



HAL
open science

La première rencontre entre une mère et son nouveau-né grand prématuré en unité de soins intensifs néonataux

Christelle Durier

► To cite this version:

Christelle Durier. La première rencontre entre une mère et son nouveau-né grand prématuré en unité de soins intensifs néonataux. Pédiatrie. 2020. dumas-03182046

HAL Id: dumas-03182046

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182046>

Submitted on 26 Mar 2021

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.

DURIER Christelle

Promotion 2019/2020

Projet professionnel

La première rencontre entre une mère et son nouveau-né grand prématuré
en unité de soins intensifs néonataux

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce projet professionnel.

Je remercie particulièrement Mme Amandine Mazik, qui en tant que référente de suivi de projet, m'a accompagnée et guidée dans la réalisation de ce travail.

Je remercie mes formatrices Mme Christine Laugel, Mme Nathalie Catrice, Mme Corinne Vantournhoudt, pour leur investissement et leur soutien tout au long de cette année de formation.

Je souhaite également remercier les puéricultrices des services de réanimation et de soins intensifs néonataux pour leur participation à mes entretiens.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. Du constat de départ vers le questionnement.....	2
1.1 Situation de départ : une rencontre.....	2
1.2 Questionnement et problématique.....	4
2. Cadre théorique.....	6
2.1 La prématurité : état des lieux, enjeux et nouveaux défis	6
2.2 Les soins du développement	8
2.3 Le nouveau-né prématuré : compétences et fragilités	9
2.3.1 L’immaturité liée à la grande prématurité	9
2.3.2 Les compétences sensorielles du grand prématuré.....	11
2.3.3 La théorie synactive.....	13
2.4 La parentalité et la maternalité	15
2.5 L’attachement parent-enfant	19
2.6 L’accompagnement	23
2.7 L’accueil.....	25
2.8 Le peau à peau.....	29
3. Conclusion de mon cadre théorique.....	30
4. Hypothèses.....	31
5. Phase exploratoire.....	31
5.1 Méthodologie de l’enquête.....	31
5.1.1 Objectif de l’enquête	31
5.1.2 Choix de l’outil.....	31
5.1.3 Choix de la population enquêtée	32
5.1.4 Guide d’entretien	33
5.1.5 Modalités de réalisation de l’enquête	33
5.1.6 Les biais de l’enquête	35
5.2 Analyse de l’enquête	36
5.2.1 Les représentations autour de la première rencontre	36
5.2.2 L’organisation de la première rencontre pensée et préparée collectivement.....	37
5.2.3 Un accompagnement pensé et mené individuellement	39
5.2.4 Les difficultés ressenties au moment de la première rencontre.....	41
5.2.4.a Les réactions parentales.....	41
5.2.4.b L’influence du contexte de la naissance sur le vécu de la rencontre.....	42
5.2.4.c Le problème de temporalité	44
5.2.5 L’objectif de l’accompagnement de la première rencontre.....	45
5.2.6 Les différentes postures d’accompagnement.....	46
5.2.7 Le peau à peau et l’attachement	47
5.3 Conclusion de l’enquête	52
6. Retour sur hypothèses et projection professionnelle	53
CONCLUSION.....	56

INTRODUCTION

La naissance prématurée d'un enfant est souvent décrite comme un évènement brutal, un accident de parcours, propulsant la femme enceinte hors de sa bulle protectrice et fantasmatique que constitue l'état de grossesse. Le temps des rêveries à propos de l'enfant à naître s'interrompt subitement, et quelque chose n'a pas eu le temps d'avoir lieu et ne sera jamais rattrapé, laissant un vide, une absence, celle du bébé dans le ventre de sa mère. Celle-ci est vite rattrapée par la réalité avec la présence vivante de ce petit être, bien différent de celui qu'elle avait pu imaginer et auquel l'attachement va avoir besoin d'être accompagné.

J'ai passé huit années en service de néonatalogie auprès de nouveau-nés prématurés et grands prématurés ainsi que de leurs parents. J'ai assisté à l'évolution et au progrès dans la prise en charge de ces enfants et dans l'accompagnement de leur famille avec beaucoup d'intérêt, la routine et l'ennui n'ayant pas leur place dans cette discipline en constante amélioration.

Le choix du thème de mon mémoire est donc forcément influencé par mon expérience et ma passion toujours intacte pour la néonatalogie. De mon point de vue, l'accompagnement des parents y est la pierre angulaire des soins, et j'ai eu envie de travailler sur un moment qui m'a toujours semblé particulier de par les émotions et les réactions qu'il suscite, celui de la première venue des parents dans le service de soins, et de la rencontre avec leur enfant prématuré. En tant que soignant nous prenons parfois conscience de l'importance de certaines étapes dans une prise en charge qui peuvent s'avérer être des moments clé, cette première rencontre entre la mère et son nouveau-né grand prématuré en fait-elle partie ?

Pour réaliser un focus de cette première rencontre, je pars d'une situation qui a fait naître en moi des interrogations sur la manière d'accompagner ces premiers instants entre un bébé né trop tôt et une mère sidérée par une réalité qui la dépasse. Quel sera le rôle de la puéricultrice dans cet accompagnement et quel impact pourrait-il avoir sur cette rencontre ?

1. DU CONSTAT DE DEPART VERS LE QUESTIONNEMENT

1.1 Situation de départ : une rencontre...

Cette situation se déroule pendant mon stage infirmier de deuxième année en service de néonatalogie de niveau II b d'un grand hôpital de l'Est francilien en région parisienne. Le service n'a pas de certification IHAB ou NIDCAP, cependant une volonté de s'orienter vers la pratique des soins du développement est présente, et quelques soignantes ont reçu une formation NIDCAP de niveau 1. Le service a une capacité de 18 lits dont 6 de soins intensifs, répartis dans des « box » individuels ou doubles. Des fauteuils sont mis à disposition des parents qui sont autorisés à entrer dans le service 24h/24.

Je travaille en binôme avec l'infirmière DE qui m'encadre ce jour-là. Nous avons pris en soins la petite Candice née à 31 SA, pour rupture prématurée des membranes dans un contexte d'infection materno-foetale, arrivée dans le service la veille, et présentant une détresse respiratoire. Elle est placée sous assistance respiratoire non invasive de type Jet-CPAP, et est alimentée par un cathéter veineux ombilical. L'équipe nous transmet qu'il s'agit pour les parents d'une première grossesse et d'un premier enfant, que le papa était présent à son arrivée mais qu'il n'est pas resté longtemps et qu'il a pu transmettre des photos à la maman.

Dans l'après-midi, sur demande de l'équipe de la maternité, nous accueillons pour la première fois la maman de C. en fauteuil à l'entrée du service, nous nous présentons à elle et lui indiquons la procédure à suivre avant d'entrée dans l'unité où est hospitalisée sa fille, à savoir le lavage soigneux des mains et l'habillage avec une sur-blouse journalière. Elle est attentive et s'exécute mais semble physiquement éprouvée. Nous prenons de ses nouvelles, elle nous répond avoir peu dormi, et que ça a été « compliqué » et « difficile », qu'elle n'a pu voir sa fille qu'un tout petit instant. Arrivées dans la chambre, nous approchons le fauteuil de maman près de l'incubateur de C. et descendons celui-ci à sa hauteur, en lui disant que nous allons lui expliquer à quoi servent toutes les machines autour. L'infirmière commence par lui donner des nouvelles « C. est très calme, elle a été sage ce matin. Comme vous voyez elle a un petit masque sur son nez pour l'aider à respirer car pour l'instant c'est un peu difficile pour elle ». Je vois immédiatement les yeux de maman se troubler, sa main devant sa bouche, elle semble contrôler son émotion quelques instants puis finit par fondre en larmes. L'infirmière lui parle doucement « ça va aller, on sait que c'est difficile pour vous, c'est normal. Et puis il y a la fatigue... », maman acquiesce de la tête. L'infirmière continue « il y a beaucoup de fils et d'appareils autour d'elle, ça peut être impressionnant pour vous ». Elle prend le temps de lui expliquer à quoi sert chaque appareil, puis elle ouvre les hublots et lui demande: « est-ce que vous voulez la toucher?

Regardez comme elle est mignonne ». Les yeux toujours humides, esquissant un sourire crispé, maman passe sa main et effleure le bras de C. du bout de l'index. L'infirmière lui explique que C. doit être contente de sentir sa présence et elle l'encourage à lui parler, mais maman reste muette. C. qui était endormie jusque-là réagit : elle se tortille, fronce les sourcils, grimace, et la jet-CPAP se met à sonner. Le scope enchaine derrière et se met également à sonner. Aussitôt maman retire sa main de l'incubateur et nous regarde d'un air très inquiet « qu'est-ce qui se passe ? Il y a un problème ? » Je coupe les alarmes, tandis que l'infirmière repositionne le masque, pose ses mains sur C. et la contient quelques instants pour l'apaiser. « C'est parce que je l'ai touché ? » demande maman. L'infirmière lui explique que les alarmes pouvaient se déclencher simplement parce qu'elle bougeait, et que ça ne voulait pas forcément dire qu'il y avait quelque chose de grave. « C. voulait vous dire bonjour » lui dit-elle en souriant, sans doute pour dédramatiser la situation. La maman semble stressée, son visage est fermé et triste, elle contient ses larmes. L'infirmière lui propose de l'installer contre elle en peau à peau, mais elle refuse : « non, non, je ne préfère pas ». L'infirmière n'insiste pas, elle propose à la maman de rester près de sa fille, et l'encourage simplement à repasser sa main dans l'incubateur pour la poser sur son bébé : « Non, je préfère la laisser tranquille » répond-elle la gorge nouée. « Comme vous voulez » répond l'infirmière, et après s'être assurée que C. était bien installée dans son cocon, elle lui propose de la laisser tranquille avec sa fille pour « faire connaissance », en lui disant qu'on ne sera pas loin.

Les parois vitrées de la chambre nous permettent de voir C. et sa mère à distance. Elle restera une demi-heure assise près de l'incubateur à observer sa fille sans dire un mot, avant de demander à redescendre dans sa chambre.

La naissance d'un enfant à terme, lorsqu'elle se passe bien, est un vrai moment de bonheur, marqué d'émotions fortes, lors duquel au prix d'efforts intenses, la mère accueille son bébé, l'enveloppe de ses bras et le serre tendrement contre sa poitrine. Tous les sens de cette dyade sont alors en éveil pour se rencontrer : ils se regardent, se touchent, se sentent. Les parents se sentent soulagés d'avoir traversé cette épreuve, les sentiments de satisfaction et de fierté à la vue de leur bébé s'ajoutent à celui de la reconnaissance qu'ils éprouvent à son égard, d'être là, même s'il ne correspond pas exactement à ce qu'ils avaient imaginé.

Les minutes qui suivent cette rencontre sont d'une grande qualité et l'interaction est si forte qu'il est nul besoin d'intervenir, au contraire, on ne peut qu'être spectateur silencieux de la scène qui se joue sous nos yeux : c'est la naissance du lien d'attachement.

Je ne peux m'empêcher de transposer cette scène à ma situation de départ, et de penser que la rencontre entre cette maman et son bébé prématuré, bien qu'elle se fasse dans un contexte totalement différent, soit aussi un moment unique, chargé d'émotions très fortes, et lors duquel quelque chose dans la relation d'attachement doit forcément se passer, ou sinon être provoqué. Or, nous nous trouvons face à une maman déstabilisée devant l'incubateur, qui ne sait pas comment s'y prendre avec ce bébé : elle semble sidérée, elle ne lui parle pas, on voit bien que l'accordage entre eux ne se fait pas naturellement. Son geste d'ailleurs, initié à la demande de l'infirmière, est inadapté à son enfant qui se désorganise rapidement et déclenche les alarmes, provoquant la fuite de la maman.

Alors que je vivais cette situation avec un certain malaise, presque comme un échec, l'infirmière de son côté, ne semblait pas dérangée par la situation qu'elle jugeait normale. Elle m'expliquait même l'importance de laisser les parents seuls avec leur enfant pour leur permettre de faire connaissance, favorisant ainsi la mise en place des premiers liens d'attachement.

Pour ma part j'avais le sentiment d'abandonner cette maman à son sort, et de passer à côté d'une véritable problématique.

1.2 Questionnement et problématique

La situation en elle-même d'une part, l'approche qu'en a fait l'infirmière et sa perception de l'instant d'autre part, et mon propre ressenti, m'amènent à réfléchir, et à me questionner sur ce moment particulier de la première rencontre dans le service et sur l'accompagnement qui est proposé à la mère.

Je précise « la mère », car bien que le père soit évoqué dans la situation, j'ai pu observer dans mon expérience professionnelle, et constater à la lecture d'articles professionnels¹ ou de témoignages de mamans d'enfants prématurés², que le père occupait une place bien particulière. En effet, c'est lui que les équipes de soins accueilleront généralement en premier en même temps que l'enfant. Il assistera de près ou de loin à la prise en charge « technique » de son bébé, recevra les premières informations sur son état de santé. Il aura à gérer son stress et ses émotions face à la situation mais devra aussi apporter un soutien psychologique à sa femme en jouant le rôle de relais entre l'enfant et sa mère tout au long de leur séparation (port de nouvelles et de photos du bébé à la maman, et d'objets transitionnels imprégnés de l'odeur de la maman au

¹ GUAREL, M. Conséquences pour la famille de la naissance d'un bébé grand prématuré, *Soins pédiatrie/puériculture*, mars/avril 2014, n°277, p.43-47

² GOLSE, B., GOSME-SEGURET, S., MOKHTARI, M., *Bébés en réanimation: naître et renaître : Sébastien, le bébé imaginaire*, éd. Paris : Odile Jacob, 2001. 231 p.

bébé). Sa place et son accompagnement font donc à mon sens l'objet d'un sujet de mémoire à part entière que je ne traiterais pas ici.

Intéressons-nous donc à la mère. Au-delà du deuil de la grossesse et du choc de la naissance prématurée, elle aura également à subir la séparation d'avec son enfant. Celle-ci pourra aller de quelques heures à plusieurs jours selon la situation (mère nécessitant des soins lourds ne lui permettant pas de se rendre auprès de l'enfant, enfant hospitalisé dans un autre établissement...). L'accompagnement de la mère aura donc ceci de singulier par rapport au père : le vécu d'une séparation physique plus ou moins longue impactant peut-être davantage l'établissement des premiers liens, et l'accueil de son enfant au moment des « retrouvailles » lors de cette première visite dans l'unité où il est hospitalisé.

Ceci m'amène à ce questionnement :

- Premièrement, doit-on considérer cette première rencontre entre la mère et son enfant prématuré dans le service comme un moment clef dans la construction de la relation d'attachement ?
- Peut-on recréer un moment particulier favorable à l'émergence d'interactions entre la mère et son bébé comme celui vécu lors d'une naissance à terme ?
- Comment cet accompagnement des premiers instants est-il organisé dans les services de soins intensifs/réanimation aujourd'hui ? Existe-t-il des méthodes et/ou des outils pour aider la puéricultrice à accompagner cette rencontre prématurée entre la mère et son enfant ?
- Comment la puéricultrice peut-elle réagir face à une réaction « négative » de la mère, comme un refus d'entrer en contact avec son bébé, un mal être intense, des pleurs, ou un état de sidération ?
- Doit-on intervenir dès le départ dans l'interaction entre la mère et son bébé, ou devons-nous plutôt les laisser seuls faire connaissance comme semblait le penser l'infirmière ?
- Doit-on guider les premiers gestes des parents, afin de prévenir les dystimulations du nouveau-né grand prématuré ?
- Quel positionnement adopter pour ne pas se placer comme « celle qui sait » prendre soin de cet enfant, face à une maman qui pourrait se sentir incompetente, voir dépossédée de son rôle ? Cette dépossession peut-être d'autant plus ressentie que la mère découvre son enfant après d'autres personnes (le personnel soignant et le père sont chronologiquement en avance sur le premier contact avec l'enfant).
- Je me demande également si le comportement du bébé à ce moment de la rencontre peut avoir une influence sur le comportement parental, et sur l'établissement du lien d'attachement ?

L'ensemble de ces interrogations m'amène à formuler ma question de départ ainsi :

Comment l'infirmière puéricultrice en unité de réanimation/soins intensifs néonataux peut-elle penser l'accompagnement lors du premier accueil de la mère auprès de son enfant grand prématuré ?

Pour répondre à cette question et afin de bien cerner les enjeux de cette première rencontre, j'explorerai les concepts tels que la parentalité, l'attachement, l'accueil et l'accompagnement. J'essaierais tout au long de mon développement, de mettre en perspective ces concepts avec le contexte de la grande prématurité, et les conséquences de celle-ci sur le nouveau-né, et sur le vécu parental.

2. CADRE THEORIQUE

2.1 . La prématurité : état des lieux, enjeux et nouveaux défis

Chaque année en France environ 60 000 enfants naissent prématurément, c'est-à-dire avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues, soit 8 mois de grossesse.

On distingue plusieurs niveaux de prématurité : la prématurité moyenne si la naissance intervient entre 32 et 36 SA, la grande prématurité entre 28 et 32 SA, et la très grande prématurité avant 28 SA. Les naissances ayant lieu avant le terme de 33 SA représentent 45% des naissances prématurées. Un enfant sur cinq né avant terme est un grand prématuré, et ce chiffre a régulièrement augmenté ces dernières années parallèlement à celui des naissances et celui des grossesses multiples³.

Dans le domaine de la prématurité, d'énormes progrès ont été réalisés ces vingt dernières années en termes de survie et en termes de diminution des handicaps moteurs sévères. Le taux de survie des enfants nés entre 32 et 34 SA est de 99%, 94% pour les 27-31 semaines, dont respectivement 97 % et 81 % sans morbidité sévère⁴.

De nombreux facteurs ont concouru à améliorer la prise en charge de ces nouveau-nés : les traitements et stratégies de prise en charge, les progrès des disciplines partenaires, les soins de

³ INSERM, État des connaissances, daté de 2013, consulté le 29/12/2019. Consultable sur : <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etat-des-connaissances>

⁴ INSERM, La survie des enfants grands prématurés en France s'améliore : premiers résultats de l'étude EPIPAGE 2, daté de 2015, consulté le 29/12/2019. Consultable sur : <https://presse.inserm.fr/la-survie-des-enfants-grands-prematures-en-france-sameliore-premiers-resultats-de-letude-epipage-2/17643/>

développement, les soins palliatifs et l'éthique, l'organisation de la prise en charge, et la formation des néonatalogistes⁵.

Fort de ces progrès, la néonatalogie s'intéresse désormais aux troubles du développement neurologique et cognitif car il concerne 1 enfant sur 2 né à moins de 26 SA et 1 enfant sur 3 né entre 32 et 34 SA⁶. Il ne s'agit plus de permettre aux nouveau-nés prématurés de devenir des enfants viables et sans handicaps, mais de leur offrir, ainsi qu'à leurs parents, un développement neuro-comportemental et émotionnel aussi proche que celui d'un enfant né à terme.

L'apport des neurosciences a permis de faire la lumière sur les risques liés aux conditions d'hospitalisation sur deux processus essentiels en période néonatale : la synaptogénèse et l'attachement⁷. Cet argument essentiel dans la compréhension de mon travail de recherche mérite d'être développé ici.

Le développement du cerveau humain commence durant la vie fœtale et se prolonge durant la petite enfance. À sa naissance, le cerveau d'un nouveau-né pèse environ le quart de celui d'un adulte. Au cours de la première année de vie, le cerveau va doubler de volume, et entre 3 et 4 ans, il aura triplé. Ce développement va s'opérer selon plusieurs étapes. Les cellules nerveuses vont proliférer à partir de la zone germinative du cerveau puis migrer vers le cortex, créant des connexions entre elles : c'est la synaptogénèse. Plus d'un million de synapses seraient créés chaque seconde.

L'étape suivante va permettre une organisation du cerveau proche de celle de l'âge adulte, et va s'effectuer par des phases successives de production de synapses, puis de phases de stabilisation, et enfin d'élimination. Cette étape débute en milieu de grossesse et se poursuit après la naissance, et est influencée par des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux. Les facteurs génétiques sont prédominants en début de grossesse mais les facteurs environnementaux jouent un rôle majeur en fin de grossesse et après la naissance.

Les cellules et les réseaux de connexions synaptiques stimulés par l'utilisation des fonctions dans lesquelles ils sont impliqués vont persister et même se renforcer. En revanche, ce qui ne sert pas va dépérir. Ainsi, des connexions formées de façon aléatoire sont conservées si elles offrent des propriétés utiles, et ces circuits se perfectionnent par leur usage répété. Certains vont

⁵ GUILLOIS, B., Évolution des pratiques en néonatalogie, *Soins pédiatrie/puériculture*, juillet/aout 2019, n°309, , p.16-21

⁶ Conférence SIZUN, J., Du NIDCAP au programme IBAIP dans l'accompagnement des nouveau-nés vulnérables. : impact sur les apprentissages ? daté de mars 2018, consulté le 30/12/2019. Consultable sur :

<https://www.colloque-tv.com/colloques/journees-nationales-anecamp-en-amont-des-troubles-des-apprentissages-quelle-place-pour-l-action-precoce/du-nidcap-au-programme-ibaip-dans-l-accompagnement-des-nouveau-nes-vulnerables-impact-sur-les-apprentissages>

⁷ SIZUN, J., RATYNSKI, N. *L'enfant né prématurément, mieux le comprendre pour mieux le soutenir*, Paris : L'Harmattan, 2013, 128 p., p. 20

même, au-delà du développement du cerveau, souligner l'importance de l'acquis et de l'environnement dans l'édification de l'être⁸.

