronique sociale, 2012. 446p
- KIVITS, J, BALARD, F, FOURNIER,C «et al», *Les recherches qualitatives en santé*, Paris:Armand colin, 2016
- LECLERC Charles, *Soins et handicap mental*, Montrouge: Arnette, 2018 (Books-e-books). p114
- LIBERMAN Romain, *Handicap et maladie mentale*. Paris: Presse Universitaire de France, 2015. 128p. (Que sais-je?)
- PAUL Maela, *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan, 2004. 356p

- PIOT Maudy, *Etre mère autrement: Handicap et maternité*, Paris: L'harmattan, 2007. 124p
- RABISCHONG Pierre, *Le handicap*, 2^{ème} éd. Paris: Presse Universitaire de France, 2012. 128p. (Que sais je?)
- SELLENET Catherine, *Les puéricultrices au cœur de l'ouvrage*. Homme et perspectives/Martin media. Revigny-sur-Ornain, 2002. 299p
- STICKER, H, PUIG, J, HUET, O, *Handicap et accompagnement*, Paris: Dunod , 2014. 192p
- VAUCLAIR Jacques, *Développement du jeune enfant: motricité, perception, cognition*, : Belin, 2004. 256p
- WINNICOTT Donald.W, *Le bébé et sa mère*, Paris: Payot & Rivages, 1992. 160p

Sitographie

Livres

- BOUKOBZA Claude, *Les écueils de la relation précoce mère-bébé*, [en ligne], Eres, 2007. 176p. Consulté le 16 mars 2019. Disponible sur <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/les-ecueils-de-la-relation-precoce-mere-bebe--9782749207919.htm#?>
- PIERREHUMBERT Blaise, *L'attachement de la théorie à la clinique*, [en ligne], Eres, 2007. 144p. Consulté en ligne le 16 mars 2019. Disponible sur <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/l-attachement-de-la-theorie-a-la-clinique--9782749205069.htm#?>
- TITRAN Maurice, *Accompagner*, [en ligne], Eres, 2003, pages 5à11. Consulté le 11 Mars 2019. Disponible sur <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/accompagner--9782865868308-page-5.htm#?>

Articles

- BLONDEL Marie-pierre, *Objet transitionnel et autres objets d'addiction*. *Revue française de psychanalyse*, 2004, Vol 68, pages 459 à 467. Consulté le 10 mars 2019. Disponible sur <https://www-cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2004-2-page-459.htm#>
- COPPIN Bertrand, *Etre parent avec une déficience intellectuelle*, *Contraste* [en ligne], 2005, n°22-23, p258 à 314. Consulté le 12 mars 2019. Disponible sur <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/revue-contraste-2005-1-page-285.htm>
- COPPIN Bertrand, *Etre parent et en situation de handicap*, *Reliance* [en ligne], 2007, n°26, p 88 à 96. Consulté le 12 mars 2019. Disponible sur <https://www-cairn-info->

s.bibliopam.univ-catholille.fr/revue-reliance-2007-4-page-88.htm?contenu=plan#s1n7

- MORIN Bertrand, *Accompagner vers la parentalité les personnes en situation de handicap*, [en ligne] Chronique Sociale, Lyon, 2013. 136p. Consulté le 11 mars 2019. Disponible sur **<https://www.lien-social.com/Accompagner-vers-la-parentalite-les-personnes-en-situation-de-handicap>**

Documents

- CCAH, Les différents types de handicap [en ligne]. Consulté le 10 février 2019. Disponible sur **<https://www.ccah.fr/CAAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>**
- CNRTL, Accompagner [en ligne]. Consulté le 11 mars 2019. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/accompagner>
- Concepts Le soin/ L'accompagnement/ Le rôle du soignant [en ligne]. Consulté le 16 mars 2019. Disponible sur http://www.synora-commerce.fr/ch_bischwiller_extranet/Doc/Ressources/LE_SOIN_2017011108562317.pdf
- France. Ministère des solidarités et de la santé. Dessines moi un parent [en ligne]. Consulté le 10 mars 2019. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_dp_-_strategie_nationale_2018-2022vf.pdf
- France. Site officiel de l'administration française, Placement d'un enfant sur décision judiciaire [en ligne] vérifié le 25 février 2019. Consulté le 27 décembre 2018. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3140>
- Le métier puéricultrice/eur [en ligne]. Consulté le 30 janvier 2019. Disponible sur <https://www.ceepame.com/metier-puericultrice/>
- L'internaute, Accompagner [en ligne]. Consulté le 11 mars 2019. Disponible sur <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/accompagner/>
- Nations Unies, Convention relative aux droits des personnes handicapées [en ligne]. Consulté le 10 février 2019. Disponible sur <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
- UDAPEI du Nord, Que sont-ils devenus? [en ligne] p9 à 12. Consulté le 11 mars 2019. Disponible sur <http://www.udapei59.org/wp-content/uploads/2018/10/UDAPEI-Etude-Que-Sont-Ils-Devenus-Oct-2018-Web.pdf>
- UNAPEI, Déficience intellectuelle et handicap mental [en ligne]. Mis en ligne le 1 Avril 2013, consulté le 10 février 2019. Disponible sur <https://informations.handicap.fr/a-deficience-intellectuelle-handicap-mental-3110.php>

Cours théoriques

- Mme DELOBELLE, Cours de psychologie, Interactions précoces dispensées à Ifsanté Lomme

ANNEXES

Annexe 1 guide d'entretien

Annexe 2 entretien puéricultrice