L'accompagnement à la parentalité des parents en situation d'addiction en néonatalogie

Chloé Pavoz

▶ **To cite this version:**

Chloé Pavoz. L'accompagnement à la parentalité des parents en situation d'addiction en néonatalogie. Pédiatrie. 2020. dumas-03182249

HAL Id: dumas-03182249

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182249

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.

PAVOZ Chloé Promotion 2019/2020.

Projet professionnel

L'accompagnement à la parentalité des parents en situation d'addiction en néonatalogie.

École de puéricultrices.

IFsanté Lomme.

REMERCIEMENTS :

La réalisation de ce projet professionnel est l'aboutissement d'une année de formation intense, il n'aurait pu être réalisé sans la contribution de plusieurs personnes que je désire remercier chaleureusement :

- Les formatrices, Mesdames CATRICE, LAUGEL et VANTOURNHOUDT. Avec une pensée particulière pour Mme LAUGEL qui m'a accompagnée, guidée et s'est rendue disponible tout au long de la réalisation de ce travail.

- Les puéricultrices interrogées lors de mes entretiens qui ont accepté de me consacrer du temps afin de répondre à mes questions et de partager leurs expériences.

- Les puéricultrices rencontrées au cours de mes stages et les différents intervenants pour leurs enseignements.

- Ma famille pour leur soutien, leur écoute et leurs encouragements tout au long de cette année.

- Mes amis et collègues de promotion pour leurs encouragements et leur patience.

SOMMAIRE :

REMERCIEMENTS.

INTRODUCTION.....1

1ère PARTIE : CONSTAT.....2

1. Situation de départ et questionnement.....2

1.1 Ma première situation.....2

1.2 Ma deuxième situation.....4

1.3 Questionnement.....5

2. Choix de la question de départ.....7

2ème PARTIE : CADRE CONTEXTUEL.....8

1. La néonatalogie.....8

1.1 La présentation du service de néonatalogie.....8

1.2 La législation.....9

1.3 L'unité Kangourou.....10

1.4 Le label IHAB.....11

2. La puéricultrice.....12

2.1 La législation.....13

2.2 Le rôle de la puéricultrice en service de néonatalogie.....14

3. La dépendance parentale aux opiacés.....15

4. Le syndrome de sevrage néonatal.....17

4.1 Définition et signes d'un syndrome de sevrage néonatal 17

4.2 Les différentes substances psychoactives et leurs effets sur l'enfant. .19

4.3 Les traitements non-médicamenteux pour soulager le nouveau-né….21

3ème PARTIE : CADRE CONCEPTUEL.....24
1. Le concept d'accompagnement.....24
1.1 Définitions.....24
1.2 Les postures d'accompagnement.....25
1.3 La relation d'aide.....26

2. Le concept de parentalité.....28
2.1 Définitions.....29
2.2 Les approches du soutien à la parentalité.....31
2.3 La parentalité en situation d'addiction.....33

4ème PARTIE : SYNTHESE ET HYPOTHESES.....34
1. Synthèse et analyse de mon cadre contextuel et conceptuel.....34
2. Hypothèses de recherche.....36

5ème PARTIE : ENQUETE ET ANALYSE.....37
1. Méthodologie de l'enquête.....37
1.1 Choix de l'outil de l'enquête.....37
1.2 Choix de la population interrogée et du lieu d'enquête.....37
1.3 Déroulement des entretiens.....38
1.4 Limites des entretiens.....38

2. Analyse des entretiens.....39

3. Synthèse de l'enquête et validation ou non des hypothèses.....47

PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES.....48

CONCLUSION.....50

BIBLIOGRAPHIE.

ANNEXES.

INTRODUCTION :

Ce projet professionnel a été élaboré tout au long de cette année de formation au diplôme d'Etat de puéricultrice. C'est l'aboutissement d'une réflexion personnelle. L'objectif de ce travail est de nous initier au développement de nos capacités d'analyse à travers une méthodologie de recherche, en menant une réflexion sur une problématique professionnelle touchant la profession de puéricultrice. Il contribue à la construction de notre identité professionnelle, dans le but d'améliorer notre pratique et la qualité de nos soins.

J'ai souhaité réaliser ce travail sur l'accompagnement à la parentalité par la puéricultrice des parents en situation d'addiction en néonatalogie.
En effet, de nombreuses femmes toxicomanes mènent des grossesses chaque année. Dans la majorité des cas, les nouveau-nés développent un syndrome de sevrage et sont accueillis en service de néonatalogie.
Le contexte d'hospitalisation, la séparation du bébé de sa mère à la naissance, la culpabilité des parents face au syndrome de sevrage perturbent la création du lien parent-enfant et donc la création du processus de parentalité. Le rôle de la puéricultrice est essentiel. Elle va mettre en place des actions pour soutenir les parents à la parentalité et consolider le lien parents-enfant en prenant en compte l'histoire de vie des parents, leurs besoins et difficultés.

Mon projet professionnel comporte plusieurs parties.
Pour commencer, nous allons parler de mes deux situations de départ qui m'ont permis de me questionner sur ce sujet, d'élaborer ma question de départ et mes motivations. Ensuite, j'aborderai mon cadre contextuel qui concerne la puéricultrice, la néonatalogie, la dépendance parentale aux opiacés et le syndrome de sevrage néonatal, puis mon cadre conceptuel qui reprend les concepts d'accompagnement et de parentalité. Ces recherches me permettront d'émettre des hypothèses de recherche. Puis, j'enquêterai auprès de puéricultrices du terrain en utilisant une méthodologie de recherche. Je mettrais en lien les résultats obtenus lors de mes entretiens avec mon cadre de référence afin de valider ou non mes hypothèses de travail. Pour finir, je présenterai mes perspectives professionnelles.

1ère PARTIE : CONSTAT

1. Situation de départ et questionnement :

1.1 Ma première situation :

Il s'agit d'un article de la revue Cahiers de la puéricultrice, paru en Octobre 2015 et intitulé « Accompagnement à la parentalité en situation d'addiction ». Il a été écrit par Camille Barthélémy, puéricultrice en service de soins intensifs de néonatalogie, Marie Marion, puéricultrice en service de réanimation infantile et Marie-Agnès Dodane, cadre de santé à l'IFPS-unité de formation des infirmières puéricultrices.

Résumé de l'article :

Dans un premier temps, elles abordent le vécu des parents, notamment celui des mères qui consommeraient pour pallier une fragilité psychologique liée à des séparations, des carences affectives datant de l'enfance. Ces mères cherchent à combler un mal-être profond en consommant des toxiques qui procurent un plaisir. Dans certaines situations, la grossesse et la naissance d'un enfant est perçu comme « réparateur », car elle permet le sevrage des produits consommés. Mais dans d'autres cas, la grossesse engendre des sensations corporelles d'envahissement chez la mère qui fait ressurgir des angoisses et engendre une hostilité à l'égard de l'enfant.

Également, lors de la grossesse il est important de prendre en compte l'aspect psychoaffectif de la femme qui se traduit par « *une crise identitaire et narcissique comparable à celle de l'adolescence par l'ampleur des bouleversements à la fois corporels, hormonaux, psychologiques et sociologiques*», et « *l'identification à sa propre mère*[1] ». Le père dans cette situation a un rôle très important, il va servir de soutien par sa présence et ainsi permettre à la mère d'investir l'enfant à naître.

Les auteurs développent également le sentiment de culpabilité que ressentent les parents face à la consommation de drogues durant la grossesse. Les parents ont le sentiment d'avoir mis le bébé en danger durant la grossesse et se sentent coupables face au syndrome de sevrage que présente leur enfant à la naissance.

1 Ibid. p.33.

Une mère donne son point de vue concernant le sentiment de culpabilité durant la grossesse et la période post-natale. Pour elle, ce sentiment est omniprésent, les mots utilisés par les soignants sont importants, soit ils rassurent « *il y avait des infirmières qui me redonnaient vraiment confiance* » soit ils ajoutent du stress et de la culpabilité « *une me disait que si ça continuait comme ça, il irait en néonatalogie. J'avais très peur d'être jugée*[2]*».*

Les auteurs abordent ensuite le vécu de l'enfant présentant un syndrome de sevrage à la naissance. Elles nous expliquent que la prise en charge médico-psycho-sociale de l'enfant réside dans les soins de maternage, de nursing, de confort et qu'il est essentiel d'inclure la mère et le père dans la prise en charge de l'enfant afin de valoriser leurs compétences parentales. Ensuite, l'article nous indique que « *Le nouveau-né en syndrome de sevrage est difficile à comprendre, et à calmer*[3] », il faut donc apprendre aux parents des soins qui permettent de soulager le bébé et diminuer le syndrome de sevrage. Essentiellement, le peau-à-peau permet par la proximité physique la création d'un lien entre l'enfant et ses parents, mais également, il agit sur les symptômes du syndrome de sevrage en diminuant les tachycardies, les troubles du sommeil, la douleur, le stress ou encore en favorisant la prise de poids. Concernant l'allaitement, il est autorisé uniquement aux mères prenant un traitement aux opiacés. La mise au sein, la succion et le lait maternel permettent dans un premier temps un contact privilégié entre la mère et l'enfant mais également un effet calmant et analgésique chez les bébés hypertoniques présentant un syndrome de sevrage.
L'unité kangourou permet également la diminution du syndrome de sevrage et la création du lien d'attachement entre les parents et leur enfant en favorisant la participation active des parents durant les soins. Elle consiste à prendre en compte l'histoire de la famille, écouter les difficultés parentales afin d'accompagner de manière bénéfique les familles.

Pour finir, les auteurs abordent le point de vue des professionnels concernant les soins de cocooning. Pour eux, le peau-a-peau, le bain enveloppé ou encore les massages sont essentiels pour la prise en charge de l'enfant présentant un syndrome de sevrage. Néanmoins, ces équipes ne possèdent pas de règles ou de protocoles pour ces soins de cocooning. D'après les professionnels, le regard porté sur ces couples en situation d'addiction et leur nouveau-né a changé grâce aux formations qui permettent de comprendre les mécanismes de l'addiction et

2 Ibid. p.35.
3 Ibid. p.34.

éviter les jugements.