On comprend donc pourquoi les conditions d'hospitalisation en unité de réa/soins intensifs néonataux, de par les nombreuses dystimulations qu'elles entraînent, pourraient modifier la synaptogénèse et participer aux troubles du développement chez les enfants prématurés.

A cela s'ajoute les difficultés rencontrées dans la mise en place du processus d'attachement que je détaillerais plus tard.

Une méta-analyse publiée en 2012 et regroupant 15 études s'intéressant à cette question, menées sur des enfants nés entre 1979 et 1995⁹, montre que globalement, les enfants prématurés ont un plus petit volume cérébral total, avec de plus petits volumes de substance blanche, de substance grise, du cervelet, de l'hippocampe et du corps calleux.

Ces analyses montrent que les enfants nés prématurément présentent plus de difficultés intellectuelles générales que les enfants nés à terme, et que celles-ci sont associées à des différences de développement cérébral. Ils sont plus exposés aux risques de développer des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), des troubles mnésiques, des troubles du langage et des fonctions exécutives, avec des difficultés scolaires plus marquées.

Les données de ces recherches soulignent également un point important : les soins parentaux, et notamment le système de caregiving, pourraient jouer un rôle protecteur sur leur développement neurocognitif et affectif¹⁰. L'importance de la proximité mère/nouveau-né sur le développement de celui-ci et sur leurs relations mutuelles est donc prouvée.

L'intégration précoce de la mère et par extension de la famille (père, fratrie, grands-parents) dans la vie quotidienne de l'enfant né avant terme apparaît donc comme une nécessité absolue.

2.2 Les soins du développement

De nombreux programmes d'intervention précoce ont vu le jour en France fin des années 90 et début des années 2000, s'appuyant sur la plasticité cérébrale de l'enfant prématuré et sur une meilleure gestion des dystimulations auxquelles il est exposé au cours de l'hospitalisation, afin

⁸ KAHN, A. *Être humain, pleinement*, Paris : le livre de poche, 2017, 258 p.

⁹ LEJEUNE, F., GENTAZ, E. *L'enfant prématuré, développement neurocognitif et affectif*. Paris : Odile Jacob, 2015. 154 p. p.74

¹⁰ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p.p.21

de favoriser un développement cérébral le plus harmonieux possible¹¹. Parmi ces programmes, le NIDCAP, programme néonatal individualisé d'évaluation et de soutien du développement, implanté depuis 20 ans en France, a prouvé son efficacité via des essais randomisés¹² avec des bénéfices à court et à moyen terme sur le développement moteur et neurocognitif des nouveau-nés prématurés. Ce programme de soins, associe deux approches : environnementale et comportementale¹³.

La première vise à modifier l'environnement dans lequel évolue l'enfant né avant terme, par l'amélioration de l'environnement sonore, lumineux, et olfactif. Et la deuxième cherche à soutenir le comportement adapté à l'enfant pendant les soins ou les phases de repos, par des techniques pouvant être utilisées par les parents, accompagnés par les soignants, telles que la succion non nutritive, l'enveloppement, l'aide à la position en flexion, et le peau à peau.

Cette approche basée sur l'observation du comportement de l'enfant, vise également à aider le bébé à améliorer ses stratégies d'autorégulation, en permettant aux parents de répondre correctement aux signaux de leur bébé.

Après avoir fait un état des lieux des enjeux de la prématurité et des soins spécifiques qu'ils nécessitent, intéressons-nous à ce nouveau-né grand prématuré, à ses besoins, ses fragilités, ses compétences afin de l'accompagner au mieux au moment de cette rencontre.

2.3 Le nouveau-né prématuré : compétences et fragilités

2.3.1 L'immatunité liée à la grande prématurité

La grande prématurité se situe entre 28 et 32 SA, ce qui équivaut à 6 -7 mois de grossesse.

Le troisième trimestre de grossesse, est celui qui permet au fœtus une croissance staturale pondérale importante, la naissance étant survenue avant, le nouveau-né à ce terme pèse en moyenne 1000 à 1500 g. Son développement in-utéro a été interrompu et ses organes (le cerveau, les poumons, le tube digestif, le cœur) sont présents mais immatures¹⁴.

¹¹ PROIA-LELOUEY. Efficacité des programmes d'intervention précoce après l'hospitalisation sur le développement neurocomportemental des enfants prématurés. *Archives de pédiatrie*, septembre 2012, vol.19, p.990-997.

¹² SIZUN, J., OLIVARD, I., RATYNSKI, N. Une intervention précoce, individualisée et centrée sur la famille : le programme NIDCAP. *Devenir*, 2017, vol. 29, numéro 1, p. 5

¹³ SIZUN, J., RATYNSKI, N. *L'enfant né prématurément, mieux le comprendre pour mieux le soutenir*, Paris : L'Harmattan, 2013, 128 p., p.61-74

¹⁴INSERM. Prématurité. Consulté le 30/12/2019. Consultable sur :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

Comme nous l'avons développé précédemment, les structures cérébrales sont en place, mais des étapes essentielles à leur développement se produisent entre la 24^{ème} et la 32^{ème} semaine, le processus normal de maturation et de développement du cerveau est donc interrompu. Le risque d'atteinte cérébrale est réduit par l'administration de thérapeutiques à la mère avant l'accouchement (corticoïdes et sulfate de magnésium), et par les soins du développement, mais il reste présent et est régulièrement surveillé.

L'immatunité de son système nerveux prive le grand prématuré du tonus et des réflexes présents chez un nouveau-né à terme, et donc des capacités à s'auto réguler ou à entrer en relation avec son environnement.

L'immatunité pulmonaire s'observe par un défaut de production de surfactant (la synthèse du surfactant par les poumons intervenant après 32 SA), empêchant les alvéoles de remplir leur rôle dans les échanges gazeux avec le sang. D'autre part, l'immatunité des centres respiratoires est responsable d'apnées entraînant une mauvaise oxygénation des cellules. Le grand prématuré bénéficiera donc généralement d'une assistance respiratoire (intubation ou de plus en plus un LISA¹⁵, et relais avec une ventilation non invasive type jet CPAP), qui pourra représenter une difficulté supplémentaire dans le développement des interactions mère-enfant.

L'immatunité du système de contrôle du rythme cardiaque le rend sensible à toute variation (pause respiratoire, manque d'oxygène, reflux gastrique) et entraîne des ralentissements du rythme cardiaque et des fluctuations tensionnelles augmentant le risque d'hémorragie cérébrale. La persistance de l'ouverture du canal artériel occasionnant un reflux de sang vers les poumons est fréquente chez les grands-prématurés et est traité par l'administration d'ibuprofène.

L'immatunité digestive nécessite une adaptation précise des apports en fonction des besoins spécifiques du grand prématuré et une surveillance rapprochée liée au risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante.

Le réflexe de succion-déglutition et sa coordination avec la respiration ne sont pas encore présents. Avant 34 SA, l'alimentation se fera par sonde nasogastrique, ce qui peut également représenter un frein dans le processus d'attachement. Le lait maternel est le plus adapté pour le prématuré, c'est pourquoi l'allaitement maternel est encouragé et accompagné dès les premiers jours. Le soutien à l'allaitement maternel dans le contexte de prématurité est essentiel car il permet à la maman de se sentir utile pour son bébé et de renforcer son système de caregiving.

¹⁵ LISA = Less Invasive Surfactant Administration est une technique consistant à instiller du surfactant via un fin cathéter placé dans la trachée sans interruption de la Pression Positive Continue nasale.

2.3.2 Les compétences sensorielles du grand prématuré

Les fœtus sont compétents bien avant de venir au monde, « *ils sont équipés d'une organisation neuropsychologique qui les rend aptes, avant toute expérience, avant tout apprentissage, à percevoir, traiter et structurer les informations venues de leur environnement* »¹⁶. In-utero les sens se développent de manière chronologique : en premier le toucher puis l'olfaction et le goût, l'audition, et enfin la vision. La maturation des systèmes sensoriels va ensuite reposer en partie sur les interactions entre le bébé et son environnement physique et humain.

Pendant la grossesse le fœtus évolue dans l'utérus maternel, où tous ses mouvements trouvent les limites du corps de sa mère, il vit dans un milieu liquide et chaud, où les bruits et la lumière sont atténués. On imagine aisément le confort de ce nid douillet, quand brusquement à la naissance il se retrouve projeté dans le froid, la lumière, le bruit, expérimentant l'inconfort et la douleur¹⁷. L'enfant né à terme sera prêt physiologiquement à vivre cette épreuve. Il sera par ailleurs vite rassuré par les bras de sa mère, la chaleur et l'odeur de sa peau, le son de sa voix, et son organisme sera capable de traiter ces multiples stimulations sensorielles.

La naissance très prématurée du nouveau-né, à un stade où tous ses systèmes sont immatures, nécessite une prise en charge médicale immédiate, le privant d'abord du réconfort et de la sécurité de sa mère. Il se voit ensuite précipité dans un univers souvent peu adapté à ses besoins et à ses attentes sensorielles. « *On observe parfois dans les services des nouveau-nés dont le regard traduit exactement cela : une interrogation muette sur ce qu'il perçoit de son environnement, un désarroi profond sans doute lié à la perte de ses repères* »¹⁸.

Incapable de maintenir sa température, il est installé en incubateur. Lui qui était habitué à la douceur et à l'obscurité du ventre maternel, il se retrouve dans un endroit lumineux et bruyant, se heurtant à des limites dures et froides, soumis à de nombreuses sources de stimulations.

La peau est le principal organe de perception sensorielle, avec des récepteurs présents sur tout le corps. Même chez l'enfant né très tôt, le toucher est suffisamment mature pour manifester un certain nombre de compétences tactiles. Mais dans le service de soins intensifs les sollicitations tactiles sont souvent associées aux besoins médicaux et à des sensations désagréables voir

¹⁶ CYRULNIK, B. *Sous le signe du lien : une histoire naturelle de l'attachement*. Paris : Hachette littératures, 2002. p.30

¹⁷ BINEL, G., *Prématurité et rupture du lien mère-enfant : la naissance inachevée*. Levallois-Perret : Gaetan Morin, 2000. 227 p., p. 92-93

¹⁸ BINEL, G., *Prématurité et rupture du lien mère-enfant : la naissance inachevée*. Levallois-Perret : Gaetan Morin, 2000. 227 p., p. 93

douloureuses (intubation, pose de cathéter, prélèvements sanguins...). Les soins de nursing tels que les changes, les soins de bouche, la mobilisation même génèrent également du stress et de l'inconfort, et peuvent potentialiser la douleur liée aux soins.

Pour entrer en contact avec le nouveau-né prématuré, il convient d'utiliser le toucher global, en utilisant la paume de la main plutôt que le bout des doigts. Car cette stimulation tactile du bout des doigts est complètement opposée à celle que lui procuraient la paroi utérine et le liquide amniotique¹⁹.

Des précautions sont prises également au moment des déplacements du bébé, en respectant toujours les principes de regroupement de la position fœtale et d'enroulement (transport progressif du poids du corps d'un point d'appui à l'autre), par des mouvements lents adaptés à la dynamique motrice et relationnelle du bébé.

En ce qui concerne l'odorat, le nouveau-né grand prématuré réagit à une large palette de stimulations olfactives. Il est capable de distinguer des odeurs de qualité et d'intensité différentes, et de mémoriser les stimulations récurrentes. En présence d'un tissu imprégné de l'odeur de sa mère, il réagira par des expressions faciales, des mouvements ou par l'augmentation de son rythme cardiaque. Les odeurs agréables et familières atténuent le stress, favorise la prise alimentaire²⁰, et renforce la stabilité émotionnelle de l'enfant. Il y a donc un intérêt certain à soutenir ce sens en favorisant une grande proximité entre la mère et son bébé, ou à défaut, en lui proposant un objet imprégné de l'odeur de maman ou de son lait.

Sur le plan auditif, l'incubateur agit comme une caisse de résonance, les sons émanant de sources diverses y sont répercutés. Le bruit de fond continu de l'incubateur ou des appareils respiratoires vont couvrir les stimulations auditives habituelles et significatives comme la voix humaine. Des bruits soudains parfois stridents comme les alarmes du scope ou des pousses seringues électriques vont venir impacter ses constantes hémodynamiques (bradycardies, désaturations) et perturber son sommeil. L'immaturation auditive des nouveau-nés prématurés induit des recommandations en termes de volume sonore au sein des unités néonatales de l'ordre de 65 à 70 décibels maximum, avec un objectif préférentiel inférieur à 50 dB (équivalent d'une conversation normale). En revanche, les sons bénéfiques comme la voix rassurante des parents ou la voix du soignant, annonçant son approche et le soin, sont à encourager.

¹⁹ MARTEL, M.J., MILETTE, I. *Les soins du développement, des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Montréal : éditions du CHU Sainte-Justine, 2006. 194 p. p.89

²⁰ SCHAAL, B., GOUBET, N. Le fœtus perçoit les odeurs et s'en souvient : la formation d'attentes sensorielles et ses implications. *Médecine et enfance*. 2010

Sur le plan visuel, le prématuré dans son incubateur n'a qu'un accès partiel à la personne qui prend soin de lui : seules les mains ou les bras pénètrent dans la couveuse, le visage est trop éloigné. Les stimuli visuels ne sont pas toujours synchrones avec la voix ce qui ne permet pas au bébé de développer une anticipation. Compte tenu de l'immaturation de ce sens, l'intensité lumineuse est réduite par l'utilisation de cache-couveuses, et d'interrupteurs équipés de variateurs d'intensité, avec une réduction plus importante la nuit afin de promouvoir le cycle circadien²¹.

L'environnement de la réanimation néonatale va ainsi soumettre le nouveau-né grand prématuré à des stimulations stressantes et inadaptées²². On sait aujourd'hui qu'un encodage de ces événements se fera de manière durable induisant un effet global significatif sur son développement neurocognitif.

Au moment de cette première rencontre, la puéricultrice a donc conscience que le nouveau-né prématuré vit une expérience traumatisante et qu'il a besoin d'être rassuré et réconforté. « *Le bébé doit pouvoir accéder totalement au corps vivant de sa mère* », comme le disait Winnicott, un bébé sans sa mère n'existe pas, et « *sans sa présence vivante, la puéricultrice la plus habile est du gaspillage* »²³. D'autre part, il sera important à ce moment de penser à soutenir les sensibilités les plus matures, comme le toucher et l'olfaction, et de protéger celles qui le sont moins comme l'audition et la vision.

Allons à présent plus loin dans la compréhension des besoins de ce nouveau-né grand prématuré en nous intéressant à la théorie du Dr Als, à l'origine de la mise en place de soins individualisés.

2.3.3 La théorie synactive²⁴

Pour Heideleise Als, professeur en psychologie spécialisée en neuro-développement à l'origine de la création du programme de soins du développement NIDCAP, l'enfant est envisagé comme un ensemble de sous-systèmes indépendants mais interagissant les uns avec les autres, et influencés par l'environnement. Cinq systèmes apparaissent : le système végétatif, le système

²¹ MARTEL, M.J., MILETTE, I. *Les soins du développement, des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Montréal : éditions du CHU Sainte-Justine, 2006. 194 p. p.105-109

²² LAGARDE-PIRON. Respecter le monde sensoriel du nouveau-né prématuré en réanimation. *Oxymag*, février 2019, Vol. 32, N° 164, p. 25-28

²³ BINEL, G., *Prématurité et rupture du lien mère-enfant : la naissance inachevée*. Levallois-Perret : Gaetan Morin, 2000. 227 p., p. 93

²⁴ SIZUN, J., RATYNSKI, N. *L'enfant né prématurément, mieux le comprendre pour mieux le soutenir*, Paris : L'Harmattan, 2013, 128 p. p.79-92

moteur, le système veille-sommeil, le système attention/interaction, et englobant l'ensemble, le système d'autorégulation.

Dans chacun de ces systèmes, Als décrit des comportements d'approche et des comportements de retrait²⁵.

Ainsi, lors d'une stimulation adaptée au niveau de développement de l'enfant, celui-ci répondra par un comportement d'approche, témoignant d'un bien-être. Inversement, si la stimulation dépasse ses capacités, il répondra par un comportement de retrait, signifiant l'arrêt momentané ou définitif du stimulus. Le développement harmonieux du nouveau-né dépend de l'équilibre permanent entre ces comportements d'approche et de retrait.

L'observation comportementale rigoureuse et fiable du prématuré, à l'aide d'une grille est l'outil spécifique du programme NDICAP (cf. Annexe A). Elle permet de savoir si les stimulations apportées par l'environnement du service et des soins sont adaptées à cet enfant en particulier. Elle est une source d'information pour la puéricultrice qui pourra ainsi guider les parents dès le début et les accompagner progressivement vers l'autonomie, en leur permettant de reconnaître les signaux émis par leur bébé, et en les aidant à y répondre de manière adéquate.

Le grand prématuré réclame donc un environnement adapté à ses compétences propres et à son rythme personnel de développement. L'idée n'est pas de supprimer toutes les stimulations, entraînant une sous-stimulation néfaste pour son cerveau, ni d'autoriser des stimulations inadaptées (dystimulations).

Ce nouveau-né apparaît comme un acteur singulier dans la rencontre mère-enfant. Son aspect physique et son environnement médicalisé l'éloignent de l'image que peuvent se faire les parents d'un nouveau-né à terme, pouvant faire naître chez eux des inquiétudes quant à sa viabilité qui ne sont plus totalement fondées aujourd'hui grâce aux progrès de la prise en charge. Ses fragilités, liées à son immaturité, réclament toutefois une adaptation des stimuli environnementaux ou comportementaux auxquels on va le soumettre.

Interagir avec un nouveau-né grand prématuré implique donc des connaissances spécifiques en termes d'observation de l'enfant et en termes de techniques de soins dit « du développement ». Ce nouveau-né est aussi doté de compétences sensorielles dont les plus matures, le toucher et l'odorat, pourront être soutenues et exploitées au moment de la rencontre.

La puéricultrice en service de réa/soins intensifs néonataux a donc un rôle essentiel, servant à la fois de guide pour la maman et d'interprète pour le nouveau-né prématuré.

²⁵ MARTEL, M.J., MILETTE, I., *Les soins du développement ; des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Montréal : éditions du CHU Sainte-Justine, 2006. 194 p., p. 70-72

Intéressons-nous maintenant à la mère pour comprendre en quoi l'accouchement prématuré à ce stade de la grossesse peut venir impacter sa capacité à accueillir son enfant et à interagir avec lui au moment de leur rencontre.

2.4 La parentalité et la maternalité

En France, la notion de parentalité est devenue familière tant il est question de son soutien dans les programmes politiques et dans les actions menées par les professionnels sur le terrain. Pourtant ce concept reste difficile à définir tant il a évolué dans le temps et s'est complexifié. Le concept de parentalité est apparu en sciences humaines dès la fin des années 1950, introduit sous le terme de « Parenthood » par Thérèse Benedek²⁶, psychanalyste américaine, pour qui l'accès au statut de parent est une étape du développement de la personnalité au même titre que l'adolescence. Cette notion de parentalité est reprise par le psychiatre français Paul-Claude Racamier dès 1961 qui décrit un processus de « parentification », désignant les modifications psychiques s'opérant chez une personne qui devient père ou mère, et qui débutent pendant la grossesse et au début de l'existence de l'enfant²⁷. La question du désir d'enfant dans le processus de parentalité, c'est-à-dire du désir de devenir parent, sera introduite en 1985 par Serge Lebovici. Ce processus psychique du « devenir parent » pourrait en réalité se mettre en place bien plutôt, dès la petite enfance, au travers des expériences vécues par les futurs parents avec leurs propres parents.

Le guide de la puéricultrice définit aujourd'hui la parentalité comme étant « *l'ensemble des droits, des réaménagements psychiques, des affects, des fonctions et pratiques, mis en œuvre par des parents ou faisant fonction, dans une culture donnée* »²⁸. D'autres aspects se sont donc développés autour de cette dimension psychologique, pour faire de la parentalité un concept transversal intéressant d'autres disciplines telles que le droit, la sociologie, la culture, etc...

Retenons donc que ce processus s'enracine dans la petite enfance, qu'il est influencé par de nombreux facteurs (relationnel, culturel, socio-économiques...etc.) et qu'il est donc propre à chaque individu.

La maternalité²⁹ est un processus de « nidification psychique » qui permet de faire évoluer la future mère jusqu'à la naissance par un lent travail d'élaboration psychique préparant

²⁶ SELLENET, C. *Les concepts en sciences infirmières*. Parentalité. Association de recherche en soins infirmiers, 2012. p.231

²⁷ RAVIER, A., PEDINIELLI, J.L. Prématurité et parentalité. *Enfances & Psy*, 2015. N°1, Vol.65, p. 145-157

²⁸ COLSON, S., GASSIER, J., *Le guide de la puéricultrice: prendre soin de l'enfant, de la naissance à l'adolescence*. Elsevier Masson, 2016. 1240 p. p.145-153

²⁹ RAVIER, A., PEDINIELLI, J.L. Prématurité et parentalité. *Enfances & Psy*, 2015. N°1, Vol.65, p. 145-147

l'accouchement et conduisant à la « préoccupation maternelle primaire » (cet état d'hypersensibilité de la femme en fin de grossesse et après la naissance de l'enfant permettant la mise en place des liens d'attachement, décrit par Winnicott).

La représentation de l'enfant s'élabore tout au long de la grossesse. Dans les premiers mois de la grossesse, la mère revisite sa propre histoire, elle se dit « enceinte » mais ne parle pas du bébé qui forme avec elle une unité physique et psychique.

Au cours du deuxième trimestre, le bébé devient plus concret, la mère pose les mains sur son ventre et le sent bouger³⁰. C'est une période de rêveries à propos du « bébé imaginaire ».