1.1.2. Ma deuxième situation :

Afin de poursuivre mon questionnement sur le sujet, j'ai questionné une infirmière puéricultrice travaillant en néonatalogie afin d'avoir un retour d'expérience concernant l'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction. « Pour vous, qu'est-ce que l'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction ? ».
Pour recueillir l'expérience de l'infirmière, je me suis inscrite sur un groupe des réseaux sociaux qui s'intitule « Infirmière puéricultrice ». C'est un groupe d'entraide entre professionnels afin de répondre aux interrogations de chacun et suivre l'actualité de notre profession. J'ai ensuite écrit une publication en expliquant que je recherchais une infirmière puéricultrice intéressée à répondre à mes questions concernant l'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction principalement en néonatalogie. J'ai eu le retour de trois puéricultrices, mais j'ai choisi de correspondre avec seulement une d'entre elles (IPDE A) du fait de son expérience, celle-ci travaillant en néonatalogie depuis 1999 et de son lieu d'exercice, en néonatalogie celle-ci rencontre fréquemment des nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage, ce qui nécessite un accompagnement auprès de l'enfant et de ses parents. Nous avons échangé par e-mail.

Pour l'IPDE A, la puéricultrice joue un rôle important dans l'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction. De part son expérience, elle explique qu'il faut beaucoup de patience, car l'addiction chez une patiente doit être prise en compte comme une histoire de vie antérieure difficile tant au niveau affectif que éducatif. En effet, il faudra créer un lien avec la mère, valoriser les compétences de celle-ci et l'accompagner dans l'apprentissage des soins et des gestes en faisant preuve de bienveillance. Selon l'histoire de la mère, la prise en soin maternelle peut être difficile par moment. Il est donc important que son entourage et son compagnon la soutiennent.
L'IPDE m'explique qu'il est très important de travailler en équipe en faisant le lien avec les IDE référentes en addictologie, les services sociaux et la protection maternelle et infantile pour le suivi au long cours, car l'accompagnement de ce couple mère-enfant sera de longue durée.

Pour elle, la puéricultrice doit avoir des connaissances dans ce domaine pour comprendre le cheminement par lequel elle doit passer pour accepter que la mère en situation d'addiction puisse décrocher à certains moments et/ou accepter qu'elle ne soit pas dans l'écoute et l'acceptation des conseils éducatifs que la professionnelle essayera de lui enseigner. Elle doit s'armer de patience, d'écoute et d'empathie. Son rôle essentiel sera de créer un lien le plus solide possible entre la mère et son enfant.

1.1.3 Questionnement :

Concernant le vécu des parents :

Par cet article, je constate que la grossesse est une étape psychologique importante. En effet, la grossesse peut être soit, porteuse d'espoir pour la mère toxicomane en comblant des fragilités datant de l'enfance. Soit, les mères peuvent ressentir une sensation corporelle d'envahissement pendant la grossesse, ce qui peut engendrer des angoisses et une hostilité à l'égard de l'enfant.

► Les mères toxicomanes sont-elles préparées à la naissance ? Sont-elles prêtes à accueillir leur enfant ?

Ensuite, les auteurs et la puéricultrice insistent sur l'importance d'inclure le père et la famille. En effet, la famille et le père sont des soutiens essentiels pour la mère. Il est important également de ne pas négliger le père et de le soutenir dans l'investissement de son rôle.

Enfin, les auteurs évoquent le sentiment de culpabilité des parents à la naissance de leur enfant. Ils ont le sentiment d'avoir mis le bébé en danger durant la grossesse en consommant des toxiques et se sentent coupables face au syndrome de sevrage que présente leur enfant.

► Pourquoi les parents ressent-ils un sentiment de culpabilité face au syndrome de sevrage de leur enfant ? Comment la puéricultrice accompagne les parents afin de réduire leur culpabilité ?

► Qu'est-ce que le processus de parentalité ? Comment se met-il en place dans une situation d'addiction ? Le processus de parentalité est-il plus difficile à mettre en place chez des parents dont l'enfant présente un syndrome de sevrage ?

► Est-ce que les parents ont conscience de l'importance de leur présence auprès de leur bébé

au sein d'un service de néonatalogie ?

► Quelles sont les répercussions d'attachement entre les parents et l'enfant lors d'un syndrome de sevrage néonatal ?

Concernant le vécu de l'enfant :

Lors de sa naissance, l'enfant vit un véritable bouleversement lié à son syndrome de sevrage. Les auteurs expliquent dans l'article qu'il est important de mettre en place différents soins : de maternage, de nursing, de confort, de cocooning en incluant les parents.

►Comment le nouveau-né arrive-t-il à trouver ses repères ?

►De quoi le nouveau-né présentant un syndrome de sevrage a-t-il besoin à la naissance ?

►Comment le nouveau-né ressent-il la présence de sa mère auprès de lui ? Ou son absence ? L'absence de lien mère-enfant à la naissance pourrait-il engendrer un impact sur le développement de l'enfant ?

►En quoi la participation des parents lors des soins est bénéfique pour l'enfant ?

Concernant le vécu de la puéricultrice :

D'après l'article et l'échange avec la puéricultrice de néonatologie, je constate que la puéricultrice a un rôle majeur afin d'accompagner l'enfant présentant un syndrome de sevrage et ses parents à la parentalité.

► Quelles postures et attitudes adoptent les puéricultrices pour accompagner les parents en tenant compte du contexte familial ?

► De quelle manière la puéricultrice accompagne les parents lorsque ceux-ci éprouvent des difficultés à interagir avec leur bébé ?

Malheureusement, d'après l'article, les équipes ne possèdent pas de protocoles ou de règles sur les soins de cocooning qui sont des soins essentiels à la prise en charge de l'enfant présentant un syndrome de sevrage.

►Cette absence de protocoles ou de règles peut-elle se justifier par le fait que chaque situation est unique et donc que chaque accompagnement l'est aussi ?

► La prise en charge d'un enfant présentant un syndrome de sevrage est une situation complexe pour les soignants. Pourquoi ?

2. Choix de la question de départ :

Mes deux situations m'ont fait beaucoup réfléchir sur l'accompagnement de la puéricultrice à la parentalité en situation d'addiction.
Ces réflexions m'ont permis d'élaborer ma question de départ : En quoi la puéricultrice joue-t-elle un rôle d'accompagnement à la parentalité auprès des parents d'un nouveau-né présentant un syndrome de sevrage en néonatalogie ?

Motivations personnelles :

N'ayant pas eu l'occasion d'effectuer de stage auprès des nouveau-nés durant mes études d'infirmière et ne connaissant pas le service de néonatalogie, je me suis rendu en début d'année au centre de documentation afin de rechercher un sujet de mémoire portant sur le nouveau-né en néonatalogie. Mes lectures d'articles m'ont orienté vers l'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction. C'est un sujet actuel, au regard du nombre de syndromes de sevrage néonatal diagnostiqués ces dernières années. « *La consommation de substances psychoactives (drogues, alcool, médicaments psychotropes…) pendant la grossesse constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Les risques de prématurité ou de faible développement de l'enfant à naître induisent une morbidité et une mortalité supérieure à la moyenne. De même, le développement des polyconsommations de produits psychoactifs, illicites ou non, entraîne une amplification des dommages par cumul des effets*[4]*».* Dans ce contexte d'addiction, il me semble important d'aborder le terme de parentalité, car devenir parent est un processus complexe, il nécessite un accompagnement afin de favoriser l'attachement parents-enfant notamment dans cette situation de consommation de toxiques.
Enfin, au cours de notre formation de puéricultrice, nous avons des enseignements sur la grossesse et la toxicomanie, mais ces apports ne nous permettent pas de comprendre clairement le rôle et les postures de la puéricultrice dans l'accompagnement à la parentalité dans ce contexte d'addiction parentale.

4 RESPADD. Guide concernant l'usage de substance psychoactives durant la grossesse (En ligne)

2ème PARTIE : CADRE CONTEXTUEL.

1. La néonatalogie :

Dans cette première partie de mon cadre contextuel, je vais définir le service de néonatalogie et son organisation, les différents types de maternités qui permettent d'accueillir les enfants présentant un syndrome de sevrage à la naissance et les moyens mis en place dans ces services pour favoriser la création du lien mère-enfant.

1.1 La présentation du service de néonatalogie :

Le service de néonatalogie permet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. La prématurité est la cause la plus fréquente d'hospitalisation en néonatalogie.

Il existe différents niveaux de maternité qui correspondent aux secteurs de soins. Le plan de périnatalité de 1994 fixe l'organisation et la qualité des soins en néonatologie comme l'un des objectifs majeurs de santé publique, ce qui provoque la mise en place d'un système de gradation de l'offre de soins en 3 groupes :

- *« Les maternités de niveau 1 pratiquent les soins des nouveau-nés qui ne présentent pas de problèmes particuliers (soit plus de 80 % des cas)*
- *Les maternités de niveau 2 assurent 24 h sur 24 la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque, dont l'état s'est déstabilisé après la naissance. Ils comportent une unité de néonatalogie, voire de soins intensifs.*
- *Les maternités de niveau 3 prennent en charge la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés qui présentent des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins de réanimation. Une unité de réanimation néonatale associée à une unité de soins intensifs est alors exigée.[5] »*

Il me semble important de connaître les différents niveaux de maternités, car les soins et les équipements sont différents pour répondre aux besoins de chaque enfant. En prenant en

5 COLSON S, GASSIER J, DE SAINT-SAUVEUR C. *Le guide de la puéricultrice,* p.287.

compte le secteur de soin, la puéricultrice accompagne l'enfant vers l'autonomie physiologique et sa sortie de la maternité ou de la néonatalogie.

Les unités de néonatologies sont composées d'une équipe pluridisciplinaire : pédiatres néonatologistes, infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture, diététiciennes, échographistes, pédopsychiatres, kinésithérapeutes, psychomotriciennes...

Afin de garantir une qualité de soins, le décret du 9 octobre 1998 du ministère de l'Emploi et de la solidarité fixe la qualification et la quantité de personnels nécessaires au sein des unités de néonatologie et d'obstétrique. *« Dans toute unité de néonatologie ne pratiquant pas les soins intensifs de néonatologie, sont assurées : (...) 3. La présence continue d'au moins un infirmier diplômé d'état, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatologie pour six nouveau-nés. » ou « Dans toute unité de néonatologie qui pratique les soins intensifs de néonatologie, sont assurées : (...) 2. La présence continue d'un infirmier diplômé d'État, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatologie, pour trois nouveau-nés.*[6] *».*

1.2 La législation :

Il me semble important de faire référence à différents textes d'ordre législatif concernant les services de néonatologie car l'enfant est une personne qui a le droit aux meilleurs soins possibles.

La Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé rédigée en 1986 et la circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants reconnaissent les droits des enfants et ceux des parents.
Afin de permettre la satisfaction des besoins de l'enfant, la Charte d'Enfants Hospitalisés stipule dans l'article 2 qu' « *Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état*[7]*. »*

Ou encore, la circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants énonce des recommandations pour que l'accueil de l'enfant et des enfants s'effectue dans les

6 MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 (En ligne).
7 DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES. Droits des enfants et de leur famille à l'hôpital. (En ligne)

meilleures conditions possibles : *« Dans un service de néonatalogie, la condition de l'enfant et l'appareillage auquel il est soumis peuvent heurter la sensibilité des parents. Les membres de l'équipe doivent veiller particulièrement à informer et à rassurer les parents (...) Ils pourront commencer à lui donner quelques soins élémentaires avec l'aide du personnel soignant. Ce contact précoce et actif est fondamental pour le bon établissement du lien parents-enfant. »*[8]

Ces textes sont essentiels pour prendre soin d'un enfant en néonatalogie. Ils permettent de mettre en place des soins centrés sur la famille où les parents sont des acteurs de soins tout au fil de l'hospitalisation de leur enfant. Certains services de néonatalogie développent d'autres conceptions du soin en mettant en place par exemple des unités « Kangourou », des soins de développement ou en détenant le label IHAB.

1.3 L'unité Kangourou :

L'unité kangourou, appelée également « unité mère-enfant » est une unité qui permet à l'enfant hospitalisé en néonatalogie de ne pas être séparé de sa mère à la naissance. Ces unités « kangourous » ont recourt à deux axes fondamentaux :

- *« L'enfant dans la chambre de sa mère. L'enfant est la plupart du temps dans la chambre auprès de sa mère sans monitorage. Ce sont les puéricultrices qui se déplacent vers l'enfant et sa mère, permettant ainsi aux parents et à l'enfant d'investir la chambre comme lieu de vie.*
- *Le portage, le peau à peau. Après évaluation de son état de santé par l'équipe, l'enfant est installé en peau à peau. La plupart des soins peuvent être réalisés lors du portage : observation, allaitement ou alimentation par biberon ou sonde gastrique, massage, endormissement, soins plus techniques.*[9] *»*

La présence de l'enfant auprès de sa mère permet le développement du processus d'attachement et de parentalité. Les mères se sentent utiles et perçoivent leur rôle de mère en participant activement aux soins de confort, de maternage et cocooning avec l'équipe

8 MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Circulaire n°83-24 du 1er aout 1983 relative à hospitalisation des enfants, des enfants. (En ligne)

9 BENQUET Marie-Christine. Expérience d'une puéricultrice au sein d'une unité Kangourou. (En ligne)

soignante. Le peau à peau participe à la construction du lien parent-enfant qui est difficile à établir du fait des conditions de la naissance. Les parents des enfants hospitalisés en néonatalogie peuvent ressentir différentes émotions : de la culpabilité, de la peur face à l'environnement hospitalier. Le peau à peau, va permettre aux parents de prendre confiance en leur capacité d'être parents. Pour l'enfant, le peau à peau est une source de stimulations multi-sensorielles positives : tactiles, olfactives, visuelle, auditive et gustatives si mise au sein.

Dans le contexte d'une situation d'addiction, l'unité kangourou va permettre d'évaluer, soutenir et renforcer l'établissement du lien mère-enfant en évitant la séparation. C'est également un outil essentiel pour rassurer la mère sur ses compétences, faire une place au père et surveiller ou traiter un syndrome de sevrage aux opiacés, notamment par des soins de nursing dispensés par la mère qui est l'actrice principale des soins de son enfant.

1.4 Le label IHAB :

Le label Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) est destiné aux professionnels de santé des services de maternité et néonatalogie publics et privés. Il permet l'accompagnement optimal des parents à la naissance et pendant le séjour dans le service en respectant les rythmes et les besoins de l'enfant et sa famille.
Il est bénéfique autant pour les nouveau-nés, les parents et les professionnels.
Pour les nouveau-nés, il facilite l'adaptation à la vie extra-utérine en respectant le rythme biologique de l'enfant et en permettant la proximité mère-enfant avec le peau à peau ou encore l'allaitement.
Pour les parents, il crée un environnement favorable à la création des premiers liens et à l'autonomie grâce à l'accompagnement individualisé, à l'intégration des parents lors des soins ou encore au soutien et l'aide dans la mise en place de l'allaitement.
Pour les professionnels, il valorise le rôle d'accompagnant des professionnels en proposant des formations.

Les 3 principes de la démarche IHAB sont :

- *« Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né*

- *Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille permettant aux parents de prendre totalement leur place dès la naissance de leur enfant.*
- *Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins en pré, péri et post-natal.*[10]*»*

Ce label IHAB est attribué à de nombreux services de maternités et de néonatalogie en France.
Initialement, la démarche s'adressait uniquement aux enfants nés à terme en bonne santé. Depuis 2009, elle s'adresse à tous les nouveau-nés y compris les prématurités et enfants malades. Lors d'une naissance, avec un contexte d'addiction, les recommandations de ce programme restent les mêmes. Elles visent un accompagnement optimal des parents, grâce à une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins de la famille et un travail en réseau pour assurer la continuité des soins.

La puéricultrice étant au cœur des interactions avec le nouveau-né et sa famille dans un service de néonatalogie, il me semble important de la définir dans son rôle général, à travers les lois qui régissent la profession et dans son rôle spécifique en service de néonatalogie.

2. La puéricultrice :

La puéricultrice est une infirmière diplômée d'Etat ayant suivi une formation spécifique dans le domaine de la puériculture. Elle est spécialisée dans les soins prodigués aux nouveau-nés, aux enfants ainsi qu'aux adolescents. Elle exerce des activités de soin et d'éducation dans des établissements de santé accueillant des enfants de la naissance à l'adolescence, dans des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans et dans des services de protection maternelle et infantile. Son rôle est de *« prendre soin des enfants pour maintenir, restaurer et promouvoir la santé, le développement, l'éveil, l'autonomie et la socialisation »*.[11]
Elle travaille au sein d'une équipe pluri-professionnelle.

10 INITIATIVE HOPITAL AMI DES BEBES. Tout sur IHAB. (En ligne).

11 COLSON S, GASSIER J, DE SAINT-SAUVEUR C. *Le guide de la puéricultrice.* p.4

2.1 La législation :

Il me semble important de faire le point sur la législation relative au statut de puéricultrice. En effet, ce sont les différents textes énoncés ci-dessous qui nous permette de définir le rôle de la puéricultrice qui est soumise à a la même législation que l'infirmière diplômée d'état.

Selon l'article R.4311-1 du Code de la santé publique *« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé (...)».*[12]

Pour prendre soin d'enfants, le Code de la santé publique énonce dans l'article R.4311-13 que « *Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, (...) sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :*
1- Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie.
2- Surveillance du régime alimentaire du nourrisson.
3- Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps.
4- Soins du nouveau-né en réanimation.
5-Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie[13]*. »*

Ces articles montrent la diversité d'interventions et d'activités que peut mener une infirmière puéricultrice, selon l'endroit où elle exerce : établissement d'accueil du jeune enfant, protection maternelle et infantile, la maternité, la pédiatrie et la néonatalogie. Cependant, au vu de mon sujet, j'ai décidé de me consacrer plus particulièrement à son rôle en néonatalogie.

12 LEGIFRANCE. Code de la santé publique – Article R4311-1. (En ligne).
13 LEGIFRANCE. Code de la santé publique – Article R4311-13. (En ligne).

2.2 Le rôle de la puéricultrice en service de néonatalogie :

Pour prendre soin des nouveau-nés en néonatalogie, l'infirmière puéricultrice prend en compte deux dimensions de soins :

- La dimension technique qui consiste à réaliser des soins prescrits par le médecin nécessaire au bien-être et à la sécurité de l'enfant.
- La dimension humaine qui consiste à prendre en compte l'histoire, les capacités, le rythme et les besoins de l'enfant et sa famille.

Tout au long de l'hospitalisation de l'enfant, la puéricultrice a un rôle d'observation et d'accompagnement. Elle surveille de manière globale l'enfant hospitalisé en prenant en compte son état physiologique, mais aussi son développement cognitif et sensoriel afin de dépister les capacités du nouveau-né. Cette observation, lui permet d'adapter ses soins en fonction des compétences de l'enfant.

En tant que puéricultrice en néonatalogie, nous avons également un rôle d'accompagnement auprès des parents. L'arrivée en néonatalogie est une étape difficile pour les parents qui peuvent se sentir « dépossédés » de leur rôle. Notre rôle est d'aider les parents à construire les premiers liens avec leurs enfants pour cela il est important de les informer des progrès de l'enfant, de les intégrer au quotidien et de les faire participer aux soins (peau à peau, bain, massages...).

La puéricultrice à un rôle d'éducation auprès des parents, notamment pour le démarrage de l'allaitement, le bain ou encore la sortie.
Concernant l'allaitement, il est possible seulement vers l'âge de 33-34 SA car avant le nouveau-né n'a pas acquis la maturité neurologique pour téter. Nous devons donc encourager les mères à tirer leur lait. Pour cela, il faut donner des conseils à la mère, rester à l'écoute de celle-ci et favoriser le peau à peau afin que l'enfant retrouve l'odeur de sa mère et qu'il se rapproche peu à peu du sein.
Lorsque la mise au sein est possible, notre rôle est de veiller au confort de l'enfant et de la mère, à la bonne position de la bouche sur le sein et la déglutition, ainsi que les échanges entre la mère et son enfant.

3. **La dépendance parentale aux opiacés :**

Dans cette troisième partie de mon cadre contextuel, je vais définir la dépendance aux drogues, développer les complications possibles dues à la consommation de substances psychoactives qui peuvent entraîner une importante morbidité chez la mère et l'enfant et notre rôle d'accompagnant auprès des parents lors de cette dépendance.