Ce n'est qu'à partir du troisième trimestre de grossesse qu'un attachement important va se développer vis-à-vis de l'enfant à naître en tant que personne distincte : le bébé devient « réel » et le travail d'individuation préparant à la séparation s'opère .

Lors d'une naissance très prématurée, les mécanismes psychiques conduisant à l'individuation de l'enfant sont donc empêchés. Un énorme travail de conceptualisation est nécessaire chez la mère pour imaginer l'enfant ailleurs, vivant quelque part sans elle.

La maman de Sébastien, né à 7 mois de grossesse³¹, raconte son vécu : *« Nous avons vécu 7 mois de grand bonheur. Nous étions bien, toi et moi, pendant tous ces jours, toujours ensemble. Tu participais à ma vie, je te parlais de mes joies, de mes angoisses. Beaucoup d'entre elles étaient liées à toi : comment allais-tu être, à qui ressemblerais-tu, comment serait cet après-ta-naissance ? »*. Suite à un malaise accompagné de violents maux de tête elle est prise en charge en urgence. Elle se réveille le ventre vide et apprend qu'elle a fait une crise d'éclampsie *« J'ai le sentiment de recevoir une gifle en pleine figure »*, *« j'ai tué ou failli tué mon bébé, mon petit garçon »*, *« Sébastien, mon amour, où es-tu, pourquoi es-tu parti loin de moi, pourquoi ne puis-je pas te tenir sur mon ventre, t'embrasser partout, te parler ? Nous avons pourtant tellement l'habitude d'être ensemble »*. Sa grossesse et donc son processus de maternalité sont amputés. *« Comment cela m'est-il arrivé à moi ? Et pourquoi à moi ? Dans mon demi-sommeil j'entendais, non loin de moi des bébés pleurer. Et puis confusément, j'imaginai les gestes habituels de ces mères. La mère que je n'étais plus, que je ne serais peut-être plus jamais »*.

On perçoit le désir chez cette maman de fuir, et d'échapper à ce qui est vécu comme un cauchemar : *« Je fais semblant de somnoler, tant que je ferme les yeux, c'est comme si rien n'était arrivé, comme si tout était encore possible (...) Je pense au bébé dans ma tête, je lui parle en silence, mais je ne veux pas que d'autres me parlent de lui. Sa souffrance et la mienne*

³⁰ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p.p188

³¹ GOLSE, B., GOSME-SEGURET, S., MOKHTARI, M. *Bébés en réanimation: naître et renaître : Sébastien, le bébé imaginaire*, éd. Paris : Odile Jacob, 2001. 231 p. p.55

sont nos seuls liens. Je ne fais aucun projet d'avenir. Le temps s'est arrêté pour moi dans la salle d'accouchement ». L'enfant est encore perçu comme un prolongement d'elle-même et un temps d'acceptation de la situation semble nécessaire à la maman qui tarde à venir rencontrer son enfant, ce qui renforce son sentiment de culpabilité déjà bien présent. « *Pas une fois je n'ai eu le courage d'appeler le service de réanimation. Impossible : paralysie totale. Mère indigne ! incapable d'avoir mis au monde un enfant normal. Indigne de prendre de ses nouvelles. Je sombre peu à peu dans une dépression dont je sais que je ne sortirai que quand le bébé, lui, sortira de réanimation. Une seule chose m'aurait fait du bien : le voir pour de vrai ou sur une photo* ».

Chez le futur père, une crise psychologique est également présente, souvent traduite sous le terme de « couvade ». Une naissance prématurée va raccourcir ce travail psychique vers la parentalité, et le père n'aura pas eu le temps d'effectuer le chemin permettant d'inscrire son futur enfant dans l'univers symbolique de la famille en tant que sujet différencié.

Toute l'élaboration fantasmatique des futurs parents est donc interrompue et la naissance prématurée laisse un sentiment d'incomplétude, de vide, de perte³².

La parentalité, c'est aussi le temps d'une rencontre entre un parent en devenir et un enfant « acteur » dans le développement de la parentalité. L'adéquation de cet enfant avec l'enfant imaginé, le vécu de la grossesse et de l'accouchement sont autant de facteurs qui vont influencer « l'être parent ».

« L'enfant imaginaire »³³ regroupe un ensemble de représentations mentales inconscientes que les parents se sont forgées tout au long de leur histoire, au travers de leur expérience avec leurs propres parents, et qui débute avant la période œdipienne.

« L'enfant imaginé » quant à lui représente un deuxième groupe de représentations mentales, davantage conscient et plus tardif, se constituant à l'âge adulte chez les futurs parents, et qui sont souvent en décalage avec la réalité : à la place d'un fœtus violacé, couvert de sécrétions physiologiques, de traces de sang, de vernix et de lanugo, ils imaginent un bébé lavé, parfumé, habillé, et surtout qui les regarde et qui leur sourit.

³² GUAREL, M. Conséquences pour la famille de la naissance d'un bébé grand prématuré. *Soins pédiatrie/puériculture*, Mars/avril 2014, vol.35, N°277, p.43-47

³³ GOLSE, B., GOSME-SEGURET, S., MOKHTARI, M. *Bébés en réanimation: naître et renaître : Sébastien, le bébé imaginaire*, éd. Paris : Odile Jacob, 2001. 231 p. p.78-84

Cette représentation va peu à peu se rapprocher de la réalité au fur et à mesure du développement de la grossesse, mais on imagine l'écart trop important pouvant exister en cas de naissance très prématurée, et les dégâts qu'elle risque d'occasionner dans la relation.

« L'enfant narcissique », décrit par Freud, regroupe quant à lui, tous les espoirs et toutes les attentes plus ou moins conscientes des parents. L'enfant va avoir pour lourde mission de venir combler leurs manques, leurs échecs, et leurs regrets. Tous les parents souhaitent intimement que leur enfant fera « mieux » qu'eux. L'enfant demeure ainsi pour les parents un objet narcissique particulièrement investi³⁴, et lors d'une naissance prématurée les parents font face à des rêves brisés.

« Je me demandais à quoi bon ? A quoi bon m'attacher à ce bébé qui est si différent de ce que j'imaginai ? », explique la maman de Sébastien, « Je l'avais vu beau comme un « bébé Guigoz », et j'avais fait une crevette souffreteuse. Elle ne pouvait pas être à moi. Il y avait une erreur »³⁵.

L'aspect physique du nouveau-né grand prématuré peut paraître effrayant ou repoussant pour les parents. Ces sentiments peuvent entraîner une remise en doute par la mère de ses capacités à « être une bonne mère », celle-ci devant forcément par convention sociale, trouver son enfant « beau ». F. Dolto parlait de l'importance des paroles autour du berceau³⁶, mais dans le contexte d'une naissance prématurée, il convient de se montrer prudent. La puéricultrice de façon tout à fait sincère et pensant valoriser l'enfant en le gratifiant de « beau » ou de « mignon », pourrait induire chez sa mère un sentiment d'anormalité et de culpabilité si elle n'est pas de cet avis. En revanche, valoriser l'enfant dans ses compétences et demander à la maman si elle se sent « impressionnée » par son bébé, lui permettra d'exprimer sans crainte ce qu'elle ressent³⁷.

La naissance prématurée vient donc rompre de manière brutale la dyade mère-enfant nouée in-utéro. Elle laisse une blessure narcissique profonde chez la mère qui se ressent parent d'un bébé « pas fini », et fait naître des sentiments ambivalents à l'égard de celui-ci. Bien qu'elle ressente elle-même de la culpabilité, elle pourra aussi le tenir pour responsable de son expérience douloureuse : perte du statut de femme enceinte, sentiment d'échec, angoisses et inquiétudes par rapport à son devenir. Chaque expérience est singulière et les parents prématurés pourront

³⁴ RAVIER, A., PEDINIELLI, J.L. Prématurité et parentalité. *Enfances & Psy*, 2015. N°1, Vol.65, p. 145-147

³⁵ GOLSE, B., GOSME-SEGURET, S., MOKHTARI, M. *Bébés en réanimation: naître et renaître : Sébastien, le bébé imaginaire*, éd. Paris : Odile Jacob, 2001. 231 p. p.55

³⁶ DOLTO, F., GIRODET, D., HERBINET, E., et al. *Naître...et ensuite ?* Les cahiers du nouveau-né n°1-2, 2016. version internet. 209 p. p.130

³⁷ SERGENT, B., psychologue. *La prématurité : retentissements et accompagnement des parents, de la fratrie*. Université catholique de Lille, 2019

ressentir tout un panel d'émotions à des degrés variables : accablement, choc, traumatisme, douleur, colère, culpabilité, impuissance, inquiétude, espoir, amour intense pour son enfant, envie d'être près de lui, sentiment de perte, de vide...³⁸

Ces manifestations émotionnelles très fortes liées au choc de l'accouchement prématuré et à la perte brutale de l'idéal de l'enfant peuvent avoir des conséquences durables sur la construction de la relation mère-enfant, ce qui peut faire ensuite le lit de carences, voire de négligences ou de la maltraitance³⁹.

La puéricultrice aura donc une mission très importante dès ce moment de la rencontre de soutien de la parentalité en se montrant attentive à l'état psychologique de la maman et en favorisant de manière précoce la relation d'attachement entre elle et son nouveau-né.

2.5 L'attachement parent-enfant

La théorie de l'attachement⁴⁰ a été développée à partir des années 1960 sous l'impulsion de deux théoriciens-chercheurs : John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, et Mary Ainsworth, psychologue du développement, qui se sont basés sur des expériences auprès d'orphelins et d'enfants hospitalisés pendant une longue période, pour montrer le rôle de la relation entre les parents et l'enfant dans le développement de ce dernier. Le concept central de cette théorie est celui d'un « système d'attachement » qui au même titre que les autres systèmes physiologiques, aurait comme fonction d'assurer la survie de l'individu.

L'attachement parent-enfant se définit comme « *un lien affectif entretenu par l'enfant à l'égard de son parent, dans la mesure où ce dernier prend soin de lui et est considéré par l'enfant comme une personne significative pouvant le protéger en cas de danger* »⁴¹. L'enfant est donc prédisposé dès sa naissance à rechercher la proximité physique avec la personne qui s'occupe de lui (sa figure d'attachement, ou « *caregiver* »), afin de lui assurer soins et protection.

Le « système d'attachement » vise à conserver un équilibre entre la sécurité et l'exploration de l'enfant. Si l'enfant sent que sa sécurité est menacée, son système d'attachement s'active, et lorsque la menace disparaît, l'activation de son système d'attachement décroît et laisse place

³⁸ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p.180

³⁹ APTER, G., LE NESTOUR, A. Repérages et risques de maltraitance en période périnatale. *Mt pédiatrie*. 2011, 14, p. 47-52.

⁴⁰ BOWLBY, J., KALMANOVITCH, J. *Attachement et perte: vol 1, L'attachement*. Paris : presses universitaires de France, collection le fil rouge, 2015. 540 p.

⁴¹ EMERY, J. *L'attachement parent-enfant: De la théorie à la pratique*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine, 2016. 495 p. p.28

au système d'exploration. Pour garantir un développement optimal, un équilibre doit être maintenu par l'enfant entre la proximité avec le parent et l'exploration autonome.

Des facteurs d'origine externe ou interne, comme par exemple l'augmentation de la distance entre l'enfant et son parent, l'inconfort physique, la douleur, le ressenti d'émotions négatives, vont venir augmenter le stress ressenti par l'enfant et déclencher son système d'attachement et ses comportements visant à ramener un état physiologique confortable.

Un enfant dont le système d'attachement est constamment en alerte voit son système d'exploration inhibé, or c'est de ce système dont dépend le développement de ses capacités physiques et mentales.

Plusieurs types d'attachement⁴² ont été décrits par J. Bowlby : l'attachement « sécure », « insécure évitant », « insécure ambivalent résistant », et « désorganisé ». Ces différents types d'attachement ont une valeur prédictive sur le développement de l'enfant, sur l'incidence de psychopathologies, et sur l'apparition de difficultés relationnelles. L'attachement dit « sécure », favorisant le sentiment de confiance en soi, l'empathie et les compétences personnelles et sociales de l'individu, forme la base d'un développement psycho-affectif équilibré.

La qualité des représentations d'attachement du parent a également toute son importance à la naissance d'un enfant : en effet, un attachement « sécure » permettra à la mère de mieux faire face au stress de la situation et de mieux gérer ses émotions et celles de son enfant. A contrario, un attachement « insécure », voir « désorganisé », compromettra d'emblée l'accueil d'un bébé vulnérable pour une mère dont la régulation émotionnelle est déjà fragilisée.

Les parents ne sont donc pas égaux dans leur « capacité à accueillir » un enfant prématuré.

La naissance prématurée de l'enfant est vécue comme un événement traumatique, où la séparation et l'hospitalisation de l'enfant constituent des conditions majeures de stress pour les parents. La mère se retrouve dans une profonde détresse : elle perçoit son bébé en situation de vulnérabilité et doit donc être en mesure de le protéger alors qu'elle-même est en proie à un chaos émotionnel : sentiment de culpabilité, d'incompétence, d'impuissance, d'inquiétude et d'incertitude quant à l'avenir de son bébé. La forte intensité d'activation du système d'attachement rend sa désactivation indispensable pour la survie psychologique de l'individu⁴³, ce qui risque d'altérer ses capacités de *caregiving* et de l'empêcher de se consacrer à la

⁴² DEVOUCHE, E., BUIL, A., GENET, M.C. et Al. Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, novembre 2017, Vol. 38, N° 299, p. 15-19

⁴³ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p. 20

protection de son bébé. Certains parents se retrouvent exposés à un dilemme : se protéger soi-même de la situation anxiogène en fuyant l'environnement hospitalier, mais donc en abandonnant leur bébé, ou alors, se contraindre à rester pour le protéger mais au prix de se sentir eux-mêmes en danger, avec une désorganisation psychologique et l'apparition de comportements agressifs ou de retrait.

La « relation d'attachement » naît des interactions entre les parents et leur enfant : d'un côté l'enfant exprime ses besoins à son parent, et de l'autre, les parents répondent de manière adaptée aux signaux de leur enfant. La réciprocité des réactions entre les parents et le bébé s'organisent de façon circulaire, et chacun est un partenaire actif de l'interaction.

Les comportements d'attachements sont de deux sortes : d'un côté les comportements de signal (le regard, les pleurs, le sourire, la succion, l'agrippement, le toucher) visant à amener les parents à l'enfant. De l'autre côté, les comportements d'approche, visant à amener l'enfant aux parents, et qui vont dépendre de l'état de l'enfant, de l'endroit où se trouve le parent par rapport à l'enfant, de l'état psychologique du parent, de sa disponibilité, de sa personnalité, et des conditions de l'environnement.

Parallèlement à cet aspect psychologique de l'attachement, les recherches menées autour de la naissance par les neurobiologistes, les endocrinologues, les éthologistes, et les néonatalogues, nous rappellent une autre évidence : l'espèce humaine appartient à la classe des mammifères⁴⁴. Or, il apparaît que le processus d'attachement est un socle commun à tous les mammifères, permettant de garantir la survie des nouveau-nés, et qu'il est avant tout un phénomène physiologique. L'attachement est d'abord un processus physique qui passe par des phénomènes physiologiques mis en jeu dans le corps de la mère et du nouveau-né.

Trois mécanismes interagissent au moment de la première rencontre pour nouer ce lien : une programmation comportementale (cris, mouvements, reptation en direction du sein maternel), une libération de substances neuroendocrines (l'ocytocine chez la mère, et la norépinephrine chez l'enfant), et l'activation de la sensorialité avec une modification du comportement de la mère engendrés par les massages du nouveau-né au niveau de sa poitrine, vocalisations et reconnaissance de la voix maternelle, regard du bébé dirigé vers les seins et le visage maternel, reconnaissance de l'odeur maternelle et de son lait.

⁴⁴ DAGEVILLE, C., CASAGRANDE, F., DE SMET, S. et al. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance, *archives de pédiatrie*, août 2011, Elsevier Masson.

Or, une condition est indispensable pour que ce canal sensoriel puisse jouer son rôle : le contact étroit, corps à corps, entre la mère et son enfant.

On comprend donc pourquoi la mise en place de ce processus d'attachement s'avère compliqué en cas de prématurité⁴⁵ : il y a d'abord une séparation physique, de plusieurs kilomètres quand l'enfant est hospitalisé dans un autre établissement, ou d'un étage entre la maternité et le service de néonatalogie, ou encore d'une paroi d'incubateur.

Ensuite, plus la naissance va être précoce et moins l'enfant sera en capacité d'émettre des signaux reconnaissables par ses parents. Il sera en outre difficile pour les parents d'avoir des réactions adaptées devant des comportements qu'ils ne comprennent pas (ex : il désature quand ils le prennent dans les bras), l'organisation circulaire des interactions semble ici compromise. Et il a été démontré que toutes ces difficultés pouvaient conduire à un émoussement de la relation parents-enfant avec une diminution du toucher maternel, des vocalisations et du regard, et à un risque accru de dépression du post-partum⁴⁶.

Au moment de cette rencontre entre la mère et son bébé, la puéricultrice se retrouve face à un problème majeur : d'un côté le nouveau-né, du fait de son immaturité, est un partenaire entravé dans ses interactions. Cela signifie que la qualité de la relation d'attachement pouvant s'établir alors avec ses parents va reposer en grande partie sur la sensibilité parentale⁴⁷ et sur leurs compétences à reconnaître les signaux émis par l'enfant, à leur accorder une signification juste, et à proposer une réponse adaptée.

Mais de l'autre côté, cette maman dont on souhaiterait que « la préoccupation maternelle » soit exacerbée se trouve en état de choc. En proie à un flot d'émotions, son processus de maternalité a été interrompu. Elle n'est pas prête psychologiquement à accueillir cet enfant qu'elle peine même parfois à reconnaître comme le sien !

Je m'interroge donc sur la manière dont la puéricultrice va pouvoir réactiver les mécanismes à l'œuvre dans le processus d'attachement entre ces deux grands prématurés, et sur l'accueil et l'accompagnement qu'elle pourrait proposer lors de cette rencontre mère-enfant...

⁴⁵ Conférence SIZUN, J., Du NIDCAP au programme IBAIP dans l'accompagnement des nouveau-nés vulnérables. : impact sur les apprentissages ? daté de mars 2018, consulté le 30/12/2019.

⁴⁶ DEVOUCHE, E., BUIL, A., GENET, M.C. et Al. Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, novembre 2017, Vol. 38, N° 299, p. 15-19

⁴⁷ DEVOUCHE, E., BUIL, A., GENET, M.C. et Al. Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, novembre 2017, Vol. 38, N° 299, p. 15- 19

2.6 L'accompagnement

Les synonymes couramment associés au verbe « accompagner » sont : se tenir à côté, cheminer avec, guider, veiller, conseiller, protéger, être proche.

De manière générale, accompagner une personne signifie d'être dans une démarche qualitative et personnalisée, faite de sollicitude et d'attention vis-vis d'elle.⁴⁸ Le soignant chemine au côté de la personne en étant à l'écoute de ses besoins, et en les prenant en considération, afin de l'aider à traverser les cinq grands défis de la vie que sont : la solitude, la finitude, l'absurde (la recherche du sens), la responsabilité, et l'imperfection.

Pour Maela Paul, l'accompagnement n'est pas une assistance ou un appareillage supplémentaire que l'on proposerait à une personne dépourvue ou insuffisante. « Accompagner » est une posture professionnelle spécifique⁴⁹, qui demande aux professionnels de santé de remettre en question leur manière d'être.

La posture d'accompagnement c'est d'abord une posture éthique, c'est-à-dire réflexive, qui résulte d'un questionnement sur qui on est, qui on a en face de nous et à quel type de relation on collabore. C'est une posture qui exclue tout rapport de domination, dont le principe est de ne pas se substituer à l'autre, en pensant ou en agissant à sa place, et qui implique donc de faire le deuil de la toute-puissance.

La posture de « non-savoir » permet au professionnel d'échapper à cette position de toute puissance dans laquelle il pourrait tomber ou être poussé par l'autre, en choisissant le questionnement plutôt que l'affirmation. Cette posture suppose de laisser de côté ce que nous savons ou pensons savoir, et de garder l'esprit ouvert à l'imprévu et au changement.

Mais le professionnel n'est bien entendu ni ignorant ni neutre, il possède un savoir, des idées, et des opinions, cependant pour M. Paul, « *lorsque les certitudes dominant, elles rétrécissent et limitent les possibilités* ». Il convient donc de les mettre de côté pour laisser la place à l'échange, et permettre ainsi le dialogue et la recherche mutuelle de sens.

La posture de dialogue offre à chacun sa place dans l'échange. Celui-ci ne se fait plus de professionnel à usager où les rôles sont prédéfinis, mais de personne à personne, où chacune apporte ses compétences propres.

⁴⁸ LANGENFELD SERRANELLI, S., COUTURAT HURABIELLE, F. *Soins relationnels, soins palliatifs : la relation d'accompagnement*. Elsevier Masson, 2011. 224 p. Collection les essentiels en IFSI. p.72

⁴⁹ PAUL, M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 110, N° 3, p.13-20

Accompagner c'est aussi adopter une posture d'écoute en étant attentif, mais aussi en interagissant, en sollicitant, et en amenant l'autre à se questionner sur la réalité qu'ils partagent. L'écoute permet de soutenir la démarche d'accompagnement et d'enrichir le cheminement. Enfin, tout processus d'accompagnement vise à créer un environnement relationnel propice à évoluer et à « *grandir en humanité* ». Pour M. Paul personne n'est incapable dans une situation donnée. Si on s'associe c'est parce que personne ne peut apprendre ou se construire seul, l'individu a besoin d'être en interaction avec les autres pour évoluer. La posture d'accompagnement est donc en constante définition et réajustement, et doit sa justesse et sa pertinence au regard d'une situation.