Pour commencer cette partie, il me semble important de comprendre ce qui caractérise la dépendance aux drogues. Cela me permettra de faire la différence entre une consommation épisodique et une toxicomanie avérée. Sachant que si la mère continue sa consommation durant sa grossesse, celle-ci sera à risque. La dépendance aux drogues est définie dans la Classification internationale des maladies (critères CIM-10, OMS 1992) comme *« un groupe de phénomènes comportementaux, cognitifs, et physiologiques qui se développent après la consommation répétée de substances psychoactives. Elle comprend généralement :*

- *Un fort désir de prendre la substance.*
- *Une plus grande priorité accordée à l'usage de substances psychoactives qu'à d'autres activités et obligations.*
- *Une difficulté à maîtriser sa consommation.*
- *La persistance dans l'usage en dépit des conséquences néfastes.*
- *Une tolérance accrue à la substance.*
- *Un syndrome de sevrage physique.*[14] *»*

La consommation régulière de substances psychoactives durant la grossesse expose la mère à un risque accru de complications. Parmi les complications, on peut distinguer des complications infectieuses virales : le VIH, l'Hépatite B et C, ... due par exemple à l'échange des seringues. Mais également des complications obstétricales :

- *« De fausse couche précoce.*
- *D'hématome rétroplacentaire (décollement prématuré du placenta de la paroi utérine).*
- *D'amniotite. (Inflammation de l'amnios, la membrane entourant le fœtus et contenant le liquide amniotique).*
- *De retard de croissance intra-utérin.*

14 RESPADD. Guide concernant l'usage de substance psychoactives durant la grossesse (En ligne).

- *D'insuffisance placentaire (….).*
- *Une mort intra-utérine tardive.*
- *Un accouchement prématuré.*
- *Une rupture prématurée des membranes.*
- *Une hémorragie à la délivrance.*[15] *»*

Ces différentes complications obstétricales montrent que la femme enceinte toxicomane nécessite un suivi régulier chez le médecin, car sa grossesse est « à risque ». Malheureusement, les problèmes liés au mode de vie de ces femmes sont fréquents : manque de soutien de la famille et des amis, mauvais soutien du partenaire qui utilise également les substances psychoactives, problèmes financiers, de logement, absence d'emploi... Ils entraînent régulièrement un mauvais suivi de la grossesse : des déclarations tardives de grossesse, des absences aux rendez-vous de suivi et aux cours d'éducation à la parentalité, ou encore un retour à domicile prématuré après l'accouchement.

A la naissance de l'enfant, les mères toxicomanes peuvent rencontrer quelques difficultés. En tant que puéricultrice, il est important de connaître ces difficultés post-natales afin d'accompagner ces femmes et leurs partenaires dans leur transition vers le statut et la fonction de parents.

- *« L'attachement parent-enfant peut se révéler problématique, à cause des effets que peut avoir la consommation de ces substances sur leur disponibilité émotionnelle, sur la santé du bébé, parce qu'ils peuvent être la cause d'une séparation avec lui ou tout cela ensemble.»*
- *« La dépression postnatale touche environ 10-15 % des femmes qui accouchent, et les femmes usagères de substances psychoactives et/ou alcool présentent un plus grand risque à cause de troubles mentaux passés ou présents, d'un possible isolement social, et d'un faible soutien de la part du partenaire.»*
- *« Le risque de rechute vers des niveaux ou des modes de consommations identiques à ceux antérieur est élevé. Il y a plusieurs raisons à cela notamment : l'envie de célébrer, penser qu'il est désormais possible de consommer, anxiété relative à la*

15 CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES. Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile. (En ligne).

fonction parentale... »[16]

Notre rôle en tant que puéricultrice est d'encourager le contact parents-enfants en proposant aux parents de faire du peau à peau, du portage ou encore de participer aux soins de nursing. Ces contacts permettront de développer le processus de parentalité et de valoriser les compétences des parents qui peuvent se sentir coupables face au syndrome de sevrage que présente leur enfant. Pour répondre aux besoins de la mère toxicomane, une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable : sages-femmes, pédiatres, pédopsychiatres, assistantes sociales, puéricultrices, la protection maternelle et infantile... travaillent en équipe afin que les parents disposent des moyens et capacités nécessaires pour s'occuper de leur enfant. Nous adapterons lors de cet accompagnement une posture professionnelle adaptée au contexte d'addiction et au syndrome de sevrage que présente le nouveau-né.

4. ***Le syndrome de sevrage néonatal :***

Dans cette dernière partie de mon cadre contextuel, je vais traiter le syndrome de sevrage néonatal en abordant les signes cliniques, les effets des produits sur l'enfant et les traitements non-médicamenteux.

4.1 Définition et signes d'un syndrome de sevrage néonatal :

Pour commencer, il est important de comprendre ce qu'est le syndrome de sevrage afin de réussir à le reconnaître chez le nouveau-né. Selon l'OMS, le syndrome de sevrage est *« un ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable ; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive.*[17] *»*

Il est primordial pour nous, puéricultrices, de connaître les signes cliniques évocateurs d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né car c'est un risque majeur et fréquent (60 à 90 % des cas). Ils se manifestent généralement dans les 24 à 48 heures de vie mais peuvent apparaître jusqu'à 10 jours après la naissance. Le syndrome de sevrage néonatal se traduit cliniquement par :

16 RESPADD. Guide concernant l'usage de substance psychoactives durant la grossesse (En ligne).
17 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives. (En ligne).

- *« Des troubles neurologiques : trémulations, troubles du sommeil, hyperactivité, hyperexcitabilité, hypertonie, convulsions.*
- *Des troubles respiratoires : polypnée, encombrement nasal.*
- *Des signes généraux : fièvre, hyper-sudation, éternuements.*
- *Des troubles digestifs : vomissement, diarrhées avec son risque de déshydratation, prise pondérale insuffisante malgré un régime adapté, majorée par des troubles de la succion.*[18] *»*

Ces signes cliniques sont appréciés à l'aide de deux scores :

►Le score de Finnegan (ANNEXE 2) est un test réalisé plusieurs fois dans la journée (toutes les 4 à 6 heures). Il permet de diagnostiquer d'après des critères cliniques un syndrome de sevrage chez les nouveau-nés de mère ayant pris des opioïdes et d'adapter les traitements en fonction de la symptomatologie.

Le score se présente en 31 critères répartis en 3 catégories de signes à observer : Les troubles du système nerveux central (cri aigu excessif < 5 minutes, réflexe de moro hyperactif, hypertonie...), les troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires (transpiration, marbrures, battements des ailes du nez...) et les troubles gastro-intestinaux (succion excessive, selles molles/aqueuses...)

Si le score est supérieur à 11 ou à 8 et ce à 2 reprises, un traitement médicamenteux est instauré.

►Le score de Lipsitz (ANNEXE 3) est un test également réalisé plusieurs fois dans la journée par les soignants avec l'aide des parents. Il permet de diagnostiquer l'apparition et la sévérité d'un syndrome de manque chez le nouveau-né de mère ayant pris des opioïdes. Ce score se présente en 11 items différentes (trémulations, tonus musculaire, lésions cutanées, vomissements...) notés de 0 à 3. Un score supérieur à 4 indique un syndrome de sevrage et un score répété supérieur ou égal à 9 traduit la nécessité de débuter un traitement.

18 LECOMPTE Lucie. Cours *« Toxicomanie et grossesse. »*

4.2 Les différentes substances psychoactives et leurs effets sur l'enfant [19][20]:

Les substances psychoactives comprennent les drogues illicites (cocaïne, cannabis, opioïdes.), les produits licites vendus sous le contrôle de l'état (tabac, alcool), les produits de substitution et les médicaments (benzodiazépine, hypnotiques, codéine..).

Mon travail portant particulièrement sur la consommation de drogues illicites par les femmes enceintes, je vais développer dans cette partie leurs effets sur le déroulement de la grossesse et les effets sur le nouveau-né à la naissance. En tant que puéricultrice, il me semble essentiel de connaître ses différentes substances et leurs risques, car les atteintes fœtales et néonatales peuvent être différentes en fonction du produit consommé. Cela nous permettra au cours de la grossesse, d'informer ces femmes sur les risques encourus et de proposer en équipe pluridisciplinaire des possibilités de prévention de ces risques (soins et examens réguliers, soutien psychosocial, proposition d'un programme de sevrage ou de substitution...). Puis, à la naissance, cela nous permettra d'adapter notre prise en charge en fonctions des troubles que présente l'enfant.

- Les opioïdes :

Cette drogue comprend différents produits : l'héroïne, la méthadone, la morphine et la buprénorphine. Ce sont des drogues qui franchissent librement la barrière placentaire.
La consommation d'héroïne pendant la grossesse par les mères entraîne une proportion d'avortements spontanés supérieurs à la normale du notamment au mode de vie de ces femmes : alternance de phases de manque et d'intoxication, infections, stress, malnutrition... Ensuite, cette consommation expose le fœtus à un retard de croissance intra-utérin, à une naissance prématurée, des complications respiratoires au moment de la naissance. Enfin, la mortalité périnatale et la mort subite du nourrisson sont plus fréquentes chez les enfants nés de mères toxicomanes.

19 RICHARD Denis, SANON Jean-Louis, VALLEUR Marc. *Dictionnaires des drogues et des dépendances,* p.371-374.
20 LECOMPTE Lucie. Cours *« Toxicomanie et grossesse. »*

- La cocaïne :

Cette drogue est un alcaloïde extrait de la feuille d'Erythroxylon coca.

L'usage de la cocaïne est de plus en plus fréquent. Elle est utilisée par voie nasale, intra-veineuse ou encore par inhalation. La cocaïne est toxicomanogène, elle provoque une stimulation brève suivie d'un besoin impératif d'en fumer de nouveau. Celle-ci passe la barrière placentaire.

La prise régulière de cocaïne chez la femme enceinte, peut entraîner des épisodes de tachycardie, de l'hypertension artérielle et une vasoconstriction, notamment placentaire. Il y a donc un risque accru d'accouchements prématurés, de retards de croissance et d'insuffisances placentaires.

A la naissance, le syndrome de manque est moins sévère que pour les opiacés. Il disparaît en quelques jours et ne nécessite pas le plus souvent de traitement spécifique. Néanmoins, des anomalies gastro-intestinales (atrésies iléales, infarctus mésentériques...) ou encore neurologiques (convulsions néonatales, lésions hémorragiques cérébrales) peuvent apparaître.

- Le cannabis :

Cette drogue est la plus fréquemment utilisée. Elle est consommée avec du tabac dans des cigarettes artisanales, des gâteaux, des infusions ou encore par vaporisation. On la retrouve sous forme de marijuana ou encore de haschich. Le cannabis est une drogue qui franchi la barrière placentaire.

Une consommation régulière et importante de cannabis pendant la grossesse peut entraîner des retards de croissance intra-utérin, des hypotrophies, des accouchements prématurés, des accouchements longs et difficiles accompagnés de souffrance fœtale ou encore des malformations congénitales. Cette consommation peut également avoir des conséquences sur le développement physique et neuropsychique du nourrisson : augmentation des morts subites du nourrisson, troubles de l'attention, troubles amnésiques, troubles du comportement émotionnel.