Pour J. Sizun, accompagner les parents en cas de naissance prématurée « *c'est les soutenir dans leur parentalité, dans la rencontre avec leur enfant, dans le lien d'attachement qui se tisse. C'est aussi les accueillir dans un monde inconnu d'eux : leur donner des repères sur le fonctionnement institutionnel, la manière dont les équipes se relaient, sur le rôle de chacun. (...) on sait que la perte de ses repères peut majorer l'impact traumatique de la naissance prématurée* »⁵⁰.

L'hospitalisation de leur enfant enlève aux parents toute possibilité de se positionner dans leur rôle parental : ils ont l'impression d'être dépossédés de leur enfant⁵¹. Ils s'en remettent à l'équipe médicale avec le sentiment de ne pas être capables d'assurer le bien-être et la survie de leur bébé. Cela peut faire naître chez eux de la frustration, de la colère, et de l'agressivité peut être ressentie et dirigée vers le personnel soignant, comme l'exprime la mère de Sébastien : « *Ils doivent être ravis de te mettre des fils partout, de t'examiner sous toute les coutures. Eux ils font leur métier, ils ont besoin de toi pour justifier leurs salaires, ces sales réanimateurs* »⁵².

Une rivalité peut naître avec la puéricultrice considérée comme « celle qui sait » prendre soin de son enfant. Le risque est que ce sentiment perdure et s'inscrive au long cours, avec pour les parents le sentiment que le bébé appartient à l'hôpital⁵³, d'où la nécessité absolue de les inscrire immédiatement dans leur rôle auprès de leur enfant.

⁵⁰ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p.189

⁵¹ COLSON, S., GASSIER, J., *Le guide de la puéricultrice: prendre soin de l'enfant, de la naissance à l'adolescence : l'accompagnement des parents en néonatalogie*. Elsevier Masson, 2016. 1240 p. p.340

⁵² GOLSE, B., GOSME-SEGURET, S., MOKHTARI, M. *Bébés en réanimation: naître et renaître : Sébastien, le bébé imaginaire*, éd. Paris : Odile Jacob, 2001. 231 p. p.55

⁵³ SERGENT, B., psychologue. *La prématurité : retentissements et accompagnement des parents, de la fratrie*. Université catholique de Lille, 2019

Au moment de cette première rencontre, la puéricultrice devra définir et ajuster sa posture d'accompagnement en fonction du contexte et des parents avec lesquels elle collabore. Ses compétences professionnelles et ses connaissances liées à la grande prématurité combinées à l'observation, à l'écoute et au dialogue lui permettront d'offrir un soutien psychologique et un espace de communication à la mère, créant ainsi un environnement relationnel propice à retrouver sa place auprès de son enfant.

2.7 L'accueil

Selon le Littré, l'accueil est défini comme « *l'action d'accueillir* » qui est « *le fait de recevoir bien ou mal une personne ou une chose* ». Cette définition souligne donc la possibilité d'effectuer un bon ou un mauvais accueil, ce qui implique pour les soignants de s'interroger sur l'attitude à adopter pour réserver le meilleur accueil possible aux parents.

« *L'accueil représente un moment privilégié dans le soin* » : les bases de l'alliance thérapeutique se construisent dès la première rencontre et la posture du soignant à ce moment précis, peut influencer l'hospitalisation à venir.⁵⁴ Cette rencontre constitue la base de la relation de confiance, elle-même primordiale dans l'optimisation des soins.

Monique Formarier⁵⁵ y reconnaît trois phases hiérarchisées dans le temps :

La première phase consiste à sécuriser la personne accueillie en se montrant chaleureux, concerné par son bien-être, et en lui donnant des repères.

L'aptitude du soignant à être présent et attentif au bien-être de l'autre à cet instant va permettre d'apaiser l'angoisse et de susciter la confiance chez la personne accueillie. Les mères sont souvent éprouvées et fragilisées par l'accouchement et la séparation, il est donc essentiel de veiller à leur confort⁵⁶.

La qualité de présence relationnelle du soignant, au travers de son attitude verbale et non verbale, et de son humanité va déterminer le premier ressenti du patient par rapport à son futur accompagnement. Il est important de comprendre que la personne accueillie a perdu ses repères habituels et qu'elle se retrouve entourée d'inconnus dans un univers possédant des codes qu'elle

⁵⁴ LANGENFELD SERRANELLI, S., COUTURAT HURABIELLE, F. *Soins relationnels, soins palliatifs : l'accueil*. Elsevier Masson, 2011. 224 p. Collection les essentiels en IFSI. p.87-95

⁵⁵ FORMARIER, M. *Les concepts en sciences infirmières : L'accueil*. Association de recherche en soins infirmiers, 2012. 328 p. Hors collection

⁵⁶ COLSON, S., GASSIER, J., *Le guide de la puéricultrice: prendre soin de l'enfant, de la naissance à l'adolescence : l'accompagnement des parents en néonatalogie*. Elsevier Masson, 2016. 1240 p. p.342

ne maîtrise pas. Le soignant « *doit en permanence être conscient qu'il reçoit dans son univers professionnel, qu'il maîtrise au plus haut point, un « hôte » en état de détresse psychique* »⁵⁷.

Le soignant devra favoriser une communication adaptée à son interlocuteur, et lui donner des repères : présenter le service, son fonctionnement et le rôle de chaque membre de l'équipe soignante.

Mais tout cela représente beaucoup d'informations, et trop de stimuli peuvent inversement avoir pour effet d'augmenter l'anxiété du patient. La quantité d'informations données doit donc être proportionnelle à la capacité de la personne à les intégrer à ce moment-là. Cette première phase peut être protocolisée : présentation, visite du service et remise d'un livret d'accueil.

La deuxième phase consiste à connaître la personne, ses ressources, ses objectifs, ses besoins par le biais d'un entretien ciblé, pour l'accompagner au mieux dans sa démarche.

Pour cela la puéricultrice devra se dégager des tâches à effectuer dans le service, et s'organiser pour prendre le temps nécessaire de l'accueil. Elle devra se rendre disponible physiquement mais aussi psychologiquement pour se centrer sur la personne écoutée, en mettant à distance les préjugés et les résonances personnelles face à la personne et à ce qu'elle exprime.

La troisième phase a pour but d'aider la personne à développer des stratégies de « coping » (de l'anglais « To Cope » = faire face) c'est-à-dire des stratégies psychologiques, cognitives et comportementales, lui permettant de faire face aux événements stressants dépassant ses ressources habituelles. Selon M. Formarier, les stratégies de coping seront plus efficaces et plus rapides si la personne est accueillie avec empathie et si elle est accompagnée, de manière individualisée.

L'accueil est primordial en néonatalogie car les parents gardent longtemps le souvenir de ce premier contact avec le service⁵⁸. La maman de Sébastien⁵⁹ témoigne et nous raconte son accueil dans le service de réanimation néonatale et la première rencontre avec son bébé :

« L'ascenseur qui montait au 3^{ème} étage était vieux et moche. Genre monte-charge pour gros paquets. Cela n'était pas encourageant pour la suite...A l'arrivée dans le service, on sonne, on

⁵⁷ LANGENFELD SERRANELLI, S., COUTURAT HURABIELLE, F. *Soins relationnels, soins palliatifs : l'accueil*. Elsevier Masson, 2011. 224 p. Collection les essentiels en IFSI. p.89

⁵⁸ THIBAUT-WANQUET, P. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2008. 154 p. p.106

⁵⁹ GOLSE, B., GOSME-SEGURET, S., MOKHTARI, M. *Bébés en réanimation: naître et renaître : Sébastien, le bébé imaginaire*, éd. Paris : Odile Jacob, 2001. 231 p. p.69-72

s'annonce, on attend. Ça fait carcéral et ce n'est pas très engageant. Je me sentais de plus en plus faible. J'ai senti mon courage m'abandonner et j'étais sur le point de m'enfuir quand un médecin m'a dit, dans le parlophone, d'entrer et d'attendre qu'on vienne s'occuper de moi.

Combien j'avais besoin qu'on s'occupe de moi, qu'on m'offre un café, une cigarette et qu'on me dise « voilà, maintenant vous vous réveillez, tout cela n'était qu'un mauvais rêve ! », mais il ne s'agissait pas du tout de cela. Il fallait se transformer en cosmonaute de papier.

Une fois parée et aseptisée, un médecin s'est approché de moi... ».

L'accueil et l'entretien qui s'en suit avec le médecin dans lequel il lui parle de l'état de santé de son enfant et de sa prise en charge technique est vécu comme une épreuve supplémentaire par la maman : *« Je suis restée abasourdie par ce flot de paroles. Tout s'enchainait dans ma tête. Je n'avais rien compris. Je me serais presque endormie à l'écouter. Dormir pour ne pas savoir... ».* Elle est ensuite accompagnée jusque dans la chambre de son enfant :

« Une infirmière était à l'intérieur. Toujours ces infirmières rivées à leurs gestes techniques. Peut-être pour ne pas trop penser, elles non plus. Le zombie de papier que j'étais devenue est entré dans la pièce. Mes jambes me soutenaient à peine.

J'ai aperçu une petite forme allongée sur le dos, petite crevette aux bras et aux jambes écartelés, avec des fils qui partaient d'un peu partout, là où on avait pu piquer une aiguille. Et puis ce bruit continu d'un enregistrement. Je suis restée pétrifiée.

Le bébé avait les yeux ouverts mais il ne semblait pas avoir remarqué ma présence. Je me sentais incapable ni d'avancer ni de reculer. Cette petite chose là, épinglée comme un papillon, était ma chose, mon bébé et je ne savais pas ce que je ressentais devant lui.

L'infirmière souriante, m'a dit : vous pouvez le toucher. Il faut seulement faire attention à la perfusion. Je vais vous ouvrir les portes de la couveuse.

La paralysie totale me guettait, mais je n'ai pas eu le temps de m'ankyloser. Elle a soulevé le bébé et je me suis retrouvée avec la douceur de la peau de la crevette contre la paume de ma main. Elle était chaude, douce, comme une petite bête. Et d'un seul coup tout a chaviré. J'ai oublié le monitoring, les fils, et tout le pataquès et l'infirmière qui s'était d'ailleurs discrètement éclipsée. Ça a duré longtemps, très longtemps, je ne sais pas combien de temps. J'étais bien. Nous étions ensemble ».

Au travers de ce récit, on peut voir les représentations plutôt négatives de la maman à son arrivée, à l'égard de l'environnement médicalisé, et de l'équipe soignante. Elle perçoit le service et le personnel de manière hostile en le comparant au milieu carcéral, traduisant ainsi son angoisse et son besoin d'être soutenue et rassurée.

L'entretien visant à transmettre des informations sur l'enfant ne semble pas opportun avant que la maman ait pu établir un premier contact avec son enfant, celle-ci n'étant peut-être pas dans des dispositions psychiques favorables pour les recevoir à ce moment-là.

Au moment de la rencontre avec son bébé, elle se retrouve pétrifiée, incapable de ressentir devant lui, elle l'appelle d'ailleurs « le bébé », « ma chose ». L'infirmière ne laisse pas le choix à la maman et lui impose sans consentement le contact avec son enfant. Ce toucher entre la maman et son bébé semble avoir un effet immédiat, comme si le cauchemar prenait fin à ce moment pour elle au contact de « *la peau chaude et douce de la crevette* ».

Dans le contexte d'une naissance très prématurée, le vécu traumatique de l'accouchement influence incontestablement les compétences interactionnelles de la mère, la qualité de son attention et de son investissement auprès de son bébé⁶⁰, c'est pourquoi cette rencontre doit être accompagnée. Le vécu parental pourra être entendu et évalué au travers d'un entretien en prêtant une attention particulière aux éléments dépressifs, anxieux, et aux symptômes de stress post-traumatique.

L'accueil c'est aussi l'occasion de placer l'enfant en tant qu'individu avec des compétences physiques à soutenir mais aussi des compétences innées à valoriser (reconnaissance de la voix de ses parents, réactions au toucher, compétences olfactives) qui lui permette de s'inscrire dans la vie et dans sa famille. Tout ce que l'on pourra dire de positif à cet instant s'inscrira dans la mémoire des parents⁶¹.

Le comportement du bébé immature étant difficile à comprendre sans aide, recourir à l'observation comportementale en présence des parents leur permet de percevoir leur bébé autrement que comme « un prématuré »⁶², et de le voir comme un enfant unique avec ses particularités. L'observation du bébé favorise ainsi une attention de grande qualité émotionnelle, et facilite l'accordage interactif parent-enfant.

L'intervention de la puéricultrice au moment de cette première rencontre consistera donc à rassurer la mère, à veiller à son bien-être, et à soutenir le contact entre elle et son bébé, pour donner une réalité à la naissance et à la vie de son enfant. Et quoi de plus réel qu'un bébé que l'on peut voir, que l'on peut sentir, que l'on peut toucher ?

⁶⁰ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p.315

⁶¹ THIBAUT-WANQUET, P. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2008. 154 p. p.106-108

⁶² SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p.318-319

2.8 Le peau à peau

Le peau à peau est une expérience unique de proximité corporelle qui permet à la mère et à son enfant de se retrouver physiquement, de se rencontrer et de se découvrir⁶³.

Cette pratique, issue de la Méthode Mère Kangourou (MMK)⁶⁴, fortement encouragée par les programmes IHAB et NIDCAP peut être proposée dès le premier jour, si l'enfant est suffisamment stable, car elle est, à ce moment-là, la seule possibilité d'offrir un soutien au développement des interactions maman-bébé de qualité dans un environnement très médicalisé.

Les bénéfices largement démontrés⁶⁵ sont nombreux pour le bébé et il est important de les expliquer aux parents : impact comportemental (moins d'agitation, moins de pleurs), amélioration de la qualité du sommeil, stabilisation des constantes hémodynamiques, amélioration de la ventilation, prise de poids, et diminution des infections néonatales.

Et pour la mère : plus d'attention visuelle, plus de vocalisations et de sourires dirigés vers son enfant, une diminution du stress et du risque de dépression.

Nous l'avons vu précédemment, la proximité physique occupe une place centrale dans la mise en place des premiers liens d'attachement. Le peau à peau permet à la mère de développer un maternage tactile plus important, plus affectueux et sécurisant, il participe à la synchronie entre elle et son enfant et favorise une rencontre précoce de qualité⁶⁶.

Les premières séances de peau à peau peuvent se révéler angoissantes pour les mamans qui, comme dans ma situation de départ, pourraient exprimer un refus. La puéricultrice pourra verbaliser ces angoisses et rassurer la maman sur leur caractère normal de manière à la déculpabiliser⁶⁷, rappelons-nous que cette maman vit une expérience difficile et qu'elle a besoin d'être entourée et soutenue psychologiquement.

L'enfant installé en peau est moins visible par sa mère, ce qui engendre de l'inquiétude. L'installation d'un miroir permettant à la maman de voir l'enfant qui est installé contre elle permet de l'apaiser. De plus le reflet de l'image du duo qu'ils forment permet de détourner le regard de la maman du monitoring et de favoriser l'établissement du lien d'attachement⁶⁸.

⁶³ DEVOUCHE, E., BUIL, A., GENET, M.C. et Al. Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, novembre 2017, Vol. 38, N° 299, p. 15-19

⁶⁴ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p.265-273

⁶⁵ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p.97-108

⁶⁶ NOVAIS, A., HENEAU, A., KHATTAT, N., et al. La mise en place du lien mère-enfant, du support neurobiologique à la pratique. *Cahiers de la puéricultrice*, juillet 2018, Vol. 55, N° 318, p. 12-15

⁶⁷ SERGENT, B., psychologue. *La prématurité : retentissements et accompagnement des parents, de la fratrie*. Université catholique de Lille, 2019

⁶⁸ GUEROULT, P. Pratique du peau à peau et attachement en réanimation néonatale. *Soins pédiatrie/puériculture*, mai-juin 2019. N° 308. P.44-46

Accompagner cette rencontre c'est aussi respecter la temporalité, et comprendre que « forcer » renforce les mécanismes de défense. Il faut essayer de comprendre ces réactions de protection de la maman et lui expliquer plutôt ce qui est bon pour son bébé, tout en la rassurant par notre présence.

3. CONCLUSION DE MON CADRE THEORIQUE

Mes recherches m'ont permis de cheminer sur la compréhension de ma situation de départ, notamment sur l'attitude de la maman face à son bébé.

Le problème dans cette rencontre est celui de la temporalité. La mère n'a pas pu entamer le travail d'individuation de l'enfant et est restée au stade du « bébé imaginé », elle n'est psychologiquement pas prête à accueillir son bébé.

Concernant mon intuition de départ sur le caractère particulier de l'accueil et de la première rencontre entre la mère et son enfant dans le service de soin, elle a été confirmée et même renforcée au fil de mes lectures (témoignages de mamans, articles professionnels, ouvrages de référence dans le domaine de néonatalogie). L'accueil est un moment qui reste gravé dans la mémoire des parents et l'accompagnement individualisé de cette première rencontre est essentiel pour amorcer la relation entre la mère et son enfant.

Mes lectures m'ont permis de comprendre pourquoi l'accordage naturel entre la mère et son bébé n'était pas possible à ce terme, pourquoi il devait être aidé, et comment il pouvait être soutenu à cet instant précis par la puéricultrice.

Selon moi, le rôle de la puéricultrice va être de contenir psychiquement cette maman qui vit un traumatisme et de donner de la réalité à la vie de ce bébé, et quoi de plus réel qu'un bébé que l'on peut toucher ? D'autant plus que le nouveau-né grand prématuré a lui aussi un besoin vital de sentir sa mère physiquement et de s'y attacher. Lui aussi vit une expérience traumatisante et a besoin d'être soutenu et rassuré. Bien qu'à l'image de sa mère il soit lui aussi un partenaire entravé dans ses interactions, il possède des compétences sensorielles à soutenir et à valoriser.

Lors de cette rencontre la puéricultrice est face à une problématique : comment réunir cette dyade si particulière et réactiver leur système d'attachement ? Le peau à peau, qui est une expérience unique de proximité corporelle permettant à la mère et à son enfant de se retrouver physiquement et de se rencontrer, semble être une réponse à exploiter.

Cette conclusion de mon cadre théorique m'invite à reformuler ma question de départ ainsi :

En quoi l'accompagnement mis en place par l'infirmière puéricultrice en unité de réanimation/soins intensifs néonataux impacte-t-il la première rencontre avec son nouveau-né grand prématuré ?

4. HYPOTHESES

- 1) L'accueil est un moment clef de la prise en charge, et les spécificités liées à la grande prématurité nécessitent un accompagnement individualisé de la maman et de l'enfant au moment de cette première rencontre.
- 2) L'installation de l'enfant en peau à peau est favorisée au moment de cette première rencontre pour activer le processus d'attachement.

5. PHASE EXPLORATOIRE

5.1 Méthodologie de l'enquête

Il s'agit d'une étude qualitative avec comme point de référence un cadre conceptuel forcément subjectif, car issu de mon expérience personnelle, de mes centres d'intérêt et de mes lectures, et qui échappe en grande partie à toutes recommandations internationales scientifiques sur ce sujet précis.

5.1.1 Objectif de l'enquête

Le but de cette enquête est de pouvoir confirmer ou infirmer mes hypothèses en explorant les différents points de vue sur un moment particulier (la première rencontre d'une maman avec son enfant grand prématuré) et la manière dont celui-ci est appréhendé par les professionnelles travaillant auprès de nouveau-nés grands prématurés.

5.1.2 Choix de l'outil

J'ai préféré choisir l'entretien plutôt que pour le questionnaire⁶⁹ car mon enquête est menée sur un faible nombre de personnes, et qu'il ne s'agit pas d'une enquête quantitative mais plutôt qualitative. L'entretien a pour but d'initier la production d'un discours sur un sujet sans décider

⁶⁹ BLANCHET, A., GOTMAN, A. *L'entretien*. Armand Colin. Malakoff, 2015.126 p. Collection 128

d'un système de référence ou sans choix préalable de facteurs discriminants, tel que l'aurait fait un questionnaire. Le but de cet entretien est de venir compléter les pistes suggérées par mon cadre théorique et de mettre en lumière les aspects auxquels je ne pourrais penser spontanément, laissant la place à l'inattendu.

Mon souhait est de permettre aux professionnelles de s'exprimer librement, sur un sujet toutefois très ciblé, c'est pourquoi je l'ai choisi semi-directif. L'entretien permet de révéler la logique d'une action, faisant apparaître les processus et les « comment » plutôt que les « pourquoi » dans cette situation précise.

J'ai choisi l'entretien à usage exploratoire pour faire émerger les univers mentaux à partir desquelles les actions se structurent (question type : « qu'est-ce que cela représente pour vous ? »). Les relances sont à but de complémentarité, elles visent à enrichir la réponse de l'interviewée.

5.1.3 Choix de la population enquêtée

J'ai choisi de mener ces entretiens auprès d'infirmières puéricultrices travaillant dans des services accueillant des nouveau-nés grands prématurés (de 28 à 32 SA).

Deux établissements, sur quatre sollicités, ont répondu favorablement à la réalisation de mon enquête. Ils sont situés dans la région des Hauts-de-France.

Le premier est un service de soins intensifs néonataux niveau 2B, labellisé IHAB et engagé dans la pratique des soins de développement avec des référentes NIDCAP, entièrement équipé de chambres mère-enfant, habituellement ouvert à la famille (fratrie, et autres membres de la famille), permettant la présence permanente des parents auprès de l'enfant, et l'implication précoce de la famille. Je l'appellerais « service A ».

Le second est un service de réanimation néonatale niveau 3, ne possédant pas le label IHAB, et qui est orienté aussi vers une politique de soins de développement mais avec des référentes formées à la méthode Bullinger⁷⁰. Le service ne dispose pas de chambre mère-enfant, mais les parents et la fratrie peuvent venir 24h/24. Je l'appellerais « service B ».

Concernant le mode d'accès aux interviewées, les trois premiers entretiens se sont faits via un mode d'accès direct, dans le service de soins intensifs néonataux où j'effectuais mon stage, auprès des puéricultrices présentent les soirs de mon enquête.

⁷⁰ La méthode Bullinger est une formation « pré-NIDCAP » : modèle de soins de soutien au développement qui vise à stabiliser l'équilibre sensori-tonique du bébé, basé sur le positionnement et l'environnement adapté à ses besoins.

Les deux entretiens suivants se sont faits via un mode d'accès indirect, ma demande étant passée par la cadre de santé du service de réanimation/soins intensifs, qui a elle-même programmée les entretiens (choix des puéricultrices interviewées, date, heure, et lieu).

5.1.4 Guide d'entretien⁷¹

- *Objectif de la question 1 :*

La formation et/ou l'expérience impacte-t-elles l'accompagnement proposé ?

L'expérience et la pratique des soins de développement influencent-ils l'accompagnement ?

- *Objectif de la question 2*

Comment est perçu ce moment de la rencontre, quelles sont les représentations autour de ce moment ? Est-ce un moment clef ? Quelles sont les difficultés exprimées par les professionnelles à ce moment ? En quoi la grande prématurité impacte la rencontre ?

- *Objectif de la question 3*

Quel accompagnement est proposé ? Est-il réfléchi en équipe ? Existe-t-il des outils sur lesquels s'appuyer ? quel est l'objectif visé par l'accompagnement ? Quel canal sensoriel est exploité au moment de cette rencontre ? Et amener une réflexion sur l'accompagnement proposé.

- *Objectifs de la question 4*

Permettre à l'interviewée de prolonger sa réflexion et d'amener des éléments supplémentaires en rapport avec le sujet, et d'exprimer son vécu et son ressenti par rapport à l'actualité sanitaire du pays et ses possibles répercussions sur les pratiques.

5.1.5 Modalités de réalisation de l'enquête

J'ai réalisé un « entretien test » qui m'a amené à réajuster la question 2 « si je vous dis RENCONTRE... » qui n'a pas été comprise comme je le souhaitais, donnant lieu à un « plan d'actions » plutôt qu'à l'émergence des représentations mentales et des ressentis de la puéricultrice concernant cette première rencontre. J'ai donc reformulé ma question ainsi :

« La rencontre entre une maman et son bébé grand prématuré, qu'est-ce que cela représente pour vous ? ». Relances : est-ce un moment important selon vous ? quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer au moment de cette rencontre ?

⁷¹ CF. annexe 1

Mes trois premiers entretiens ont été réalisés sur mon lieu de stage, le service A.

Ils ont eu lieu en début de nuit, alors que l'activité du service était réduite tant par le nombre de lits occupés que par le créneau horaire choisi. Les puéricultrices PDE 1, PDE 2, PDE 3, étaient toutes disponibles, et les entretiens se sont déroulés en dehors du service, dans un bureau dédié aux consultations la journée. Nous étions assises en face à face, de part et d'autre du bureau. Les entretiens ont tous été réalisés dans le calme sans aucun élément perturbateur.

Les deux derniers entretiens ont été réalisés dans le service B. Les entretiens ont également été réalisés dans un bureau à l'écart du service. Nous étions installées du même côté du bureau, en face à face. Les puéricultrices PDE 4 et PDE 5 étaient détachées de leurs fonctions et donc complètement disponibles pour participer à cet entretien. La première avait cependant un téléphone DECT qui a sonné une fois à la fin de l'entretien, ce qui je pense a mis fin plus rapidement aux derniers échanges.

La PDE 1, qui m'a permis de réaliser « l'entretien test », a été diplômée infirmière en juillet 2016, a travaillé 6 mois en médecine adulte, puis a obtenu son diplôme de puéricultrice en décembre 2017. Elle a tout de suite travaillé dans ce service de néonatalogie 2b, et a donc une expérience de 2 ans et demi auprès des enfants prématurés et grands prématurés et leurs parents. Cet entretien ayant abouti au remaniement du guide d'entretien ne sera pas exploité dans l'analyse.

La PDE 2, a été diplômée infirmière en janvier 2017, elle a travaillé 1 an dans des services adultes, puis a été diplômée puéricultrice en décembre 2018. Elle a travaillé immédiatement dans ce service de néonatalogie 2b, et a donc une expérience d'un an et demi auprès des nouveau-nés grands prématurés et leurs parents.

La PDE 3, a été diplômée infirmière en 2013, elle a travaillé 2 ans et demi en service de pédiatrie/urgences pédiatriques, puis a obtenu son diplôme de puéricultrice en décembre 2016 et a continué d'exercer 1 an dans ce service. Elle travaille dans le service de néonatalogie 2b depuis novembre 2017, et a donc 2 ans et demi d'expérience auprès des nouveau-nés grands prématurés et leurs parents.

La PDE 4 est diplômée depuis 2001, elle a travaillé 6 ans en chirurgie pédiatrique dans un grand hôpital parisien, puis elle a muté dans l'hôpital actuel où elle a travaillé sur les services de pédiatrie, chirurgie pédiatrique, hôpital de jour, et néonatalogie. Elle travail de manière fixe sur le service de réanimation/ soins continus néonataux depuis 2009, soit un peu plus de 11 ans d'expérience auprès des nouveau-nés grands prématurés et de leurs parents.

La PDE 5, a été diplômée infirmière en 2013, puis a obtenu son diplôme de puéricultrice en décembre 2014. Elle a travaillé 1 an et demi en pédiatrie/ néonatalogie niveau 2A dans un établissement du Pas-de-Calais, et a ensuite muté dans l'hôpital actuel. Elle travaille dans le service de réanimation/soins continus néonataux depuis 3 ans et demi.

Pour l'ensemble de ces entretiens, toutes les puéricultrices ainsi que moi-même, portions des masques, élément conditionnel pour réaliser des entretiens « en direct » afin de respecter les mesures barrières dans le contexte sanitaire du moment. Cet élément, loin d'être handicapant dans mon enquête que j'ai préféré réaliser en direct, a peut-être été limitant dans la communication, l'expression du visage étant à demi dissimulée derrière les masques.

5.1.6 Les biais de l'enquête

L'enquête a pu être biaisée par le contexte sanitaire qui a amené l'école à modifier les critères de réalisation des enquêtes, nous autorisant à effectuer des entretiens dans les structures qui nous accueillait en stage. Ainsi, mes trois premiers entretiens ont été réalisés auprès de professionnelles avec qui j'ai travaillé, et dans un service que je connaissais depuis une semaine. Des impressions et des ressentis ont donc pu inévitablement se développer chez moi en amont de ces entretiens que j'ai cependant essayé de réaliser de manière la plus neutre possible.

5.2 Analyse de l'enquête

J'ai choisi d'effectuer une analyse de contenu, plus que d'une analyse de discours.

J'ai opté pour l'analyse thématique (différente de l'analyse par entretien), qui est cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations⁷².

Puisqu'il s'agit d'une enquête à visée exploratoire, l'identification des thèmes s'est faite à partir de la lecture du corpus et en lien avec les hypothèses de recherche.

5.2.1 Les représentations autour de la première rencontre

Les professionnelles interviewées pensent à l'unanimité que ce moment de la rencontre entre la mère et son bébé grand prématuré est un moment important, chargé en émotions, voire déterminant dans l'établissement des liens.

Pour la PDE 2, il s'agit de « *l'un des moments les plus importants* », lors duquel une mémorisation très forte des événements, des personnes, et des paroles entendues, s'opère chez les parents. Comme P. Thibault- Wanquet⁷³, elle explique qu'« *ils se souviennent de tout, de tous les détails* », et que cette hypersensibilité ou hyper vigilance des parents implique pour la puéricultrice qu'elle soit « *très minutieuse* » dans les explications qu'elle va leur donner.

Elle explique également que l'accompagnement de la puéricultrice à ce moment-là peut être déterminant : « *c'est en fonction de comment tu vas parler, de comment tu vas leur expliquer qu'ils vont plus facilement réussir à prendre leur enfant en peau à peau* », et que cette première rencontre réclame une certaine attention « *il faut prendre le temps d'être avec eux* ».

Pour la PDE 4, la première rencontre c'est « *un moment particulier* », « *c'est toujours un moment émotionnel assez important* ». Elle met en avant le bouleversement psychologique chez la maman qui vit un accouchement et une naissance qu'elle n'avait ni anticipée ni préparée. La première rencontre va donc être « *un grand écart* » entre le bébé tout rose et tout beau qu'elle avait imaginé⁷⁴ et « *la première représentation physique réelle de leur bébé* ».

⁷² BLANCHET, A., GOTMAN, A. *L'entretien*. Armand Colin. Malakoff, 2015. 126 p. Collection 126. p. 96-99

⁷³ THIBAUT-WANQUET, P. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2008. 154 p. p.106-108

⁷⁴ GOLSE, B., GOSME-SEGURET, S., MOKHTARI, M. *Bébés en réanimation: naître et renaître : Sébastien, le bébé imaginaire*, éd. Paris : Odile Jacob, 2001. 231 p. p.78-84

La PDE 3 rejoint cette même représentation « *c'est un grand moment de stress et d'émotion pour la maman* » et elle ajoute la présence de barrières formées par l'environnement médicalisé⁷⁵ qui empêche la proximité entre la mère et son bébé. La mère qui s'imaginait un moment heureux va basculer dans un univers inconnu, et pour elles le premier contact sera fera avec l'environnement du bébé avant le bébé lui-même, avec des machines, des sonneries partout, et un incubateur. Ensuite seulement elle verra son bébé « *tout petit, tout frêle, avec des tuyaux, des fils de partout* », avec des compétences amoindries « *un bébé qui est fort endormi, sédaté, qui ne va pas correspondre du tout à ce qu'elle s'est imaginé* ».

Pour elle, la première rencontre « *c'est la découverte de l'inconnu, la découverte de l'environnement, la découverte de son bébé, et le deuil de tout ce qu'elle s'était imaginé* ».

L'importance de cette rencontre pour la PDE 4 réside dans le fait que la mère va devoir intégrer cette représentation de l'enfant réel et « *appréhender son bébé d'une autre façon, avec d'autres émotions, et d'autres gestuelles* ».

La PDE 5 effectue une comparaison avec la rencontre entre une mère et son enfant lors d'une naissance à terme en expliquant l'importance des premières heures dans le processus d'attachement⁷⁶ du point de vue physiologique. Elle évoque le lien qui se tisse à ce moment de contact privilégié au travers du regard, du toucher, de l'odorat, et dont la dyade est privée en cas de naissance prématurée.

Cette première rencontre est donc pour elle « *un moment clef, un moment vraiment important* », où les mères sont impactées par la naissance prématurée au niveau psychologique et au niveau de la technicité. « *L'accueil dans le service est vraiment une étape importante pour la création du lien, de l'attachement, et de l'investissement de la maman auprès de son bébé* ».

5.2.2 L'organisation de la première rencontre pensée et préparée collectivement

Ce moment de la première rencontre étant donc considéré par l'ensemble des professionnelles comme étant un moment important, un temps nécessaire est toujours dégagé par l'équipe pour la puéricultrice qui effectue l'accompagnement⁷⁷.

⁷⁵ Conférence SIZUN, J., Du NIDCAP au programme IBAIP dans l'accompagnement des nouveau-nés vulnérables

⁷⁶ DAGEVILLE, C., CASAGRANDE, F., DE SMET, S. et al. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance, *archives de pédiatrie*, aout 2011, Elsevier Masson.

⁷⁷ PDE 5

Toutes ont souligné l'importance « *de prendre du temps* » pour cet accueil⁷⁸.

« *On essaie qu'un soignant soit détaché* » explique la PDE 5 qui rappelle que ce moment mérite notre attention.

« *On se le dit entre collègues pour qu'on ait le temps de prendre du temps avec la maman, qu'on ne soit pas interrompu* ». Cela passe par une répartition de la charge de travail par exemple, c'est la puéricultrice qui a le moins d'enfants en charge qui prévoit de s'occuper de « l'entrée » explique la PDE 3. Une adaptation dans la planification des soins de chacun peut également s'opérer, « *on prend pas mal de temps parce qu'on sait que les collègues vont prendre le relais pour les autres bébés* ».

Bien que pour les puéricultrices interviewées il ne semble pas exister de « protocole d'accueil », j'entends dans leur discours qu'il existe des habitudes de service qui concernent l'accueil :

Dans le service B, les parents sont accueillis par une hôtesse pour le lavage des mains et l'habillage avant d'accéder au service. « *Le protocole d'entrée nous c'est le protocole de lavage des mains et d'habillage (rires)* »⁷⁹, ceci fait référence au témoignage de la maman de Sébastien à qui on demande de revêtir une tenue en papier avant d'entrer dans le service, alors qu'elle aurait aimé être accueillie avec une tasse de café et que l'on « *prenne soin* » d'elle.

Les professionnelles expliquent que c'est toujours la puéricultrice qui s'occupe de l'enfant qui va accueillir les parents, parce que c'est elle qui sera en mesure de leur transmettre les informations concernant leur enfant⁸⁰.

D'autres habitudes de service existent, que j'ai pu observer dans le service A, mais dont aucune n'a fait mention lors des entretiens comme la préparation de la chambre avec l'installation du matériel nécessaire mais aussi les vérifications des systèmes d'oxygène et d'aspiration, et le fonctionnement des différents appareils. On voit donc que même si cet accueil n'est pas protocolisé, il est tout de même anticipé.

La puéricultrice prépare l'environnement dans lequel la mère et l'enfant seront accueillis, et elle se prépare elle aussi en anticipant cette première rencontre : « *c'est important d'avoir pris le temps de prendre connaissance du dossier et du contexte, d'avoir un petit peu cherché...de prendre en compte le vécu dans cette première relation : comment cette conception a eu lieu, parce que parfois ce sont des grossesses très désirées avec de longs parcours de PMA* »⁸¹.

⁷⁸ LANGENFELD SERRANELLI, S., COUTURAT HURABIELLE, F. *Soins relationnels, soins palliatifs : l'accueil*. Elsevier Masson, 2011. 224 p. Collection les essentiels en IFSI. p.87-95

⁷⁹ PDE 4

⁸⁰ FORMARIER, M. *Les concepts en sciences infirmières : L'accueil*. Association de recherche en soins infirmiers, 2012. 328 p. Hors collection

⁸¹ PDE 5. PMA= procréation médicalement assistée

Cette étape qui précède le moment de la rencontre est souvent réalisée par les professionnelles de manière presque instinctive, que ce soit en lisant le dossier ou simplement par transmissions orales entre pairs ou avec le pédiatre. Ce recueil de données correspondant à la seconde phase de l'accueil⁸², il permet de savoir « qui est en face de nous », et de faire une première évaluation des besoins de la personne que l'on s'apprête à accompagner.

5.2.3 Un accompagnement pensé et mené individuellement

Toutes les puéricultrices interviewées expliquent qu'il n'y a ni protocole ni outils auxquels se référer pour accompagner la première rencontre du nouveau-né grand prématuré et de sa mère : « *chacun a sa façon d'aborder la chose* » explique la PDE 2.

Elle évoque l'existence du livret d'accueil, avec la présentation du service et de l'équipe, mais elle ajoute que tous les documents que l'on peut donner aux parents à ce moment-là ne seront pas lus : « *ils ne vont pas avoir envie de les lire tout de suite, ce qui se comprend* ». Cet outil me semble intéressant dans la mesure où il permet quand même la transmission de ces informations qui pourront être lues quand les parents seront prêts à en prendre connaissance et de ne pas les assommer par un flot de paroles comme l'a vécu maman de Sébastien, au moment de cette rencontre où l'attention de la maman est avant tout portée sur l'enfant.

La PDE 4 s'interroge, comme les autres puéricultrices interviewées, sur la possibilité de protocoliser cet accompagnement de la première rencontre, tant il contient de variables : « *les affects des parents, l'état de santé de l'enfant, ce que l'enfant peut être à même de recevoir, l'affect du soignant et son positionnement, c'est compliqué !* » dit-elle.

Aucune n'a eu l'occasion de suivre une formation qui concernerait l'accueil ou l'accompagnement des parents d'enfants prématurés, cependant les puéricultrices travaillant dans le service A me disent avoir bénéficié d'une formation IHAB avec un volet sur l'accueil de la maman et son bébé de manière générale sans lien avec la prématurité (il s'agit de favoriser la proximité de la mère et de son bébé dès la naissance au bloc opératoire par l'installation en peau à peau, et de limiter au maximum les séparations).

L'expérience par le terrain est avancée par la PDE 2 qui explique qu'elles sont doublées pendant un mois quand elles arrivent dans le service et que cette période leur laisse généralement l'occasion de « *voir une entrée et de voir un peu ce qu'il se dit selon le terme* ».

⁸² FORMARIER, M. *Les concepts en sciences infirmières : L'accueil*. Association de recherche en soins infirmiers, 2012. 328 p. Hors collection

L'accompagnement de la première rencontre a donc ce côté subjectif tant il se construit principalement sur l'expérience et l'individualité de chacune : « *je ne sais pas si tout le monde fait pareil, moi je...* » dit la PDE 3, « *ça va être très dépendant de chacun* » dit la PDE 4, « *on fait beaucoup au ressenti donc c'est très subjectif finalement* » affirme la PDE 5.

La PDE 4 souligne en outre l'influence du niveau d'expérience sur la manière d'appréhender cette première rencontre : « *c'est aussi savoir si on se sent à l'aise ou pas, parce qu'il y a des jeunes collègues qui arrivent, qui ne sont déjà pas très à l'aise dans les soins. Alors être à l'aise avec des réactions parentales, ce n'est pas toujours...donc c'est très variable en fonction des soignants* ».

Les accompagnements proposés sont donc très variables, « *c'est des accompagnements au cas par cas* »⁸³. Sans formation ou recommandations à suivre, les puéricultrices se réfèrent à leurs pairs, improvisent un accompagnement de la première rencontre, qui est le fruit de ce qu'elles ont vécu ou observé, et de leur propre sensibilité, en s'adaptant aussi aux parents qu'elles ont en face d'elles, et à leurs besoins ⁸⁴: « *C'est sûr que d'une collègue à l'autre on n'aura pas toutes les mêmes questions, la même façon de faire* » explique la PDE 5.

Je m'aperçois pendant les entretiens que cette question sur la manière de mener et d'améliorer cet accompagnement de la première rencontre provoque des silences et des réflexions avec de nombreuses interruptions au niveau du discours. Elles s'interrogent sur « la bonne manière de faire » :

« *C'est vrai qu'on se dit qu'on est peut-être trop dans la technicité. On a peut-être trop tendance à décrire certaines choses du matériel...alors que certaines mamans n'en ont pas besoin. On essaie au moins de détailler pourquoi il a une sonde d'intubation, mais peut-être que des fois on va trop dans les détails...(silence). C'est difficile de...(silence). Peut-être que des fois on n'est pas assez dans l'affect ? (Silence) Peut-être qu'il y a des mamans qui en ont besoin un peu plus...c'est difficile d'avoir des...(silence). Après, dans la préparation aussi...le pédiatre va voir la maman au bloc pour expliquer un peu ce qui va se passer, et peut-être que oui il y a une étape aussi à faire à ce moment-là ?* »⁸⁵.

Comme l'avance M. Paul, la posture d'accompagnement semble bel et bien d'abord une posture réflexive sur qui on est, qui on a en face de nous et à quel type de relation on collabore.

⁸³ PDE 4

⁸⁴ PAUL, M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 110, N° 3, p.13-20

⁸⁵ PDE 5

Plusieurs d'entre elles sont d'accord pour dire que cet accompagnement pourrait probablement être amélioré, « *il y a toujours des choses à améliorer* »⁸⁶, « *on a travaillé sur beaucoup de choses, après on n'a pas fait un travail sur la première entrée, on a travaillé sur l'hygiène de la première entrée (rires)... il y a peut-être certainement un travail à faire, mais... (silence) Je ne sais pas trop en fait !* » dit la PDE 4. Cette posture de non-savoir⁸⁷ laisse la place à l'échange et la recherche mutuelle de sens, et un questionnement demeure sur ce qu'il conviendrait de faire ou de ne pas faire d'ailleurs au moment de cette rencontre.

Pour la PDE 5 une formation sur la psychologie de la maman dans ce contexte de grande prématurité permettrait peut-être de comprendre certaines réactions et d'avoir une idée de l'accompagnement qui pourrait être proposé : « *On a toujours l'impression de bien faire, mais peut-être que cette maman elle n'avait pas besoin de ça à ce moment-là ?... Et ça c'est difficile à évaluer. Donc une formation sur la psychologie, oui, je pense que ça pourrait être aidant* ». Les deux services concernés par mes entretiens proposent les compétences d'une psychologue, de manière récente pour le service B, mais toutes les puéricultrices se rejoignent pour dire qu'elle est rarement, voire jamais présente au moment de cette première rencontre, et qu'elle interviendra souvent plus tard dans la prise en charge, soit de façon autonome soit à la demande de l'équipe, et aussi quand la maman sera prête à s'exprimer.

5.2.4 Les difficultés ressenties au moment de la première rencontre

5.2.4.a Les réactions parentales

Ce qui est difficile dans cet accompagnement de la première rencontre c'est « *l'adaptation à la réaction de la maman* » explique la PDE 4. « *On ne peut pas toujours appréhender la réaction de la maman, surtout dans les premières minutes* » explique la PDE 3.