A la naissance, ces substances psychoactives dites illicites, peuvent entraîner un syndrome de sevrage que nous devons surveiller et soulager par la mise en place de traitements médicamenteux prescrits par le pédiatre, mais aussi des soins de confort, de maternages et de cocooning que je vais développer ci-dessous.

4.3 Les traitements non-médicamenteux pour soulager le nouveau-né :

Dans un service de néonatalogie, il existe sept sources de surstimulation que je vais citer afin de comprendre les conséquences qu'elles peuvent engendrer chez le nouveau-né[21]

- La surstimulation tactile. Les nombreuses manipulations autour du nouveau-né comme le changement de couche, la pesée, les ponctions intraveineuses ont pour conséquence une perturbation du rythme veille/sommeil et entraînent des réactions de détresse chez l'enfant : apnée, hypoxémie, cyanose, augmentation de la pression intracrânienne....
- La surstimulation vestibulaire. Le passage du milieu aquatique en apesanteur, l'utérus à un milieu sec soumis à la force gravitationnelle, l'unité néonatale engendre des difficultés pour le nouveau-né à déterminer sa position gravitationnelle.
- La surstimulation olfactive : Le nouveau-né en néonatalogie est stimulé par des odeurs étrangères (bétadine, parfum des professionnels de santé), qui peuvent provoquer une altération du rythme respiratoire, une tachycardie et un effort physique pour éviter ce stimulus.
- La surstimulation gustative : les nombreuses interventions autour de la bouche du nouveau-né (aspiration, insertion de tube de gavage) peuvent provoquer des réactions d'hypersensibilité, ce qui rend difficile la succion et la déglutition.
- La surstimulation auditive. Les alarmes des moniteurs, les sonneries de téléphones ou encore le respirateur sont des sources de stimulus pouvant être dangereux pour le nouveau-né. Il provoque des sursauts, des apnées, des bradycardies, une diminution de la saturation en oxygène...
- La surstimulation visuelle : L'éclairage continu, intense et fluorescent provenant des lampes de photothérapie, des lampes de chevet, de la lumière du jour peut provoquer chez le nouveau-né une incidence plus élevée de rétinopathie.
- La surstimulation motrice. Le matelas de l'incubateur n'offre pas la sécurité de l'utérus. Il recherche la position fœtale, ce qui demande pour le nouveau-né une grande dépense d'énergie.

Ces stimulis engendrent chez le nouveau-né des conséquences au niveau physiologique, motrice et comportemental. Notre rôle est donc de diminuer au maximum ces sur-stimulations

21 Marie-Josée MARTEL, Isabelle MILETTE. *Les soins du développement. Des soins sur mesures pour le nouveau-né malade ou prématuré,* p36-45.

ultérieures qui sollicitent le nouveau-né hyper-excitable présentant un syndrome de sevrage. Pour cela, nous développons avec les parents des soins de développement. Les soins de développement constituent *« une approche de soins individualisés déterminés à accompagner le développement du nouveau-né dans une relation continue avec son environnement et ceux qui l'entoure*[22] *»* .

Concernant l'environnement du nouveau-né, il est nécessaire de :

- Diminuer le bruit autour de lui en réduisant le volume des alarmes des différents appareils, en chuchotant prêt de la couveuse... car *« le bruit est une stimulation qui prend de l'énergie aux enfants en les faisant sursauter, trémuler ou simplement réagir par une extension du membre. Cela les réveille et empêche l'endormissement.*[23] *»*
- D'adapter l'intensité lumineuse aux capacités du bébé. Nous pouvons notamment proposer une lumière douce la journée et une pénombre la nuit. *« La pénombre se rapproche de la luminosité intra-utérine*[24] *»*

Concernant les stratégies comportementales, il est recommandé :

- D'installer le nouveau-né dans un cocon et le positionner en décubitus ventral afin de le maintenir dans une position physiologique comme dans le ventre de sa mère. *« Trouver des appuis rassure le bébé, comme dans la matrice maternelle*[25] *»*
- D'utiliser la succion physiologique non-nutritive qui permet de diminuer le stress et la douleur du nouveau-né. « *Le nouveau-né a besoin de téter, cela lui apporte de la détente et du plaisir grâce à l'endorphine sécrétée lors de la succion. »*[26]
- De respecter le rythme de l'enfant, de regrouper les soins.

Ensuite, lors de son hospitalisation en néonatalogie, le nouveau-né est séparé précocement de sa mère, il est donc essentiel de privilégier la relation mère-enfant afin que le processus d'attachement et de parentalité se crée. Notre rôle en tant que puéricultrice est :

- *« D'inciter ou permettre aux mamans de se rendre auprès de leur enfant aussi souvent qu'elles le souhaitent, sans limites d'horaires, dans le respect de la charte de l'enfant*

22 ROUSSEAU Ingrid. Cours *« Les soins de développement »*

23 PICAUD, CAMBONIE. Soins de développement en néonatalogie. (En ligne).
24 PICAUD, CAMBONIE. Soins de développement en néonatalogie. (En ligne).
25 PICAUD, CAMBONIE. Soins de développement en néonatalogie. (En ligne).
26 VELLY Corinne. Accueillir la mère et son enfant en néonatalogie, p.25.

hospitalisé.

- *De privilégier l'intervention des mères ou leurs présences dans les soins de maternage à leur enfant, sans s'immiscer dans leur relation.*
- *De valoriser, encourager et soutenir la relation des personnes, sans jugement et en s'adaptant à leurs capacités ou possibilités.*
- *D'accompagner les mères dans la création du lien en privilégiant le contact peau à peau, les massages et le portage dans les bras*[27]*. »*

L'allaitement maternel favorise l'attachement entre la mère et son bébé grâce à la proximité physique. Malheureusement, d'après la Leche League, il est contre-indiqué chez la mère consommatrice de cannabis et de cocaïne. En effet, pour le cannabis : « *La THC, principe actif du cannabis, passe dans le lait, et s'y retrouve à un taux plus élevé que le taux sérique de la mère si celle-ci est consommatrice régulière. »*[28]

Ces soins de maternage réalisés par la mère vont permettre à l'enfant de se sentir en sécurité. La relation cutanée précoce entre les parents et l'enfant par le peau à peau, les massages ou encore le portage , exerce une influence majeure sur le fonctionnement du développement affectif, cognitif et social du nouveau-né.

Ces contacts vont provoquer chez les parents, le sentiment d'être utile, d'avoir la possibilité de s'investir et de s'approprier de leur bébé, ce qui va permettre aux parents de développer leurs compétences parentales, de se sentir plus proches de leur enfant.

Pour conclure ce cadre conceptuel, je tiens à préciser, que nous devons en tant que puéricultrice travailler en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire. Cette collaboration permet d'accompagner les mères présentant une dépendance aux drogues, à la transition vers la fonction parentale et permet d'éviter toutes complications pouvant avoir des conséquences sur la santé de l'enfant et sa mère. Dans le cadre d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né, nous devons repérer les signes cliniques de ce syndrome en observant le comportement de l'enfant et ses interactions avec l'environnement. Puis, nous devons mettre en place des soins de développement ou encore de maternage individualisés en intégrant les parents afin de soulager l'enfant et favoriser la mise en place de la parentalité.

27 NEE Christelle. *Le rôle de la puéricultrice auprès du nourrisson présentant un syndrome de sevrage*.p16.
28 LA LECHE LEAGUE. Allaitement et tabac, alcool , drogues, etc. (En ligne).

3ème PARTIE : CADRE CONCEPTUEL.

1. Le concept d'accompagnement :

1.1 Définitions :

Il me semble important de définir le concept d'accompagnement qui est pour moi une compétence primordiale de l'infirmière puéricultrice.
Tout d'abord, pour définir l'accompagnement, je reprendrais deux définitions présentent dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers de Anne-Marie MOTTAZ, une infirmière puéricultrice car elles sont complémentaires. Elle reprend d'abord la définition du dictionnaire Le Petit Robert qui explique qu'accompagner c'est « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui*[29]*»* Ensuite, elle reprend la définition de CIFALI André: *« accompagner serait aller avec,.. Partir de l'autre et pas de soi... Aller avec évoque un professionnel qui se déporte vers le chemin de l'autre. Il est là, présent, permettant qu'un autre traverse, l'épreuve, le moment, l'événement »*[30]

Ensuite, je citerais la définition de Wanquet-Thibault, cadre supérieur de santé qui cible plus précisément l'accompagnement des parents qui est indispensable notamment en néonatalogie. Selon lui, accompagner c'est *« accueillir, éduquer, informer, expliquer, aider, prévenir, rassurer et surtout guider les parents vers l'autonomie.*[31]». Cela nécessite « *une écoute, de la disponibilité et un a priori de bienveillance vis-à-vis des familles, quelques que soient leur culture et leur mode de vie ».*[32]

Enfin, Pour Margot Phaneuf *« Accompagner quelqu'un, ce n'est pas se placer devant, ni derrière ni à sa place. C'est être à ses coté pour le soutenir.*[33] *»* Pour elle, l'infirmier doit faire preuve de savoir, de savoir-être et de savoir-faire pour réaliser un accompagnement thérapeutique. Il faut avoir des « savoirs » c'est-à-dire des connaissances professionnelles

29 FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières. p.42-43 (En ligne).*

30 FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières. p.42-43 (En ligne).*

31 WANQUET-THIBAULT Pascale. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. p.124

32 Ibid.p.124

33 PHANEUF Margot. L'accompagnement thérapeutique : réflexions sur un élément essentiel en soins infirmiers. (En ligne).

précises et scientifiques pour pouvoir prendre en soin le patient. Ensuite, il faut avoir des « savoirs-faire », cela consiste à mettre en lien ses connaissances et son observation afin de réaliser un suivi clinique et para-clinique du patient. Enfin, il faut avoir des « savoirs-être » c'est-à-dire faire preuve d'une posture professionnelle en étant à l'écoute, présent, empathique afin d'instaurer une relation de confiance avec le patient.
Ces définitions me permettent de comprendre le rôle d'accompagnant.
Accompagner, c'est suivre la direction, le chemin de l'autre tout en restant à ses côtés.
Cela nécessite une dimension relationnelle, l'accompagnant assure une disponibilité et un soutien auprès de l'accompagné qui se trouve face à une situation compliquée, qui lui pose problème. Puis, l'accompagnant vise grâce à son accompagnement personnalisé et la prise en compte des compétences de la personne l'autonomisation de l'accompagné dans la réalisation d'un projet ou dans la résolution d'un problème.

Dans un service de néonatalogie, la puéricultrice suit les parents qu'elle accompagne tout en les laissant autonomes et libres de leurs choix. Elle ne décide pas et n'agit pas à leur place. Elle les guide vers l'autonomie en utilisant les compétences de chacun et en faisant preuve d'écoute et de disponibilité. Cela permet aux parents de se sentir investis dans la prise en soin de leur enfant.

1.2 Les postures d'accompagnement :

Selon Maela Paul, docteur en sciences de l'éducation et formatrice consultante auprès des professionnels de l'accompagnement, l'accompagnement constitue « *une posture spécifique au centre d'actions déterminées par des pratiques définies ».*[34]

Dans cette sous-partie, j'ai donc décider de m'intéresser aux différentes postures qu'identifie Maela Paul afin de connaître les attitudes adéquates pour rentrer en relation avec la personne soignée, notamment avec les parents en situation d'addiction et les enfants présentant un syndrome de sevrage.

D'abord, l'accompagnement demande d'adopter une posture éthique, c'est-à-dire réflexive et

34 FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. Les concepts en sciences infirmières. *p.42-43 (En ligne).*

critique. Derrida, un philosophe français décrit cette posture comme un « *un rapport non violent (...) à autrui* »[35], elle ne correspond pas à une relation de pouvoir, de domination, de manipulation mais vise à l'autonomie de la personne. Il ne faut pas se substituer à l'autre en pensant, disant et faisant à sa place.

Ensuite, nous retrouvons une posture de non savoir afin que le professionnel ne se positionne pas comme toute puissance face à l'autre. En sachant pas, il privilégie les échanges, le dialogue avec l'autre. Il soutient le questionnement plutôt que l'affirmation.
Puis, une posture de dialogue entre en compte. Cette modalité de parole est plus appropriée car elle permet de laisser parler chacun, ce qui donne une place aux deux personnes. Il existe un échange de personne à personne et non plus de professionnel à usager, client, ou malade. Le dialogue permet de partager les compétences de chacun. Il n'y a plus de jeu de pouvoir.

De plus, une posture d'écoute est nécessaire, elle consiste a être attentif, interagir, répondre, et solliciter le questionnement de la personne. L'écoute désigne un processus « *de négociation des compréhensions, de délibération interactive, de conception partagé du sens.*[36]»

Enfin, la posture doit être émancipatrice. Elle montre qu'on ne peut pas apprendre seul ni grandir seul ou se construire seul, c'est un travail en interaction avec les autres.

En conclusion, la posture d'accompagnement c'est-à dire la manière d'être du soignant, n'est pas ancrée, mais plutôt fluide. Elle s'ajuste et s'adapte à l'accompagné ou la personne soignée en fonction de la situation qu'elle vit.
En tant que professionnel de la santé, nous nous questionnons quotidiennement sur la manière d'établir notre relation à l'autre, c'est pourquoi je vais développer ci-dessous la relation d'aide qui fait partie de l'accompagnement.

1.3 La relation d'aide :

Concernant mon sujet, il me paraît essentiel d'aborder la relation d'aide qui semble avoir une place importante dans l'accompagnement. De plus, cette relation d'aide fait partie du rôle

35 PAUL MAELA. L'accompagnement comme une posture professionnelle spécifique, p.13-20. (En ligne).
36 PAUL MAELA. L'accompagnement comme une posture professionnelle spécifique, p.13-20. (En ligne).

propre de l'infirmière puéricultrice.

Selon Françoise MOLIERE, *« La relation d'aide se définit comme l'aide psychologique. La relation est le support de l'aide. La relation d'aide, c'est aussi l'engagement dans la voie de l'accompagnement. Cette approche tient compte de la prise en charge de la personne ; c'est le prendre soin du sujet.*[37] *»* Elle est basée sur quatre attitudes non directives :

- L'empathie. Être empathique, selon Rogers, c'est « *percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ».*[38]
- L'écoute active. Selon Kaeppelin « *L'écoute devient active avec la parole et la parole en devenant écoutante (c'est-à-dire questionnante, reformulante, encourageante, facilitante pour le locuteur) se fait entendre.*[39]*»*
- Le non-jugement. Selon Françoise Billot, définit le non-jugement comme *« ne pas juger, ne pas avoir d' a-priori ou d'idées toutes faites sur le sujet, nécessite pour l'aidant d'avoir clarifié au fur et à mesure des exercices, les situations provoquant chez lui des émotions de révolte, de colère ou de lassitude.* [40]*»*
- La congruence. Pour le thérapeute, c'est *« le fait d'être véritablement lui-même, d'être en accord avec lui-même, renvoie à la conscience que celui-ci peut avoir de la façon dont il vit la relation avec le client et de son attitude à son égard.*[41] *»*

Pour accompagner les parents des nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage, la puéricultrice doit faire preuve de non- jugement, d'écoute active, d'empathie et de congruence.

Tout d'abord, il est nécessaire que la puéricultrice ne porte pas de jugement de valeur sur la consommation de toxiques des parents, leurs modes de vie ou encore leurs attitudes auprès du nouveau-né. Pour cela, dans certains établissements, des moments d'expressions permettent aux équipes soignantes d'exprimer leurs ressentis, leurs difficultés lorsque des situations particulières se présentent.

37 FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. Les concepts en sciences infirmière, *p. 60-64 (En ligne).*

38 SIMON Édith. Processus de conceptualisation d' « empathie », p.28-31.(En ligne)

39 FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. Les concepts en sciences infirmière, *p. 310-311. (En ligne)*

40 BILLOT FRANCOISE. *La relation d'aide en soins infirmiers*. Cahiers de la Puéricultrice, p.12

41 CARL Rogers. La Non-directivité et APC (Approche Centrée sur la Personne). (En ligne).

Ensuite, la puéricultrice doit faire preuve d'empathie. Elle est capable de comprendre le point de vue des parents toxicomanes, sans oublier qu'elle n'est pas à leur place. Pour cela elle fait preuve d'observation, d'analyse et de distanciation de ses émotions afin de maintenir une qualité de soin et une relation parent-enfant-soignant.
Puis, la puéricultrice doit développer une écoute active auprès des parents. Pour cela, elle écoute, entend les demandes des parents et leurs difficultés sans les interrompre. Elle peut reformuler les propos des parents afin de vérifier que ce qui a été dit est bien compris et afin de permettre aux parents de réajuster ce qu'ils ont dit.
Enfin, la puéricultrice doit faire preuve de congruence ou d'authenticité c'est-à-dire qu'elle doit être en accord avec ce qu'elle dit, ce qu'elle pense et ce qu'elle fait afin que le discours soit cohérent et que l'accompagnement soit optimal.

Pour conclure, l'accompagnement est indispensable en service de néonatalogie. Il débute dès l'accueil de l'enfant et ses parents. C'est un moment primordial afin d'instaurer une relation de confiance entre les soignants-parents. Lors de cette première rencontre, la puéricultrice se présente, explique rapidement le service et son fonctionnement, conduit les parents auprès de leur bébé. Elle doit être disponible, à l'écoute de leurs questions, besoins et attentes.
Ces parents peuvent ressentir de l'anxiété et de la culpabilité, il est donc important de savoir objectiver la situation, sans la banaliser car les parents ont besoin d'être rassurés. Ensuite, durant l'hospitalisation, il faut accompagner les parents au processus d'attachement en leur proposant de réaliser du peau à peau, de prendre leur enfant dans les bras ou encore participer aux soins de nursing avec les soignants.
Avant la sortie de la néonatalogie, il sera indispensable d'établir un contact avec les services de protection maternelle et infantile afin qu'ils prennent le relais dans l'accompagnement des parents concernant la surveillance du développement de l'enfant, le lien mère-enfant, ainsi que la mise en place de la parentalité, que je vais développer ci-dessous.

2. **Le concept de parentalité :**

Dans cette deuxième partie de mon cadre conceptuel, il me semble important d'aborder le concept de parentalité, qui fait partie intégrante du lien mère-enfant et donc du traitement non-médicamenteux du syndrome de sevrage.

Lors d'une naissance, dans un contexte d'addiction, l'élaboration du processus de parentalité peut être difficile : les parents peuvent ressentir de la culpabilité, de l'inquiétude face au syndrome de sevrage que présente leur enfant... Il est donc de notre rôle d'aider les parents à la mise en place du processus de parentalité et de les soutenir.

2.1 Définitions :

Pour définir la parentalité, je citerais deux définitions.
Tout d'abord, pour Lamour et Barroco (1998) , c'est « *un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parent, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique* [42]».
Puis, pour le Comité national de soutien à la parentalité (2011) , c'est *un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant.*[43] »

A travers ces définitions, je constate que le terme de parentalité a évolué depuis sa création dans les années soixante et qu'il peut être défini différemment selon le domaine dans lequel il est utilisé. En 1998, la définition de parentalité montre que la fonction parentale est très restreinte (soins physiques, affectifs, et psychiques). Alors que la définition de 2011 souligne l'importance de la fonction parentale, ses enjeux, et recommandent la mise en œuvre d'action pour la soutenir.

Pour comprendre, plus spécifiquement la notion de parentalité, j'ai décidé de m'intéresser aux 3 axes de la parentalité[44] définis par Didier Houzel, un psychanalyste.

42 LAMBOY Béatrice. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? (En ligne)
43 CHEVALLIER Camille, COLLOMBIER Madeleine, THOMYRE Catherine, et al. Rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité. (En ligne)
44 HOUZEL Didier. La parentalité. (En ligne).

Tout d'abord, l'axe de « l'exercice de la parentalité » qui regroupe l'ensemble des droits et devoirs de la fonction parentale par exemple l'autorité parentale.

Sur le plan juridique, la loi n°2002-305 de mars 2002 relative à l'autorité parentale définit l'exercice de l'autorité parentale comme *« un ensemble de droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux pères et mères jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »*[45]

Dans la famille, chacun doit avoir sa place.

Sur le plan psychique, l'exercice de la parentalité s'organise autour de l'interdit du parricide et de l'inceste. *« L'interdit de l'inceste s'ancre dans le développement de l'enfant par le processus œdipien. C'est la résolution du complexe œdipien qui permet l'intégration de l'interdit des échanges sexuels entre générations d'une même famille*[46] *»*

Ensuite, l'axe de « l'expérience de parentalité » qui permet de comprendre l'évolution de l'homme et de la femme qui deviennent parents. Dans cet axe, deux aspects sont mis en évidence : le désir d'enfant et le processus de transition vers la parentalité.

Le désir d'enfant relève d'une dimension consciente et inconsciente.