« *Il y a tellement de réactions différentes, toutes les émotions*⁸⁸ ... *chaque maman réagit comme elle peut* », il faut s'adapter, dit la PDE 5.

Les réactions peuvent aussi être ambivalentes, entre une maman euphorique, d'une jovialité déstabilisante et qui s'extasie devant son bébé « *alors que nous on se demande s'il va passer les 2h qui arrivent : on a l'impression qu'il n'y a pas de prise de conscience !* », et « *une maman complètement effondrée, qui ne voudra pas entrer en lien avec son bébé* », parfois fuyante,

⁸⁶ PDE 4, PDE 5

⁸⁷ PAUL, M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 110, N° 3, p.13-20

⁸⁸ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p.180

voire complètement absente explique la PDE 5. Entre ces deux extrêmes, les puéricultrices interviewées mentionnent souvent la tristesse liée à une grossesse inachevée, avec des pleurs « parfois incessants » (PDE 2).

L'état de choc de la maman est souligné dans les différents discours⁸⁹ : « *les mamans sont complètement désœuvrées(...)c'est un choc. S'il y a neuf mois de grossesse il y a une raison, il faut neuf mois pour se préparer à l'arrivée* » (PDE 3), elles sont « *psychologiquement débordée* » (PDE 4). Toutes disent qu'elle n'est « *pas prête* ». « *Tout ce à quoi elle s'était préparée s'effondre* », et « *malgré les explications, ils ne s'attendent jamais vraiment à ce que c'est, ils tombent de haut, ça reste un choc* » (PDE 2).

Également des sentiments de stress et d'angoisse liés à l'environnement médicalisé, à la découverte d'un monde inconnu : « *on leur prend leur bébé tout de suite pour les techniquer(...) et quand ils voient leur bébé branché de partout avec un respirateur qui prend tout leur visage, c'est horrible* » (PDE 3). « *Ils sont hyper impressionnés par toute la technique autour du bébé* », « *elles sont hyper stressées, elles t'appellent souvent* », « *ils sont perdus, et ils sont submergés d'informations !* » (PDE 2). La PDE 5 explique qu'« *il y a des mamans qui vont avoir besoin qu'on leur donne beaucoup d'explications sur l'état de leur bébé avant de pouvoir les toucher, qui vont poser beaucoup de questions sur le matériel, sur ce qu'on leur fait* ».

Les puéricultrices font également face à des réactions de peur, avec des parents qui n'osent pas toucher leur enfant, qui sont impressionnés par les câbles, les fils, ou par l'aspect physique et par la taille de leur bébé : « *la taille des bébés provoque souvent une réaction de surprise. C'est sûr que la taille est souvent assez choquante* »⁹⁰. Des parents peuvent se montrer « *fermés, réfractaires* » dit la PDE 2, et certaines mamans auront besoin de temps : « *elles ne viennent pas voir leur bébé parce qu'elles ne se sentent pas capables de surmonter cette période* »⁹¹.

5.2.4.b L'influence du contexte de la naissance sur le vécu de la rencontre

Le degré de difficulté dans cet accompagnement pourra aussi dépendre du contexte de la naissance⁹², et l'approche de la maman sera différente en fonction de chaque situation.

⁸⁹ RAVIER, A., PEDINIELLI, J.L. Prématurité et parentalité. *Enfances & Psy*, 2015. N°1, Vol.65, p. 145-157

⁹⁰ PDE 5

⁹¹ PDE 4

⁹² RAVIER, A., PEDINIELLI, J.L. Prématurité et parentalité. *Enfances & Psy*, 2015. N°1, Vol.65, p. 145-157

Il faut avant tout considérer le vécu en amont de cette naissance « *est-ce que c'est une grossesse simple ou s'agit-il d'une grossesse précieuse parce que c'est une FIV ?* »⁹³, « *c'est important d'avoir pris le temps de prendre connaissance du dossier, d'avoir un petit peu cherché : est-ce que c'est un premier bébé, est-ce qu'ils ont déjà eu un enfant en néonatal ? parce que forcément les parents sont plus vite à l'aise parce qu'ils ont déjà été confrontés à ça* » explique la PDE 5.

Une maman hospitalisée dans un contexte de menace d'accouchement prématuré pourra commencer à se préparer psychologiquement à l'arrivée précoce de son bébé. Elle recevra souvent la visite des pédiatres de néonatalogie qui lui donneront des informations sur la prématurité et sur la suite de la prise en charge⁹⁴, et pourra même visiter le service et rencontrer l'équipe. Le choc sera donc moins important que pour une maman césarisée en urgence, même si un travail de deuil reste à faire, celui-ci sera déjà entamé, et la rencontre sera facilitée.

Ensuite il faut prendre en compte la situation médicale de la maman après l'accouchement : « *on a des mamans en réanimation, dans ces cas-là on n'a pas de possibilité d'amener les bébés auprès de leur maman* » explique la PDE 5.

Le temps de séparation entre la mère et son bébé peut varier d'une situation à l'autre et donc avoir un impact plus ou moins important sur la première rencontre.

Les PDE 2 et 3 exercent dans un service équipé de chambre mère-enfant afin de limiter au maximum ce temps de séparation, les mamans sont transférées immédiatement auprès de leur bébé après la surveillance des 2h au bloc obstétrical. De plus, si l'état de santé de l'enfant le permet, il sera installé quelques minutes en peau à peau sur sa maman au moment de l'accouchement avant d'être transféré dans le service de soins intensifs. C'est déjà une première rencontre même si elle reste très brève et qu'une séparation a tout de même lieu.

L'impact de la séparation sera différent entre une maman qui n'aura pas vu son enfant pendant 2 heures et une maman qui en aura été séparée pendant 3 jours, et la première rencontre sera d'autant plus chargée en émotions et en représentations : « *elles ont ce deuil à faire des quelques jours qu'elles ont loupé et qui malgré les photos ne se remplacera pas, même si on fera tout pour que le lien se mette en place après* »⁹⁵.

⁹³ PDE 4

⁹⁴ PDE 2

⁹⁵ PDE 2 et PDE 5

5.2.4.c Le problème de temporalité

Les puéricultrices interviewées ont toutes évoqué le problème de temporalité dans ce contexte de la première rencontre, avec une maman qui n'est souvent pas prête psychologiquement à accueillir cet enfant, qui se trouve en état de choc, et qui a besoin de temps, plus ou moins variable pour faire le deuil de sa grossesse et du bébé imaginé⁹⁶.

Les soutiens psychologiques qui pourraient être proposés à la mère (psychologue, association de mamans d'enfant prématurés...) ne sont pas jugés opportuns à cet instant : « *ça sera trop tôt pour la maman, elle ne va pas vouloir... que parfois une ou deux semaines après elle va vouloir tout déballer : son accouchement, sa première rencontre, ce qui l'a impressionnée, ce qui lui a manqué...* »⁹⁷, comme si un temps d'intériorisation était nécessaire pour absorber le choc avant de poursuivre son cheminement psychologique.

Cette notion de temporalité apparaît également dans la chronologie de la rencontre entre l'enfant et ses parents : le temps de la rencontre maman-bébé est décalé par rapport à la rencontre papa-bébé. En effet, le jour de sa naissance le père aura la possibilité d'accompagner son bébé dans le service et d'assister à son accueil et à ses premiers soins. Il pourra le prendre en peau à peau pour la première fois, prendre des photos et recueillir les premières informations pour les apporter à la maman restée au bloc.

« *Souvent la première rencontre de la maman ce n'est pas la première rencontre du papa* » explique la PDE 2. Ainsi, alors que la maman vivra cette première rencontre, et sera au stade de la découverte de son enfant et d'un environnement inconnu, le papa lui aura déjà rencontré l'équipe, appréhendé l'environnement médicalisé, et fait connaissance avec son bébé. Comment vivra-t-elle cette situation ? De la jalousie et du ressentiment peut naître chez la mère envers le papa⁹⁸. Pour les puéricultrices⁹⁹, le papa pourra être une personne-ressource au moment de cette première rencontre maman-bébé, car il aura déjà vu et touché son bébé, et sera en capacité parfois d'aider et de rassurer la maman. Les places seront forcément redéfinies lorsque la triade sera réunie, avec un papa qui s'effacera pour donner toute sa place à la maman ou alors qui sera « trop » présent, ne laissant pas d'espace pour maman.

⁹⁶ PDE 3, 2, 4

⁹⁷ PDE 2

⁹⁸ GOLSE, B., GOSME-SEGURET, S., MOKHTARI, M. *Bébés en réanimation: naître et renaître : Sébastien, le bébé imaginaire*, éd. Paris : Odile Jacob, 2001. 231 p. p.62

⁹⁹ Service A

5.2.5 L'objectif de l'accompagnement de la première rencontre

Il est intéressant de constater que l'ensemble des puéricultrices interviewées se rejoignent autour d'un objectif commun : permettre à la mère de « *créer le lien* », lui permettre « *d'investir son bébé* » et d'interagir avec lui.

Deux autres objectifs ressortent de manière évidente dans les entretiens sans avoir été cités comme « objectif de la première rencontre » : *rassurer*¹⁰⁰ et *valoriser* le rôle de la maman.

Rassurer la maman sur son ressenti « *lui expliquer que ce qu'elle ressent est normal et qu'il faut y aller petit à petit* »¹⁰¹, « *lui permettre d'avoir les réponses qu'elle a besoin pour se sentir mieux* », « *qu'elle sente qu'on est là pour elle, qu'on peut être soutenant à ce moment-là* » (PDE 5), « *souvent je demande : est-ce que tout va bien pour vous ? est-ce que vous voulez que je vous réexplique quelque chose ? est-ce que vous voulez que je reste un petit peu ?* » (PDE 4)

Rassurer par rapport à l'environnement technique en donnant des explications sur les différents appareils et les fils qui entourent l'enfant : « *j'explique l'environnement après j'explique son petit bout de chou, ce qui se passe au niveau des différents capteurs* » (PDE 4) « *je les laisse bien observer leur enfant, sorti de l'incubateur, je tiens tout le temps le bébé et je les laisse regarder, je leur montre de plus près le système d'oxygène, le cathéter* » (PDE 2).

Rassurer sur les capacités de l'enfant « *je leur montre comment on voit qu'il respire bien, parce qu'il y a des parents qui pense que comme il y a une machine il ne respire pas tout seul, alors que si. Il faut se montrer rassurant par rapport à ces choses-là* ». ¹⁰² « *L'objectif final c'est qu'elle se sente plus rassurée en le voyant, qu'elle comprenne les choses* » (PDE 5).

Rassurer par la prise en charge de leur bébé notamment avec la présence des pédiatres « *ça rassure toujours les parents de savoir que le docteur est passé* » (PDE 2), mais « *dans la vérité sur l'état de l'enfant* » explique la PDE 4 qui veut rassurer mais ne pas donner de faux espoirs.

Valoriser la place de la maman et son rôle auprès de son bébé¹⁰³ :

¹⁰⁰ FORMARIER, M. *Les concepts en sciences infirmières : L'accueil*. Association de recherche en soins infirmiers, 2012. 328 p. Hors collection

¹⁰¹ PDE 4

¹⁰² PDE 2

¹⁰³ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p.p.21

« Pour leur redonner leur rôle de maman...on leur explique que malgré tout le côté technique, ça reste leur bébé, qu'il a besoin d'entendre leur voix, de sentir le toucher, que le côté affectif qui va faire la stabilité de leur enfant, c'est vraiment eux, nous on est là en soutien» (PDE 5).
« C'est important d'aborder rapidement l'alimentation, parce que pour la maman, son rôle est de nourrir son bébé » (PDE 2).

Valoriser sa capacité à s'occuper de son enfant : « C'est super important de les inclure tout de suite dans les soins, pour qu'ils arrivent à investir leur bébé » (PDE2). « Montrer qu'il a besoin d'elle, que sa place est primordiale auprès de son enfant » (PDE 4), « on essaie de leur faire comprendre qu'elles sont indispensables à leur bébé, de leur rendre leur place de maman » (PDE 3), « on leur explique que c'est leur bébé, qu'il a besoin de leur contact » (PDE5)

5.2.6 Les différentes postures d'accompagnement

Ce qui ressort des entretiens c'est que ce moment particulier de la première rencontre implique un accompagnement individualisé, car comme l'explique la PDE 4 « on ne sait jamais à quoi s'attendre », « il y a tellement de variables, l'affect des parents, l'état de santé de l'enfant, l'affect du soignant et son positionnement », c'est un accompagnement au cas par cas qui nécessite une compétence d'adaptation, « il faut prendre chaque cas différemment et s'adapter pour ne pas les frustrer et aller à l'encontre de ce qu'elles ont envie » dit la PDE 5.

La puéricultrice est là « en soutien », elle écoute¹⁰⁴, elle propose plus qu'elle n'impose, « on leur demande ce qu'elles préfèrent, on essaie de verbaliser au maximum pour leur laisser le choix »¹⁰⁵. De la même manière, elle laissera le choix à la mère de la laisser seule avec son bébé ou de rester à ses côtés si sa charge de travail le lui permet. « Je pourrais proposer de rester si ça la rassure, mais tu ne peux pas tout le temps rester si tu as d'autres enfants¹⁰⁶ ...Mais parfois c'est important qu'ils se retrouvent ensemble, sans nous, ensemble à trois, ils se retrouvent comme si l'enfant n'était pas hospitalisé en néonate. Tu as des parents qui ont besoin de ça, et quand l'enfant est installé en peau à peau, ben...c'est bon, tu peux partir ! (Rires)».¹⁰⁷

¹⁰⁴ PAUL, M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 110, N° 3, p.13-20

¹⁰⁵ PDE 5

¹⁰⁶ SERGENT, B., psychologue. *La prématurité : retentissements et accompagnement des parents, de la fratrie*. Université catholique de Lille, 2019

¹⁰⁷ PDE 2

La puéricultrice a un rôle de guide¹⁰⁸, « on leur explique que le nouveau-né prématuré n'apprécie pas forcément les caresses, qu'il faut plutôt être dans le contenant » explique la PDE 5. « Je leur montre, je leur explique comment le cocooner, comment un prématuré est bien » dit la PDE 2. « Moi j'aime bien dans un premier temps accompagner les mains, je mets mes mains sur ses mains pour vraiment accompagner le geste » explique la PDE 4.

Pour elle c'est aussi « un moment très particulier qu'il faut savoir diriger », lors duquel il faut « savoir poser les bons mots, avoir la bonne distance avec la maman », et qui fait appel à l'expérience notamment face aux réactions parentales qui peuvent mettre en difficultés les puéricultrices novices.

5.2.7 Le peau à peau et l'attachement

Dans les propositions faites à la maman pour favoriser la rencontre, j'ai constaté que les 3 puéricultrices travaillant dans le service A, citaient immédiatement l'installation de l'enfant en peau à peau.

La pratique du peau à peau semble être pour elles une évidence, l'une d'elle le considérant comme un besoin primaire pour le bébé, au même titre que celui de respirer ou de s'alimenter. « On essaye de le mettre en peau à peau le plus vite possible pour que le contact et le lien se fasse tout de suite (...) je pense que le peau à peau c'est le premier réflexe qu'on doit avoir...c'est la base »¹⁰⁹. « Je propose toujours du peau à peau, c'est super important pour qu'ils investissent leur bébé », explique la PDE 2.

L'installation ne se fait pas d'emblée, elle est amenée progressivement par la puéricultrice. La première étape consiste à présenter l'environnement puis le bébé lui-même.

« Quand je les installe en peau à peau, au début je ne les mets pas tout de suite dans le bandeau, j'attends un peu avec eux, si je vois que l'enfant est stable, s'il est confortable, je le cocoonne bien et je les laisse bien observer leur enfant. Parce que le voir dans l'incubateur et sorti de l'incubateur ce n'est pas pareil. Même en peau à peau, il est à hauteur de bisou, du coup ils n'arrivent pas bien à le voir. C'est important. Je leur montre d'un peu plus près le système d'oxygène, le KTVO...après je les mets en peau à peau et je prends des photos, ça c'est super important aussi le premier peau à peau ! ».

La PDE 3 m'explique qu'elles ne font face que très rarement à des refus de la part des mamans, et ceux-ci sont entendus, et accompagnés. « On ne force pas parce qu'après c'est pire. Je leur

¹⁰⁸ MARTEL, M.J., MILETTE, I., *Les soins du développement ; des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Montréal : éditions du CHU Sainte-Justine, 2006. 194 p., p. 70-72

¹⁰⁹ PDE 3

explique. Parce que l'enfant a toujours besoin du contact de ses parents. J'explique les biens faits pour le bébé, les bénéfiques, tout ça. Souvent elles ne disent pas non, tu leur explique que tu es là, que s'il y a le moindre souci elle t'appelle, donc forcément au début elles t'appellent assez souvent, c'est normal »¹¹⁰.

Un refus étant souvent l'expression d'une angoisse, la puéricultrice prendra le temps de discuter avec elle, et de lui expliquer les bénéfiques pour son enfant. *« Il faut vraiment les aider par rapport à ça , on doit vraiment prendre le temps de leur expliquer ». « On les rassure, en leur expliquant que le peau à peau il n'y a rien de mieux pour lui, que si il pouvait rester 24h/24 ça serait ce qui l'aiderait le mieux pour mûrifier tous ses systèmes. Et souvent ça les rassure, parcequ'elles se sentent indispensables »* explique la PDE 3.

La plupart du temps ces explications suffiront à obtenir l'approbation de la maman. *« C'est aussi en fonction de comment tu vas parler, de comment tu vas leur expliquer les choses qu'ils vont plus facilement réussir à prendre en peau à peau »* explique la PDE 2.

Quand la maman ne se sent vraiment pas prête, le papa peut être un soutien pour elle à ce moment-là. Les PDE du service A considèrent le papa comme une personne ressource. Le bébé est alors installé en peau à peau sur papa à côté de maman, ce qui lui permet de les voir, de diminuer son stress, et d'accepter plus facilement la prochaine proposition¹¹¹.

Dans le service B, la PDE 4 ne mentionne à aucun moment la pratique du peau à peau.

La PDE 5 n'en parlera pas non plus en première intention, elle l'évoquera en fin d'entretien, après une relance de ma part, comme une pratique qui ne semble pas systématique: *« on fait du peau à peau parfois quand c'est possible ».*

Celle-ci expliquait pourtant en début d'entretien le rôle du toucher et de l'odorat dans l'attachement lors d'une naissance à terme : *« il y a vraiment un lien qui se crée dans le regard, dans l'odorat, et le toucher »* ajoutant que *« ce contact de peau à peau privilégié »* ne pouvait pas avoir lieu dans l'urgence de la prise en charge d'un nouveau-né prématuré.

Dans les propositions faites à la maman pour favoriser la rencontre, Le peau à peau n'est pas évoqué, elle explique d'ailleurs que *« l'objectif final n'est pas qu'elle le touche mais qu'elle se sente rassurée en le voyant ».* *« C'est rare qu'on ait des mamans qui touchent directement...parce que je pense que la vision avec l'incubateur, les machines, souvent les bébés sont techniqués, et puis la taille des bébés provoque souvent une réaction de surprise ».*

¹¹⁰ PDE 2

¹¹¹ PDE 2, PDE 3

D'autres approches sont donc envisagées dans le service B, qui sont plus centrées sur la maman, sur son ressenti et le fait de respecter son rythme. Les compétences sensorielles de l'enfant et sa capacité à jouer un rôle dans cette rencontre ne sont pas mentionnées, celui-ci semble davantage être considéré comme l'objet de la rencontre que comme un acteur de celle-ci.

En première intention la puéricultrice accompagne la mère dans la découverte de l'enfant et de son environnement, *« j'explique l'environnement après j'explique son petit bout de chou », « l'objectif est qu'elle interagisse avec son bébé, même si au début c'est juste le regarder, c'est déjà une interaction »* (PDE 5). La relation d'attachement ne semble pas envisagée de manière circulaire¹¹², avec des interactions qui se font dans la réciprocité.

Elle l'invite ensuite à lui parler *« c'est lui dire que déjà par la parole, ne serait-ce que lui dire bonjour, parler à son enfant, lui dire ce qu'elle ressent »* explique la PDE 4. Les canaux sensoriels exploités à ce moment sont donc l'ouïe et de la vue, qui ne sont pas les sens les plus développées à ce stade de prématurité¹¹³.

Le rapprochement en corps à corps qui permettrait d'éliminer la barrière formée par l'incubateur entre la mère et son enfant n'est pas envisagé. *« Ça passe beaucoup par l'écoute, la parole, et après une guidance au niveau de la gestuelle et de ce qu'elle peut amener à son enfant, que ce soit par la parole, par des choses qu'elle peut amener dans le box, une écharpe... même si on ne peut pas la mettre tout de suite dans l'incubateur, elle peut mettre une chose qui lui est cher au-dessus de l'incubateur, qu'elle avait peut-être préparé pour bébé »*. L'utilisation d'un objet portant l'odeur de la maman aurait pu être intéressante pour le bébé mais placé sur l'incubateur, il n'y a pas accès.

Le toucher est envisagé de manière timide, voire même avec une certaine prudence. Pour la PDE 4 *« le premier contact peut aboutir à ce genre de chose extrême : une maman qui va être tellement débordée psychologiquement qu'elle ne voudra plus revenir »*.

L'entrée en contact de la maman avec l'enfant s'effectue donc avec précautions : *« dans un premier temps je mets mes mains sur ses mains et je rentre dans l'incubateur avec elle, pour vraiment accompagner le geste »*¹¹⁴, *« on peut leur proposer par exemple de toucher au-dessus du linge, parce que parfois c'est plus facile, parfois il y a des mamans qui vont juste tenir la*

¹¹² BOWLBY, J., KALMANOVITCH, J. *Attachement et perte: vol 1, L'attachement*. Paris : presses universitaires de France, collection le fil rouge, 2015. 540 p.

¹¹³ LAGARDE-PIRON. Respecter le monde sensoriel du nouveau-né prématuré en réanimation. *Oxymag*, février 2019, Vol. 32, N° 164, p. 25-28

¹¹⁴ PDE 4

main, et au fur et à mesure des soins on leur explique que même si il est petit il n'y a pas de risque, qu'ils ont besoin de retrouver ce contact, mais qu'on va à leur rythme »¹¹⁵.

Les PDE 4 et 5 accompagnent la mère dans son choix « rien que de mettre les mains dans l'incubateur pour certaines mamans, c'est une étape, donc pour moi il faut vraiment respecter ce qu'elles ont envie de faire »¹¹⁶, même si ce choix ne permet pas un rapprochement étroit entre la mère et son bébé, « on ne les force pas, enfin moi je ne les force pas en tout cas ».

La question qui se pose ici n'est pas de savoir si on laisse le choix ou non à la maman, il n'est pas question de forcer ou d'imposer mais plutôt de savoir si le choix de la maman est « éclairé »...

La PDE 4 ajoute que certaines personnes sont plus tactiles que d'autres, ce qui représenterait une variable supplémentaire dans l'accompagnement proposé : « c'est vrai que le toucher a une valeur importante, après il n'y a pas que ça, le fait de lui parler, de ramener quelque chose, de faire un lien par un doudou, ou enregistrer des comptines, lui lire une petite histoire...si elle chantait des petites berceuses à son ventre quand elle était enceinte, pourquoi pas lui faire chanter sa petite berceuse tout doucement en respectant les phases d'éveil et la stimulation pour l'enfant »¹¹⁷.

Je constate de façon assez flagrante que l'accompagnement proposé au moment de la première rencontre par les puéricultrices travaillant auprès d'une même population, les nouveau-nés grands prématurés et leurs parents, diffère d'un service à l'autre, mais aussi que l'approche choisie reste semblable entre les puéricultrices d'un même service.

D'un côté les puéricultrices travaillant dans le service A, sensibilisées aux programmes IHAB/NIDCAP, favorisent la rencontre et l'établissement du lien d'attachement par l'installation précoce de l'enfant en peau à peau, supprimant ainsi la barrière formée par l'incubateur et exploitant les sens les plus développés chez le grand prématuré.

De l'autre côté, les puéricultrices travaillant dans le service B, sensibilisées à la méthode « Bullinger », proposent des approches diverses. Le bébé n'est pas sorti de son incubateur et ce sont le regard et la voix de la maman qui sont sollicités, tandis que le toucher s'apprivoise lentement et avec beaucoup de prudence.

¹¹⁵ PDE 5

¹¹⁶ PDE 5

¹¹⁷ PDE 4

Dans ces deux propositions d'accompagnement, il me semble que la place du bébé dans cette première rencontre est perçue différemment d'un service à l'autre.

En effet, la première approche considère le bébé comme un acteur de la rencontre au même titre que la maman, avec une puéricultrice qui va présenter l'enfant et l'amener au contact direct de sa mère. Si l'on faisait une photographie de cette rencontre on aurait la puéricultrice d'un côté et la mère et son enfant de l'autre, formant un duo.

Alors que dans la seconde approche le bébé semble davantage considéré comme l'objet de la rencontre, avec une puéricultrice qui va amener progressivement la maman vers son bébé et au travers d'un incubateur. Notre photographie de cette première rencontre montrerait la puéricultrice et la maman d'un côté (de l'incubateur) et le bébé de l'autre côté.

Bien qu'elles soient toutes d'accord pour dire qu'il ne faut pas « forcer » le contact, le positionnement de la puéricultrice devant un refus de la maman diffère également d'un service à l'autre : Dans le service B les puéricultrices n'insistent pas, elles renoncent au toucher et font d'autres propositions : amener un doudou, une écharpe ou un objet auquel la maman est attachée, inciter à parler à son enfant en lui disant ce qu'elle ressent, lui proposer de chanter une berceuse ou lire des comptines.

Dans le service A les puéricultrices ne font pas non plus de forcer mais optent pour des stratégies visant à amener la mère à accepter ce contact :

- Elles expliquent les bénéfices du peau à peau pour son bébé, pour un choix éclairé
- Elles expliquent son besoin de contact, son besoin d'être rassuré par sa présence physique
- Elles sécurisent la maman par leur présence et celle de l'équipe (elles restent avec elle ou l'invitent à utiliser la sonnette à la moindre inquiétude).
- Elles sollicitent le papa pour prendre le bébé en peau à peau en premier pour rassurer la maman et la mettre en confiance pour la prochaine séance.
- Elles sollicitent leur collègue qui trouvera peut-être plus les mots pour mettre la mère en confiance.

Toutes les actions qui vont être mises en place devant un potentiel refus auront pour but de rassurer la maman et de lui expliquer l'intérêt du peau à peau pour son bébé.

Au regard de ce constat, on peut penser que l'implantation du NIDCAP et la sensibilisation au programme IHAB dans lesquels le peau à peau est valorisé et favorisé de manière très précoce influencent les pratiques professionnelles et l'accompagnement de la première rencontre et du processus d'attachement.

Je m'interroge également sur l'impact du niveau de soin sur la prise en charge des grands prématurés (28-32 SA). Le service A, de niveau 2b accueille des nouveau-nés à partir de 28 SA. Le service B est de niveau 3, ce qui signifie que les puéricultrices s'occupent aussi de bébés nés avant 28 SA, c'est à dire une prématurité dite « extrême », avec peut-être un recours au peau à peau plus « frileux ».

Leur pratique est peut-être influencée par l'expérience auprès de ces bébés moins stables, très souvent intubés (bien que ce ne soit pas une contre-indication)¹¹⁸ et dont le pronostic vital est moins bon ? Ou peut-être ont-elles eu des difficultés à cibler leur pratique auprès des grands prématurés uniquement dans les réponses apportées à mes questions ?

5.3 Conclusion de l'enquête

Je constate que je retrouve dans cette enquête beaucoup d'éléments de mon cadre conceptuel notamment en ce qui concerne l'impact de la grande prématurité sur la maman. Le choc lié à la naissance précoce et l'état psychologique de la mère au moment de cette première rencontre sont largement considérés par l'ensemble des professionnelles des deux services.

Bien que ce constat soit fait, des difficultés semblent exister dans la compréhension et dans la manière d'appréhender les différentes réactions de la maman, et des questions demeurent sur la gestion idéale de ce moment de la rencontre, la demande de formation à ce sujet est d'ailleurs présente.

Ce qui est positif dans cette enquête c'est de voir que les puéricultrices de terrain considèrent toutes ce moment de la première rencontre entre la mère et son enfant comme un moment essentiel auquel il faut donner toute sa place dans l'organisation des soins.

Ce qui est intéressant de constater c'est que les puéricultrices œuvrent toutes autour d'un objectif commun à ce moment de la rencontre, favoriser l'attachement et la création du lien entre la mère et son bébé, mais avec des méthodes très différentes d'un service à l'autre. La compréhension des processus psychiques et physiologiques à l'œuvre dans la relation d'attachement ne semblent pas évident.

¹¹⁸ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p.269

Les programmes ou les politiques de soins adoptées par les services de néonatalogie comme le NIDCAP ou l'IHAB semblent avoir une influence sur les pratiques et le positionnement des puéricultrices dans cet accompagnement de la première rencontre, notamment sur la pratique du peau à peau. Ce paramètre entre dans la liste des nombreuses variables impactant la gestion de cet accompagnement :

Du côté de la maman, le contexte de la grossesse, le contexte de la naissance, le vécu et l'expérience de la maman, sa personnalité, auront un impact sur ses réactions et sur sa capacité à rencontrer son bébé et à s'y attacher et donc sur l'accompagnement qui sera proposé.

Du côté de l'enfant, sa capacité à vivre la rencontre sera la principale variable, le niveau de technicité de sa prise en charge médicale peut être un frein pour l'équipe soignante, un enfant peu stable sera moins mobilisable, et peut-être aussi plus impressionnant pour la maman.

Du côté de la puéricultrice, de nombreuses variables vont aussi venir modifier l'accompagnement qu'elle va proposer au moment de la première rencontre. Tout d'abord la représentation qu'elle a de ce moment particulier et l'importance qu'elle lui accorde joue sur son implication et le temps qu'elle va lui consacrer. Ensuite sa personnalité, sa sensibilité, son expérience, vont également influencer sa posture d'accompagnement. Ses propositions vont aussi dépendre de la façon dont est compris le mécanisme de l'attachement entre une mère et son bébé. Enfin, ses représentations vis-à-vis des parents : comment elle envisage leur rôle auprès de leur enfant et leur place dans cette rencontre. Comment elle perçoit leurs réactions, leurs difficultés, et comment elles s'y adaptent selon ses connaissances mais aussi son niveau d'expérience.

6. RETOUR SUR HYPOTHESES ET PROJECTION PROFESSIONNELLE

Ma première hypothèse est validée, l'accueil est considéré comme un moment clef de la prise en charge, et les spécificités liées à la grande prématurité nécessitent un accompagnement individualisé de la maman et de l'enfant au moment de cette première rencontre.

Quant à ma seconde hypothèse, je constate que la pratique du portage en peau à peau est très hétérogène d'un service à l'autre. Les approches et les sensibilités divergent quant à la manière de favoriser le processus d'attachement au moment de cette première rencontre. Comment expliquer une telle différence ? La formation du personnel au NIDCAP et l'influence de la politique IHAB peuvent à mon sens être une explication. D'autres éléments peuvent également

être considérés : niveau de technicité des soins, offre de formation du personnel, moyens matériels et configuration architecturale (chambres mère-enfant) ...

A la lumière de mes lectures, j'ai tendance à penser qu'à cet instant de la rencontre, il est important de considérer l'enfant comme un acteur au même titre que sa mère, et de prendre conscience de ses besoins et de son rôle dans la mise en place des liens d'attachement, avec des interactions envisagées de manière circulaires entre les deux partenaires.

Le nouveau-né grand prématuré est un acteur singulier doté de compétences sensorielles dont les plus matures sont le toucher et l'odorat, et il paraît intéressant de les exploiter à ce moment de la rencontre. L'observation comportementale permet en outre d'ajuster les gestes qu'il sera en mesure de tolérer à ce moment, et de proposer un accompagnement individualisé en respectant son calendrier de développement.

La pratique du peau à peau est recommandée en dehors de rares contre-indications¹¹⁹, avec des bénéfices reconnus scientifiquement chez la mère et chez le nouveau-né grand prématuré, elle contribue à l'attachement parent-enfant, elle doit donc à mon sens être favorisée de manière précoce dans l'intérêt des deux partenaires.

L'enquête m'a permis de comprendre à quel point la communication autour de la pratique du peau à peau était déterminante dans l'acceptation de celle-ci. Les parents souhaitent naturellement ce qu'il y a de mieux pour leur enfant, le rôle de la puéricultrice est de les informer et de les guider dans ce sens et leur permettre de faire un choix éclairé.

L'état psychologique de la mère à ce moment de la rencontre mérite d'être pris en compte afin de comprendre ses réactions et d'ajuster notre accompagnement. L'accueil est une étape importante de cet accompagnement, et nous devrions toujours être attentif au bien-être de la maman qui vit un moment physiquement et psychologiquement éprouvant. La première phase de l'accueil consiste donc à la rassurer et à la mettre en confiance en lui apportant la sécurité et le soutien dont elle a besoin pour pouvoir interagir avec son bébé.

L'environnement très médicalisé des services de soins intensifs est un facteur de stress bien connu chez les parents. Il est possible de réfléchir à les rendre moins hostiles et plus accueillants car la mère a besoin de sécurité et d'intimité pour entrer en relation et créer des liens avec son

¹¹⁹ SIZUN, J., GUILLOIS, B., CASPER, C. et al. *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. 330 p. p.269

bébé. La progression des politiques de soins tournées vers l'enfant et sa famille amènent en ce sens des changements intéressants dans la configuration architecturale des nouveaux services : apparition de salles dédiées aux familles équipées de frigo, micro-ondes, machine à café, apportant un confort et un espace de communication supplémentaire pour les parents. Le développement des chambres mère-enfant plus intimes dans laquelle les parents peuvent rester dormir, viennent se substituer aux grandes salles impersonnelles, aux « box » vitrés et aux espaces improvisés à l'aide de paravents qui ne favorisent pas la présence des parents H24. Mais ces changements sont coûteux apparaissent malheureusement de façon sporadique, et les parents ne sont pas égaux devant l'offre de soins qui leur est proposée.

D'autres moyens simples et moins onéreux peuvent en revanche permettent d'adoucir l'environnement de l'enfant comme l'utilisation de cache couveuse, cocons et petits draps en tissus colorés, des caches perfusions...etc. La possibilité de personnaliser l'espace avec des photos, des dessins de la fratrie, des doudous, pour le rendre ainsi plus coloré et plus joyeux. Les efforts réalisés pour humaniser ces services contribuent à un mieux-être des parents indispensable à leur présence et à leur implication dans les soins auprès de leur bébé¹²⁰, avec des répercussions bénéfiques sur le bien-être du nouveau-né grand prématuré et sur son développement.

J'ai volontairement, et peut-être injustement, exclu le père de mon sujet d'étude dès le départ en choisissant de me centrer sur la mère et son bébé, je pensais séparer deux sujets distincts qui ne le sont peut-être pas tout à fait finalement. Les professionnelles interviewées ont pour la plupart mentionné le père au moment de cette rencontre, certaines lui attribuant un rôle de soutien émotionnel de la mère et de logistique dans le fait d'apporter des photos et des nouvelles à la maman, jouant plus le rôle de lien entre la mère et son enfant. D'autres le considérant comme un acteur à part entière au même titre que la mère dans la rencontre avec son bébé, cherchant à développer les interactions et le contact avec son enfant.

Il me semblerait donc intéressant de mener un travail de recherche sur la première rencontre entre le papa et son bébé, d'autant plus que cette rencontre diffère de celle de la maman dans le fait qu'il n'y a pas de séparation et que l'accueil du papa se fait en même temps que celui du bébé dans le service de soin. Il serait donc intéressant de voir comment les professionnels considèrent le père à ce moment-là et quelle place ils lui attribuent.

¹²⁰ DURAND, A., TESSIER, A., FORT, M., et al. Influence des pratiques de soins sur le temps de présence des parents en néonatalogie. *Cahiers de la puéricultrice*. Novembre 2017, Vol. 54, N° 311, p. 31-36

CONCLUSION

L'accompagnement d'un nouveau-né prématuré et de sa famille nécessite de prendre en considération deux processus fondamentaux dans le développement de celui-ci, la synaptogénèse et l'attachement, clés de voute des programmes de soins individualisés qui ont prouvés leur efficacité dans le domaine de la néonatalogie et dont il n'est plus question aujourd'hui de faire fi dans notre prise en charge. La rencontre mère-enfant dans le contexte de la grande prématurité met en présence deux partenaires immatures et entravés dans leurs interactions. Le soutien de la puéricultrice à ce moment de découverte mutuelle va être déterminant dans la mise en route du processus d'attachement.

Alors qu'au début de mon travail je cherchais davantage un « guide de l'accompagnement de la première rencontre » entre la mère et son nouveau-né grand prématuré, avec des repères et des outils auxquels me référer, j'ai compris au fur et à mesure de ma recherche qu'il n'était pas possible d'établir « un protocole de la première rencontre » tant il existe de variables à chaque situation et donc à chaque accompagnement.

L'accompagnement de cette première rencontre a toujours un goût d'inattendu. La puéricultrice même la plus expérimentée n'aura pas de plan tout tracé, elle devra s'ajuster à l'instant T, à chaque rencontre, à chaque maman et à chaque bébé.

Elle devra mobiliser tout son savoir, son savoir-être, et son savoir-faire pour faire de ce moment privilégié et gravé à jamais dans la mémoire des parents, un moment où les corps se retrouvent et où les liens d'attachement renaissent. La première rencontre entre une mère et son enfant est unique, celle entre une mère et son enfant grand prématuré est extraordinaire et l'enjeu de cet instant réclame toute notre attention.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BINEL, Geneviève. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant: la naissance inachevée*. Levallois-Perret, France : Gaëtan Morin éditeur, 2000. 227p. ISBN 978-2-910749-38-5

BLANCHET, Alain et GOTMAN, Anne. *L'entretien*. Armand Colin. Malakoff : [s. n.], 2017. ISBN 978-2-200-60191-1

BOWLBY, John et KALMANOVITCH, Jeannine. *L'attachement*. [S. l.] : [s. n.], 2015. ISBN 978-2-13-052922-4

COLSON, Sébastien, GASSIER, Jacqueline, SAINT-SAUVEUR, Colette de, ASSOCIATION NATIONALE DES PUÉRICULTRICES(TEURS) DIPLÔMÉ(E)S ET DES ÉTUDIANTS et COMITÉ D'ENTENTE DES ÉCOLES PRÉPARANT AUX MÉTIERS DE L'ENFANCE. *Le guide de la puéricultrice: prendre soin de l'enfant, de la naissance à l'adolescence*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : Elsevier Masson, 2016. ISBN 978-2-294-74773-1

CYRULNIK, Boris. *Sous le signe du lien: une histoire naturelle de l'attachement*. Paris : Hachette Littératures, 2000. 319p. ISBN 978-2-01-278871-8

EMERY, Jacinthe. *L'attachement parent-enfant: De la théorie à la pratique*. Éditions du CHU Sainte-Justine. [S. l.] : [s. n.], 2016. ISBN 978-2-89619-740-8

FORMARIER, Monique. *Accueil*. [S. l.] : Association de recherche en soins infirmiers, 2012. [Consulté le 15 janvier 2020]. ISBN 978-2-9533311-3-4.

FORMARIER, Monique et JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Arsi : Mallet Conseil, 2009. ISBN 978-2-9533311-0-3

GOLSE, Bernard, GOSME-SEGURET, Sylvie et MOKHTARI, Mostafa. *Bébés en réanimation: naître et renaître*. Paris : Odile Jacob, 2001. ISBN 978-2-7381-0928-6.

KAHN, Axel. *Être humain, pleinement*. Paris : le Livre de poche, 2017. ISBN 978-2-253-18649-6

LANGENFELD SERRANELLI, Solange, COUTURAT HURABIELLE, Florence et IBRAHIM, Florence. *Soins relationnels, soins palliatifs: UE 4.2 4.7*. Elsevier Masson. [S. l.] : [s. n.], 2011. Les essentiels en IFSI. ISBN 978-2-294-71396-5

LEJEUNE, Fleur et GENTAZ, Édouard. *L'enfant prématuré: développement neurocognitif et affectif*. Paris : Odile Jacob, 2015. ISBN 978-2-7381-3287-1

MARTEL, Marie Josée et MILETTE, Isabelle. *Les soins du développement ; des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Montreal (Quebec) : éditions du C.H.U. Sainte-Justine, 2006. (coll. « intervenir »), 2006. 194p. ISBN 978-2-89619-039-3

MONIQUE FORMARIER, Ljiljana Jovic. *Les concepts en sciences infirmières*. Association de recherche en soins infirmiers. [S. l.] : [s. n.], 2012. [Consulté le 15 janvier 2020]. hors collection. ISBN 978-2-9533311-3-4.

MOTTAZ, Anne-Marie et JOVIC. *L'accompagnement*. Lyon : Mallet conseil, 2012. ISBN 978-2-9533311-3-4

SELLENET, Catherine. *Parentalité. Dans les concepts en sciences infirmières*. [S. l.] : Association de recherche en soins infirmiers, 2012. [Consulté le 9 février 2020]. ISBN 978-2-9533311-3-4.

SIZUN, Jacques, GUILLOIS, Bernard, CASPER, Charlotte, THIRIEZ, Gérard et KUHN, PIERRE. *Soins de développement en période néonatale : de la recherche à la pratique*. Paris : Springer, 2014. ISBN 978-2-8178-0528-3

SIZUN, Jacques et RATYNSKI, Nathalie. *L'enfant né prématurément : mieux le comprendre pour mieux le soutenir*. Paris : L'Harmattan, 2013. ISBN 978-2-343-01995-6

WANQUET THIBAUT, Pascale. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008. ISBN 978-2-294-70221-1

ARTICLES et REVUES

APTER, G., LE NESTOUR, A. Repérages et risques de maltraitance en période périnatale. *Mt pédiatrie*. 2011, 14, p. 47-52.