Au niveau de la dimension consciente, la question de désir d'enfant pour la femme est assez floue, ou encore ambivalente. Elles attendent un enfant pour donner de l'amour, pour leur transmettre des choses ou encore pour construire une famille. Elles veulent devenir mère pour reproduire ce qui a été vécu autour d'elles ou pour réparer une enfance douloureuse.

Au niveau de la dimension inconsciente, la femme veut un enfant car c'est un acte qui s'impose, il n'y a pas de représentation de l'enfant à son terme. En étant enceinte, la femme peut chercher à vérifier le bon fonctionnement de ses capacités reproductrices.

Concernant le processus de parentification, Winnicott compare l'état de la mère pendant le dernier trimestre de grossesse et les premiers mois de vie de l'enfant comme une maladie mentale *« la mère centre tous ses investissements sur son bébé et ses tâches maternelles, au détriment des investissements extérieurs et, en particulier, de sa vie conjugale*[47]*. »*

45 PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relatives à l'autorité parentale. (En ligne).

46 DELOBELLE Fanny. Cours *« La parentalité ».*

47 HOUZEL Didier. La parentalité. (En ligne).

Enfin, l'axe de « la pratique de la parentalité » qui désigne les tâches quotidiennes que réalisent les parents auprès de l'enfant. Ce sont des soins physiques (alimentaire, d'hygiène, de sécurité...), mais aussi psychiques, c'est-à-dire la qualité de présence des parents auprès de l'enfant, la communication avec lui, le développement d'un lien d'attachement. L'attachement est décrit par John Bowlby, un pédiatre et psychanalyste, comme *« un lien d'affection spécifique d'un individu à un autre. Le premier lien est établi en général avec la mère. Une fois formé, l'attachement a pour nature de durer. La construction des liens entre l'enfant et sa mère ou celle qui en tient lieu, répond à un besoin physiologique fondamental. [48]».*

Ces trois axes de la parentalité articulent l'ensemble des fonctions parentales. Elles sont étroitement liés, si l'une est touchée, cela entraîne des réajustements dans les autres.

2.2 Les approches du soutien à la parentalité :

Dans cette partie, je vais développer 4 approches de soutien à la parentalité[49]. En tant que puéricultrice, nous pouvons rencontrer des parents en difficulté dans la construction de leur rôle de parent. Notre rôle est donc de les aider à assumer ce rôle en les informant, écoutant et en mettant à leurs dispositions des services et moyens qui leur permettra de créer des interactions avec leur enfant et de devenir parent.

La première approche est l'approche répressive qui consiste à sanctionner les parents considérés comme irresponsables et défaillants. Pour cela, des sanctions sont mises en place : suspension, suppression ou mise sous tutelle des prestations familiales lorsque l'enfant est élevé dans des mauvaises conditions alimentaires, de logement et d'hygiène et lorsque les allocations ne sont pas dépensées dans son intérêt. Également des stages de soutien à la parentalité sont mis en place en cas de parents de mineurs primo-délinquants de très jeune âge, de lourds absentéismes scolaires...

La deuxième approche est l'approche sociale qui cherche à soutenir une parentalité en difficulté, à prévenir les problèmes sociaux par l'écoute et le renforcement des liens. Les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents se composent de parents, de

48 BINEL G. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant. La naissance inachevée*. p.30
49 LAMBOY Béatrice. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? (En ligne).

bénévoles et de professionnels et ils permettent la mise en place d'actions visant à conforter les compétences des parents et leurs capacités par l'échange et le dialogue. Le but final de ces actions est d'aider les parents à poser un cadre structurant à leur enfant afin qu'ils puissent grandir et s'épanouir.

La troisième approche est l'approche des sociologues, qui porte une réflexion et un regard critique sur les approches de soutien à la parentalité.
Ils accusent les pouvoirs publics de vouloir imposer une normalité de la manière d'être parent au niveau des modèles, valeurs, représentations. Pour eux, il faut prendre en compte le point de vue des parents, plutôt que de dire ce qu'ils devraient être ou faire.

Enfin, la quatrième approche est l'approche psychoéducative, qui consiste à prévenir les problèmes psycho-sociaux et promouvoir la santé par l'apprentissage de nouvelles pratiques éducatives.
Les interventions pour soutenir la parentalité se présentent sous forme de programmes ayant pour objectif d'aider les parents à faire face au développement émotionnel et comportemental de leurs enfants et d'améliorer les pratiques parentales en favorisant la communication parent-enfant. Il existe 3 types d'interventions :

- Les interventions fondées sur des visites à domicile. Lors de ces visites réalisées par des infirmières, trois thématiques sont abordées avec la mère : les comportements sanitaires positifs durant la grossesse et pendant les premières années de vie de l'enfant, les soins adaptés à l'enfant, le développement personnel de la mère.
- Les programmes de prévention qui s'adressent généralement aux enfants et adolescents de 3 à 16 ans ainsi que leurs parents. Ils visent à prévenir des troubles psychiques comme les conduites ou comportements à risque.
- Les programmes multidimensionnels axés exclusivement sur le soutien à la parentalité. Ce sont des rencontres en groupes de parents, des rencontres individuelles, des soutiens téléphoniques, des campagnes d'information concernant tout type de population. Ils visent à soutenir les parents dans l'éducation de leur enfant et à prévenir les problèmes développementaux, comportementaux, et émotionnel des enfants en augmentant les connaissances, les compétences et la confiance en soi des parents.

A travers ces approches de soutien à la parentalité, il me paraît essentiel de retenir que :

- L'intérêt de l'enfant doit rester au centre des préoccupations, il doit pouvoir bénéficier d'un environnement favorable à son développement et son épanouissement.
- Les actions de soutien doivent s'appuyer sur les ressources et compétences des parents.
- La prise en compte des contextes de vie est nécessaire afin de proposer des actions personnalisées à chaque famille.

2.3 La parentalité en situation d'addiction :

Dans le contexte d'une naissance avec des parents en situation d'addition, la parentalité est perturbée par différents facteurs que je vais développer ci-dessous.

Tout d'abord, la consommation de substances psychoactives, notamment d'héroïne chez la femme entraîne le plus souvent des aménorrhées. De ce fait, la déclaration de grossesse est tardive. Cette connaissance tardive de la grossesse et le manque de suivi médical peut avoir un impact psychologique, car le temps d'élaboration de la grossesse est plus court, ce qui peut nuire à la mise en place de l'enfant imaginaire et à la relation avec l'enfant à la naissance.

De plus, le nouveau-né présentant un syndrome de sevrage à la naissance est hospitalisé en service de néonatalogie. Cette hospitalisation provoque une séparation mère-enfant, ce qui peut avoir une incidence sur la construction du processus de parentalité et des liens d'attachement.

Enfin, les parents peuvent se sentir coupables et incompétents face à leur enfant qui présente un syndrome de sevrage. Ces deux sentiments renforcent la perturbation de l'établissement du lien parent-enfant et donc du processus de parentalité.

Notre rôle de soutien à la parentalité est donc nécessaire, il consistera chez ces parents à mettre en valeur et soutenir leurs compétences parentales.
A la naissance, il serait important de ne pas séparer la mère et l'enfant en hospitalisant si possible le nouveau-né et sa mère en unité « kangourou ».
Pour accompagner ces parents à la parentalité et à l'établissement du lien parent-enfant, une

analyse des besoins et demandes par une écoute active de leur histoire et attentes est tout d'abord indispensable. Ensuite, nous favorisons la présence des parents lors des soins et leur participation aux soins de confort, de maternage et de cocooning. Cela nous permet en tant que soignant de sensibiliser les parents aux techniques assurant la sécurité de l'enfant, de les rassurer et d'évaluer la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant.
Lors de cette hospitalisation, il est important d'impliquer le père car il peut se sentir également en difficulté dans l'investissement de son rôle de père.
Concernant la sortie, un travail en partenariat avec la protection maternelle et infantile, est mis en place et une évaluation du lien d'attachement entre la mère et l'enfant est réalisée par une équipe pluri-professionnelle.
La puéricultrice et le médecin de PMI auront un rôle de liaison dans la continuité de la prise en charge. Ils devront faire preuve de vigilance lors des visites concernant le lien d'attachement, le développement de l'enfant et continuer à soutenir et accompagner les parents dans le processus de parentalité. A la demande de la mère toxicomane, l'équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues peut proposer des consultations de conseils, soutien psychologique, de suivi social...
Toutes ces interventions ayant pour objectif le bien-être de l'enfant et son bon développement.

4ème PARTIE : SYNTHESE ET HYPOTHESES.

1. Synthèse et analyse de mon cadre contextuel et conceptuel :

Avant de formuler mes hypothèses de recherche, je vais revenir sur mon cheminement et en faire une synthèse. Tout d'abord, j'ai exposé mes deux situations de départ provenant pour l'une d'un article et pour l'autre d'un entretien avec une infirmière puéricultrice. Puis, j'ai analysé cet article à l'aide d'un questionnement, ce qui m'a permis de rédiger ma question de départ : *En quoi la puéricultrice joue-t-elle un rôle d'accompagnement à la parentalité auprès des parents d'un nouveau-né présentant un syndrome de sevrage en néonatalogie ?*
A la suite de cette question de départ, j'ai effectué des recherches afin d'élaborer mon cadre contextuel portant sur la néonatalogie, l'infirmière puéricultrice et le syndrome de sevrage néonatal. Et mon cadre conceptuel portant sur l'accompagnement et la parentalité.

La partie contextuelle m'a permis de comprendre dans un premier temps ce qu'est un service de néonatalogie à travers son organisation, la législation concernant les droits de l'enfant hospitalisé dans ce service et les moyens mis en œuvre pour favoriser la création du lien mère-enfant. Ensuite, je me suis intéressée à la puéricultrice à travers la législation qui régit la profession et à son rôle en néonatalogie. La puéricultrice a un rôle propre et un rôle sur prescription. Elle réalise des soins techniques et des soins relationnels visant le bien-être de l'enfant.
Puis, je me suis intéressée à la dépendance des parents afin de comprendre les risques de cette dépendance sur l'enfant notamment le risque de syndrome de sevrage néonatal que j'ai développé dans la dernière partie de mon cadre contextuel.
Mes recherches sur le syndrome, m'ont permis de savoir le définir, l'identifier par l'observation de ces signes cliniques et le soulager par différents moyens non-médicamenteux notamment les soins de développement et de maternage.