DAGEVILLE, C., CASAGRANDE, F., DE SMET, S. et BOUTTÉ, P. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Août 2011, p. S0929693X11002685. DOI 10.1016/j.arcped.2011.06.007

DEVOUCHE, Emmanuel, BUIL, Aude, GENET, Marie-Camille, BOBIN-BÈGUE, Anne et APTER, Gisèle. Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. *Soins Pédiatrie/Puériculture* [en ligne]. Novembre 2017, Vol. 38, n° 299, p. 15-19. DOI 10.1016/j.spp.2017.09.003

DURAND, A., TESSIER, A., FORT, M., et al. Influence des pratiques de soins sur le temps de présence des parents en néonatalogie. *Cahiers de la puéricultrice*. Novembre 2017, Vol. 54, N° 311, p. 31-36

GAREL, Micheline. Conséquences pour la famille de la naissance d'un bébé grand prématuré. *Soins Pédiatrie/Puériculture* [en ligne]. Mars 2014, Vol. 35, n° 277, p. 43-47. DOI 10.1016/j.spp.2014.01.012

GUEROULT, P. Pratique du peau à peau et attachement en réanimation néonatale. *Soins pédiatrie/puériculture*, mai-juin 2019. N° 308. P.44-46

GUILLOIS, B., Évolution des pratiques en néonatalogie, *Soins pédiatrie/puériculture*, juillet/aout 2019, n°309, , p.16-21

GUILLOIS, B., CASTEL, S., BEUNARD, A., BLAIZOT, X., CREVEUIL, C. et PROIA-LELOUEY, N. Efficacité des programmes d'intervention précoce après l'hospitalisation sur le développement neurocomportemental des enfants prématurés. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Septembre 2012, Vol. 19, n° 9, p. 990-997. DOI 10.1016/j.arcped.2012.06.004

KLOECKNER, Anja. Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. *Contraste*. 2008, Vol. N° 28-29, n° 1, p. 157-178

LAGARDE-PIRON, Laurence. Respecter le monde sensoriel du nouveau-né prématuré en réanimation. *Oxymag*. Janvier- février 2019, Vol. 32, N° 164, p. 25-28

NOVAIS, Aline Rideau Batista, HÉNEAU, Alice, KHATTAT, Nizar, VIRLOUVET, Anne Laure et FRÉROT, Alice. La mise en place du lien mère-enfant, du support neurobiologique à la pratique. *Cahiers de la puéricultrice*. Juillet 2018, Vol. 55 - N° 318 - p. 12-15

PAUL, Maela. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*. 2012, Vol. N° 110, n° 3, p. 13-20

PROIA-LELOUEY. Efficacité des programmes d'intervention précoce après l'hospitalisation sur le développement neurocomportemental des enfants prématurés. *Archives de pédiatrie*, septembre 2012, vol.19, p.990-997.

RAVIER, Anaïs et PEDINIELLI, Jean-Louis. Prématurité et parentalité. *Enfances Psy*. Mars 2015, Vol. N° 65, n° 1, p. 145-157

SCHAAL, B., GOUBET, N. Le fœtus perçoit les odeurs et s'en souvient : la formation d'attentes sensorielles et ses implications. *Médecine et enfance*. 2010

SIZUN, Jacques, OLIVARD, Isabelle et RATYNSKI, Nathalie. Une intervention précoce, individualisée et centrée sur la famille : le programme NIDCAP. *Devenir* [en ligne]. 2017, Vol. 29, n° 1, p. 5. DOI 10.3917/dev.171.0005

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

Du NIDCAP au programme IBAIP dans l'accompagnement des nouveau-nés vulnérables. : impact sur les apprentissages ? [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 28 décembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.colloque-tv.com/colloques/journees-nationales-anecamp-en-amont-des-troubles-des-apprentissages-quelle-place-pour-l-action-precoce/du-nidcap-au-programme-ibaip-dans-l-accompagnement-des-nouveau-nes-vulnerables-impact-sur-les-apprentissages>

EnqueteEnfantsHospitalisesNaissance.pdf [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 27 décembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/EnqueteEnfantsHospitalisesNaissance.pdf>

Etat des connaissances [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 29 décembre 2019]. Disponible à l'adresse : <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etat-des-connaissances>

La survie des enfants grands prématurés en France s'améliore : premiers résultats de l'étude EPIPAGE 2. Dans : *Salle de presse | Inserm* [en ligne]. 28 janvier 2015. [Consulté le 29 décembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://presse.inserm.fr/la-survie->

des-enfants-grands-prematures-en-france-sameliore-premiers-resultats-de-letude-epipage-2/17643/

Naître et ensuite – ensemble du livre.pdf [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 28 janvier 2020].

Disponible à l'adresse :

https://les-cahiers-du-nn.weebly.com/uploads/3/5/3/5/3535814/na%C3%A9tre_et_ensuite_-_ensemble_du_livre.pdf

Prématurité. Dans : *Inserm - La science pour la santé* [en ligne]. [s. d.].

[Consulté le 28 décembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

COURS UNIVERSITAIRES

SERGENT, B., psychologue. *La prématurité : retentissements et accompagnement des parents, de la fratrie*. Université catholique de Lille, 2019-2020

ANNEXE A

Grille d'observation NIDCAP

OBSERVATION

Nom: _____ Date: _____

Feuille n°: _____

		Temps					Temps						
		0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10		
Respiration	Régulière						Etats de Veille / Sommeil	1A					
	Irrégulière							1B					
	Lente (< 40/ min)							2A					
	Rapide (> 60/min)							2B					
	Pause (> 2s)							3A					
Couleur	Ictère							3B					
	Rose							4A					
	Pâle							4B					
	Marbré							5A					
	Rouge							5B					
	Sombre							6A					
	Bleu						6B						
	Trémulation						AA						
	Sursaut (avec Moro)						Face (suite)	Mvt de bouche					
	Secousse de la face							Cherche à téter					
	Secousse du corps							Tête					
	Secousse extrémités						Extrémités	Doigts écartés					
Viscéral et Respi.	Rejet							Avion					
	Haut-le-cœur							Salut					
	Rot							Assis dans l'air					
	Hoquet							Serre les mains					
	Mvts intestinaux							Serre les pieds					
	Gémissement							Main à la bouche					
	Soupir							Essai d'agrippement					
Inspiration bloquée						S'accroche							
Moteur	Bras mous							Serre le poing					
	Jambes molles						Attention	Râles					
FLEXION	Msup fléchis (action)							Bâillement					
	Msup fléchis (Posture)							Eternuement					
	Minf fléchis (act)							Face ouverte					
EXTENSION	Minf fléchis (post)							Yeux flottants					
	Msup Extension (act)							Evitement du regard					
	Msup ext (Post)							Sourcils foncés					
	Minf Ext (act)							Face en « ooh »					
MVT Doux	Minf Ext (post)							Regard fixe					
	Mvt doux Msup							Roucoule					
	Mvt Doux Minf							Mvt de « discours »					
	Mvt doux Tronc							Posture	(ventral, dors , lat)				
	Extension/noyade								Tête	(drte, axe, gauche)			
	Tortillement diffus						Situation		(berceau, couveuse)				
	Dos arqué						Manipulation						
	Tronc replié												
	Cherche appui Minf												
Face	Protrusion langue												
	Main sur la face						Rythme cardiaque						
	Face tombante						Rythme respiratoire						
	Grimace						Saturation en O2						
	Sourire												

Commentaires :

© H. Als ; Boston 1981

Translated into French with Permission from the NIDCAP Federation International (NFI), by N.Ratynski

© traduction française : CHU Brest- NIDCAP FRANCE 1998revue 2005

ANNEXE 1

Guide d'entretien

Bonjour, je suis étudiante puéricultrice, et je réalise un travail de recherche sur un moment spécifique qui est celui de la première rencontre entre une maman et son enfant grand prématuré dans un service de réanimation ou de soins intensifs néonataux.

Dans le cadre de ce travail, je suis amenée à effectuer des entretiens qui seront enregistrés avec votre accord, et retranscrits de façon anonyme.

Le but de cet entretien est d'explorer les différentes postures et représentations des infirmières puéricultrices autour de l'accompagnement de la maman au moment de la rencontre avec son nouveau-né grand prématuré dans le service de soins.

1) Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'infirmière ?

- ⇒ Relances : connaissance et pratique des soins du développement (NIDCAP) ?
- ⇒ Formation spécifique sur l'accueil/accompagnement des parents d'enfants prématurés ?

2) La rencontre entre une maman et son bébé grand prématuré, qu'est-ce que cela représente pour vous ?

- ⇒ Relances : Est-ce un moment important ?
- ⇒ État psychologique de la maman, possibilités d'interactions maman/bébé ?
- ⇒ Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer ?

3) Comment pensez-vous l'accompagnement au moment de cette première rencontre ?

- ⇒ Proposez-vous de rester ou au contraire préférez-vous laisser la mère seule faire connaissance avec son bébé ?
- ⇒ Que mettez-vous en place ? Que dites-vous, que faites-vous ?
- ⇒ Quel objectif avez-vous à l'esprit à cet instant de la rencontre ?
- ⇒ Comment ce moment est-il réfléchi en équipe ?
- ⇒ Pensez-vous que cet accompagnement puisse être amélioré ?

4) Avez-vous des choses à ajouter que je n'aurais pas abordé dans cet entretien ?

- ⇒ Relance : par rapport à la situation actuelle (Covid-19) ?

ANNEXE 2 :

Entretien test, PDE 1, service A

Pourriez- vous me parlez de votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme infirmier ?

J'ai été diplômée infirmière en juillet 2016, j'ai travaillé 6 mois dans un service de pôle médecine, j'ai tourné sur les différents services, et je suis rentrée en école de puéricultrice en janvier 2017 et j'ai été diplômé en décembre 2017 et je suis arrivé dans le service de néonatalogie en janvier 2018.(2 ans et demi)

Fréquence de PEC des grands prématurés et leurs parents ?

Ici on les accueille à partir de 29 semaines et un kilo, donc est amené à en prendre en charge régulièrement.

Est-ce que vous connaissez et pratiquez les soins de développement ?

Oui on est orienté dans une démarche NIDCAP, on a 3 personnes au sein du service qui sont certifiées NIDCAP, qui ont eu leur formation.

On est toutes sensibilisées à notre arrivée au niveau des soins de développement et on est labellisé IHAB depuis 8 ans maintenant. Et on a une conseillère en lactation puéricultrice qui tourne au sein du service et on a quatre pédiatres qui ont leur DU lactation également.

Est-ce que vous avez bénéficié d'une formation continue sur l'accueil sur l'accompagnement des parents d'enfants prématurés ?

On est juste amené à avoir des formations d'une journée sur le NIDCAP. On a eu une journée à Valenciennes avec une pédiatre de Brest où elle nous a parlé justement de l'accueil du préma et des premiers soins qu'on pouvait faire chez un grand prématuré, notamment avec les chambres mère-enfant aussi, et après on a eu une journée de formation à Bruxelles aussi sur les soins NIDCAP mais bon c'était plutôt sur comment pratiquer les soins, par forcément sur l'accueil.

Après, on est toute aussi formées IHAB quand on arrive, donc on voit un peu la tétée de bienvenue chez les prémas...

La tétée de bienvenue ? C'est au bloc ou dans le service ?

C'est au bloc. En fait même si après, chez les grands-prémas ça arrive de temps en temps comme elles font le clampage tardif, tu sais au niveau cordon, des fois elles installent un petit peu le bébé en peau à peau sur la maman, si son état le permet, un grand préma, 28-29 SA c'est rare mais un 31-32 SA, qui ne montre pas forcément de détresse respi tout de suite, on peut leur laisser le temps du clampage du cordon sur la maman, sous scope. Ça ne dure pas non plus 10 minutes, ça dure 4, 5 minutes, mais au moins il y a un premier contact tout de suite.

On ne les prend pas tout de suite forcément sauf si ils montrent des grands signes de détresse respi mais un 30 SA ça arrive régulièrement qui reste un petit peu sur sa maman avant qu'on l'emmène dans le service de néonatalogie.

Du coup si je vous dis « Rencontre » entre une maman et son bébé grand prématuré à quoi pensez-vous, qu'est-ce que cela vous évoque ?

(Silence) La rencontre à la naissance ou après ? **A la naissance ou après s'il y a eu séparation...**

Ben en fait nous ici, dès que la situation le permet, on essaie tout de suite un premier contact avec la maman, après des fois quand c'est des césariennes, c'est plus compliqué aussi.

Euh... alors tu parles que de la maman hein ? Le papa pour l'instant tu n'en parle pas ?

Pour moi le papa c'est un autre sujet. Je l'ai expliqué dès le début de mon mémoire, sa place peut faire à elle seule l'objet d'un mémoire je pense et je ne pouvais pas tout traiter.

Ok, ça marche, euh...

Du coup, quand je parle de la rencontre entre la maman et son bébé grand prématuré, qu'est-ce que ça vous évoque ? Au niveau de l'état psychologique de la maman, de l'aspect du bébé...

Ah oui tu ne veux pas savoir ce qu'on fait, c'est plus...

oui ça va venir après (rires)

La rencontre entre cette maman et ce bébé...c'est..., ben souvent c'est inattendu parce que les bébés qui naissent à 29 SA... alors soit il y a des parcours MAP avant et du coup elles ont été rencontrées en anténatal par un pédiatre. Ici en fait toutes les mamans qui sont hospitalisées en grossesse patho, la pédiatre de néonatalogie passe les voir et leur explique déjà un petit peu les risques où elles en sont, par rapport à la prématurité, un peu ce qui va se passer, le parcours un peu « type » du préma, avec le risque d'oxygénothérapie de voie d'abord centrale...

On leur explique aussi l'importance de mettre au sein, de tirer leur lait, de donner le lait maternel jusqu'à 34 semaines.

Toutes ces infos c'est le premier jour ?

Euh... C'est en tout cas dans les deux premiers jours où elle arrive en grossesse patho, dès qu'elles sont hospitalisées en grossesse patho et qu'il y a une menace d'accouchement prématuré les pédiatres de néonatalogie vont renseigner les parents en fait.

Donc quand c'est dans ce contexte-là, il y a déjà un petit peu une sorte de préparation, ça reste évidemment un choc, c'est toujours inattendu, mais elles savent un peu déjà ce qui les attend derrière en fait.

Après quand c'est vraiment des accouchements imminents là...en cas d'hémorragie, pré éclampsie, tout ça, là oui c'est vraiment inattendu, donc là c'est un peu plus compliqué.

Du coup est-ce que vous rencontrez des difficultés au moment de cette rencontre ?

Ben là en fait le rôle ça va être vraiment de rassurer la maman, et puis...

En fait, je suis quand même un peu obligée de parler du papa parce qu'on s'en sert quand même, enfin « on s'en sert »...c'est quand même un bon tremplin pour nous, parce que généralement quand on monte le bébé dans le service et que la maman est obligée de rester au bloc les deux premières heures, on monte avec le papa, on installe le bébé avec le papa.

Généralement, on fait une première photo avant vraiment de l'installer pour mettre la voie d'abord etc.. Et pendant qu'on installe en stérile le bébé, on propose au papa tu vois de redescendre voir la maman au bloc avec la photo et de lui expliquer vraiment ce qui se passe et

tout ça. Donc ça reste quand même un outil de liaison pour que la maman elle ait toujours des nouvelles au bloc.

Oui... et ensuite quand maman va venir voir son enfant alors ?

Ben déjà il y a eu une séparation de 2 h parce qu'elle est obligée de rester au bloc 2h en bas. En fait déjà elle ne vient pas le revoir, elle vient s'installer à côté, parce qu'on a des chambres mère- enfant donc dès que la situation permet elle vient, elle est hospitalisée dans le service de néonatalogie

Du coup bah elle est amenée avec par les sages-femmes. Donc on l'invite à s'installer autour de l'incubateur, on lui montre son bébé, on lui explique aussi ce qu'on lui a fait. Et une fois qu'elle est bien installée, qu'elle a récupéré aussi un petit peu, on ne lui saute pas complètement dessus, et si le bébé le permet, on lui propose du peau à peau quasi immédiatement.

Est-ce que vous êtes confrontée à certaines difficultés ? (...) je pense à une maman qui ne serait pas bien, qui pleure... qui refuserait de prendre son enfant en peau à peau...

Oui, c'est déjà arrivé. Des mamans qui sont stressées, et qui n'osent pas au début prendre leur bébé sur eux, qui trouve qu'il est trop petit, trop technique, qui ont peur à cause des fils, ça ça arrive de temps en temps...

Après, on fait, on essaie de commencer par un toucher, on essaie d'approcher tu sais l'incubateur, de lui proposer juste au début déjà de le voir. On soulève un petit peu le cache incu, qu'elle l'ai vraiment à côté, après on essaie d'expliquer aussi les machines, le scope, et euh... On explique les bienfaits du peau à peau aussi, que, déjà elle ça peut la détendre, au niveau des endorphines tout ça, que lui ça va l'aider aussi au niveau respi au niveau stabilisation. Après lui laisse le temps de récupérer et puis on peut proposer d'abord un passage dans les bras si ça la rassure plutôt que de la voir en peau à peau directement.

Et puis on reste disponible pour répondre à ses questions.

Après ça dépend tellement aussi du caractère de la maman, il y a la théorie et après il y a la pratique... je pense à des mamans qui sont très fermées et où ça met la puéricultrice en difficulté quand même. Après on propose mais on ne peut pas non plus obliger de mettre le bébé non plus sur la maman, tu vois ? Donc on fait au mieux... voilà...

Et les refus, à votre avis sont liés à quoi ?

Moi, je pense que c'est l'image aussi qu'elles ont de la prématurité, du grand-prématuré.

Je trouve que quand même ça a bien évolué. Avec justement la rencontre avec le pédiatre avant la naissance, il y a quand même moins de craintes qu'avant.

Parce que les pédiatres justement, ils disent qu'on va tout de suite proposer le peau à peau, et puis elles en parle tout de suite des bénéfices aux mamans, « ça va vous aider pour ça, ça va aider bébé pour ça »... Du coup je trouve qu'il y a beaucoup moins de refus maintenant.

Après quand tu as des mamans qui sont douloureuses aussi... après des accouchements qui ne se sont pas très bien passé.

Des fois ce qui marche bien aussi pour le peau à peau, c'est qu'on propose d'abord au papa si il est présent, du coup on le met d'abord sur le père, et du coup la maman, elle est à côté, et le fait de voir son bébé en peau à peau sur le papa aussi des fois ça la rassure, et elle rechigne moins derrière à le prendre.

Est-ce vous considérez que cette première rencontre est un moment important ?

Ah ben c'est toujours super important le premier moment de rencontre avec son bébé.

C'est pour ça qu'on essaie de le faire au plus rapide au moment du bloc opératoire pour qu'il y ai justement déjà un premier contact avant qu'il soit techniqué aussi, parce que ça c'est important qu'elles aient vu leur bébé sans masque sur le visage, sans tous les fils, parce que généralement il ne parle énormément des fils qui leur font peur...

Donc quand ils peuvent les avoir sur eux au bloc, oui il est petit, mais ils ont l'impression d'avoir un bébé entre guillemets « normal » tu vois...et du coup ça les rassure plus et dans ces cas-là, je trouve derrière elles sont aussi plus pressées de pouvoir le prendre dans les bras, elles sont moins effrayées que quand elles arrivent après 2h et que le bébé il est dans son incubateur avec tous les fils autour.

Mais c'est toujours super important et c'est à nous d'accompagner aussi...

C'est pour ça que le papa ça nous aide aussi parce que lui comme il a suivi aussi l'évolution au fur et à mesure de l'installation, il arrive aussi à expliquer ce qu'on a fait et comment on l'a fait.

Ma troisième question c'était comment pensez-vous l'accompagnement au moment de cette première rencontre, mais on a un peu parlé... Proposez-vous de rester au contraire, vous préférez laisser la mère seule faire connaissance avec son bébé ?

Bah ça en fait, c'est dépendant de la maman en fait...tu vois en fonction de ce qu'elle préfère elle. T'as des mamans, elles vont préférer qu'on reste à côté tout le long, qu'on les aide même au début les premières minutes de peau à peau, elles vont préférer qu'on reste pour être sûr qu'il est bien installé et tout ça...t'as des mamans, tu le sens elles vont avoir besoin d'être seule avec leur bébé pour faire connaissance.

Comment ça s'organise dans le service ? comment ça se passe concrètement quand vous savez qu'il y a une maman qui va arriver ?

Oui la puéricultrice qui prend en charge l'entrée c'est...déjà quand la sage-femme prévient que la maman va remonter, elle se rend disponible au moment de l'accueil et de la rencontre maman bébé. Elle est dans la chambre quand la maman arrive, elle explique déjà tout l'environnement, comment ça va se passer, ce qu'on a fait à son bébé, et puis euh...un petit peu les heures qui vont suivre aussi. Et puis voilà...

Et l'objectif pour vous à ce moment-là de cette rencontre, ça serait quoi ?

(Silence)

Vous êtes auprès de la maman... Elle vient d'avoir son bébé...(silence)

Vous visez quoi en fait ? votre objectif c'est quoi ? Vous avez en tête quelque chose ?

Euh...ben ça va être hyper important pour l'attachement entre la maman et son bébé.

De voir un peu...enfin, c'est là, les premières, dans les premiers instants ça va être « clef » après... l'attachement et après du coup l'investissement aussi des parents dans les soins.

(Silence)

On propose le peau-à-peau très très rapidement chez un préma déjà pour la stabilité du bébé prématuré et puis pour l'attachement maman bébé. On propose aussi un peu pour la lactation de la maman...Ça va aider aussi à sécréter les hormones pour qu'elle puisse un petit peu...euh... pour qu'elle puisse être aider dans son allaitement.

Pensez-vous que cet accompagnement puisse être amélioré ?

(Silence) Je réfléchis...

Je pense qu'on a déjà beaucoup amélioré la situation avec les chambres mères-enfants.

On a réduit la séparation, on la limite au temps du bloc en bas pour la maman quoi : 2h, donc c'est vrai que, 2h ça passe rapidement, le temps qu'on installe le bébé tout ça, généralement la maman remonte donc...le bébé vient d'être installé, c'est assez rapide.

Et puis le fait que maintenant on hésite moins à laisser un petit peu le bébé sur la maman aussi quand il naît. Tandis qu'avant on avait tendance à le récupérer très rapidement pour l'installer en haut tout de suite, sous oxygène tout ça, là maintenant on le scope et lui laisse un petit peu de temps sur sa maman.

Donc ça ça a favorisé aussi la première rencontre, ça l'a rendu plus simple.

Après si ça peut être amélioré....

Après on peut toujours s'améliorer j'aurais bien voulu te dire un truc... je cherche...(rires)

Avez-vous des choses à ajouter que je n'aurais pas abordé dans cet entretien ?

Ben non.