Dans la partie conceptuelle, j'ai étudié deux concepts : le concept d'accompagnement et le concept de la parentalité.
Concernant l'accompagnement, ces recherches m'ont permis de comprendre que la puéricultrice à un rôle d'accompagnement auprès des parents en néonatalogie. Pour accompagner, la puéricultrice adapte une posture professionnelle et met en place une relation d'aide.
La posture professionnelle est définie par Maela Paul. Elle se caractérise par une posture éthique, de non-savoir, de dialogue, d'écoute et émancipatrice. Le soignant adopte sa posture en fonction de la situation de la personne, c'est-à-dire qu'il prend en compte l'histoire, les besoins et demandes de l'accompagné.
La relation d'aide est définie par Carl Rogers. Le soignant dans son rôle d'aidant auprès des personnes en difficultés doit faire preuve selon lui de 4 attitudes : l'empathie, l'écoute active, la congruence et le non-jugement. Cela favorise la création d'une relation de confiance et permet l'apport d'un soutien auprès de la personne en difficultés.

Concernant la parentalité, cette partie m'a permis de comprendre la notion de parentalité qui est au centre des préoccupations. Elle se caractérise par un ensemble de droits et devoirs que les parents ont envers l'enfant ; un ensemble d'affects éprouvés pour chaque enfant et un

ensemble de fonctions assumées par les parents.
Les parents sont des acteurs essentiels au développement et à l'épanouissement de leur enfant. Il est donc important de faire valoir leur rôle de parents en valorisant leurs compétences et ressources. Pour cela, la puéricultrice intègre les parents dans les soins afin de faciliter le lien parent-enfant et travaille avec une équipe pluridisciplinaire qui propose également des actions pour favoriser les interactions entre l'enfant et ses parents, ainsi que la mise en place du processus de parentalité. Les actions proposées doivent prendre en compte le contexte de vie des parents et leurs demandes.

2. **Hypothèses de recherche :**

Suite à l'élaboration de mon cadre contextuel et conceptuel, ma question de départ n'a pas changée : ***En quoi la puéricultrice joue-t-elle un rôle d'accompagnement à la parentalité auprès des parents d'un nouveau-né présentant un syndrome de sevrage en néonatalogie ?***

En lien avec la construction de mon cadre contextuel et conceptuel, et afin de tenter de répondre à ma problématique, j'ai retenu deux hypothèses de recherche afin d'orienter mon enquête auprès des professionnels de terrain.
Ces hypothèses sont :

1) En adoptant une posture éthique, de non-savoir, de dialogue, d'écoute et émancipatrice la puéricultrice prend en compte les besoins de chaque famille et accompagne de manière personnalisée les parents aux processus de parentalité.

2) En développant, l'autonomie des parents lors des soins de maternage, de cocooning et de maternage, la puéricultrice favorise la création du processus de parentalité.

6ème PARTIE : ENQUETE ET ANALYSE.

1. Méthodologie de l'enquête :

1.1 Choix de l'outil de l'enquête :

Afin de répondre à mes hypothèses, j'ai décidé de réaliser des entretiens semi-directifs.
« L'entretien semi-directif ou semi-dirigé est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé ».[50]
Ce type d'outil me semble le plus adapté, il va me permettre de recueillir des informations qualitatives sur le point de vue et l'expérience des puéricultrices concernant le sujet de l'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction.
Pour cela, j'ai rédigé un guide d'entretien (ANNEXE 4) avec des questions ouvertes, qui comporte plusieurs thématiques que je souhaite aborder durant la discussion. Mes questions portent sur le récit de vie c'est-à-dire le parcours professionnel et sur la pratique en cherchant à ce que le professionnel décrive sa pratique. Mes questions sont ouvertes afin de laisser la possibilité aux professionnels de s'exprimer librement sur ma thématique.
J'ai élaboré également des questions de relance dans le but de guider l'entretien sur l'objet de ma recherche et de pousser la personne interrogée à approfondir son discours.

1.2 Choix de la population interrogée et du lieu d'enquête :

La population ciblée pour réaliser ces entretiens sont des puéricultrices travaillant en néonatalogie et ayant déjà pris en charge des enfants présentant un syndrome de sevrage à la naissance.
Afin de diversifier les réponses, j'aimerais m'orienter vers différents hôpitaux et des services de néonatalogie différents (par exemple des niveaux 2A avec des lits de néonatalogie ou encore des niveaux 2B avec des lits de soins intensifs) , selon les disponibilités de chacun.

50 VAN CAMPENHOUDT Luc, MARQUET Jacques, QUIVY Raymond. *Manuel de recherche en sciences sociales.* p.242

1.3 Déroulement des entretiens :

Dans le contexte actuel du COVID-19 au moment de mes entretiens, j'ai pris la décision de contacter des puéricultrices sur un groupe de réseaux sociaux qui s'intitule « Infirmière puéricultrice ». Pour cela, j'ai écrit un message sur ce groupe en expliquant que je recherchais des puéricultrices travaillant en néonatalogie pour un entretien téléphonique ou en visio-conférence pour mon projet professionnel sur le thème de l'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction en néonatalogie.
Suite à mon message, quatre puéricultrices m'ont contacté pour un entretien et nous avons fixé des rendez-vous téléphoniques.
J'ai réalisé mes rendez-vous téléphonique du 9 au 13 mai 2020 depuis mon domicile.
Concernant les puéricultrices, trois d'entre-elles étaient à leur domicile lors de l'entretien et une d'entre-elles était sur son lieu de travail, dans une pièce au calme. Toutes les puéricultrices ont accepté que j'enregistre l'entretien à l'aide de mon ordinateur, ce qui m'a permis d'être plus attentive aux réponses de chacune et m'a facilité la retranscription des entretiens.

1.4 Limites des entretiens :

Concernant mon guide d'entretien, j'ai élaboré des questions larges afin de ne pas influencer les réponses des professionnels. J'ai obtenu, lors de mes entretiens, des éléments de réponses riches et variées mais trop élargis ou encore trop ciblés sur une situation, ce qui a compliqué ma démarche d'analyse.

Concernant la méthode de réalisation des entretiens, par crainte de manque de temps, je n'ai pas réalisé d'entretien test auprès de collègues ou professionnels afin d'évaluer la compréhension de mes questions. Je regrette ce choix car cela m'aurait permis de remodeler ou encore modifier certaines questions, notamment la première, afin de les rendre plus précises et plus claires pour les puéricultrices interrogées.

Pour finir, j'ai constaté que les entretiens par téléphone limitent les interactions avec les professionnels et ne permettent pas d'observer les expressions faciales.

2. **Analyse des entretiens :**

Afin de réaliser l'analyse de mes entretiens, je les ai tout d'abord retranscrit. La retranscription de mon deuxième entretien apparaît en Annexe n°5. J'ai choisi de mettre cet entretien en annexe car je trouvais qu'il était pertinent. En effet, la puéricultrice, répond à mes questions en mettant en lien différentes situations vécues.
J'ai dégagé de mes quatre entretiens, les idées énoncées en les soulignant. Puis, j'ai réalisé un tableau récapitulatif reprenant les thèmes principaux de mon guide d'entretien (ANNEXE n°6) : l'accompagnement des parents toxicomanes par la puéricultrice, les postures d'accompagnement, les difficultés rencontrées lors de l'accompagnement à la parentalité, et les ressources mises à disposition des professionnels pour soutenir la parentalité lors d'une situation d'addiction, afin de classer les différentes idées relevées. Enfin, j'ai comparé les données théoriques avec les éléments recueillis lors de mes entretiens..

Tout d'abord, je vais dresser le profil socio-professionnel des soignantes interrogées. Puis je présenterai mon analyse axée sur quatre thèmes. Premièrement, je vais reprend des situations rencontrées par les puéricultrices dans leur service pour accompagner les parents toxicomanes. Cela va me permettre de comprendre le rôle et les actions que mettent en place les puéricultrices pour accompagner les parents toxicomanes à la construction du processus de parentalité. Deuxièmement, je mettrais en lien les postures d'accompagnement qu'adoptent les puéricultrices pour accompagner les parents toxicomanes avec celles décrites par Maela Paul.
Troisièmement, je m'intéresserai aux difficultés que rencontrent les puéricultrices pour accompagner ces parents à la parentalité. Quatrièmement, j'aborderai les ressources que disposent les puéricultrices pour soutenir les parents à la parentalité lors d'une situation d'addiction.

A- Présentation des puéricultrices interrogées :

La puéricultrice n°1 est diplômée infirmière depuis juillet 2015. Elle a travaillé en néonatalogie avant de pouvoir partir à l'école de puéricultrice en janvier 2016. Elle a été diplômée infirmière puéricultrice en décembre 2016. Et depuis maintenant 3 ans et demi, elle travaille en néonatalogie dans un niveau 2B au centre hospitalier de B.

La puéricultrice n°2 est diplômée infirmière depuis 14 ans et puéricultrice depuis presque 5 ans. Elle a travaillé auprès des enfants et des adolescents depuis son diplôme. Ces trois dernières années, elle a fait des remplacements dans un service de néonatalogie qui fait soins intensifs et soins courants. Et depuis fin septembre, elle est en poste dans ce service.

La puéricultrice n°3 est diplômée infirmière depuis 2016 et puéricultrice depuis décembre 2017. Depuis l'obtention de son diplôme, elle travaille en néonatalogie au centre hospitalier de D, un niveau 2A. Actuellement, elle réalise un DU en lactation.

La puéricultrice n°4 est diplômée infirmière depuis 2007 et puéricultrice depuis 2011. Elle a travaillé essentiellement en médecine néonatale, soins intensifs et réanimation pendant 10 ans. Et depuis 2 ans, elle travaille en PMI (Protection Maternelle Infantile).

B- L'accompagnement des parents toxicomanes par la puéricultrice :

Dans un premier temps, j'ai demandé aux puéricultrices de me décrire une situation d'accompagnement auprès des parents toxicomanes afin de comprendre leur rôle et les actions qu'elles mettent en place pour accompagner ces parents à la construction du processus de parentalité. Je me suis rendu compte lors des entretiens que cette question n'avait pas été comprise par tous les professionnels. En effet, les puéricultrices n°1 et n°3 ne m'ont pas décrit une situation, mais m'ont parlé de l'accompagnement des parents toxicomanes en général.

Les puéricultrices n° 1, 2 et 3 ont évoqué l'importance de la présence des parents durant l'hospitalisation, en chambre mère-enfant ou « kangourou », pour les accompagner durant le syndrome de sevrage de leur enfant. La puéricultrice n°3 : *« souvent on propose à ces mères (...) qu'elles restent auprès de nous en chambre mère-enfant, comme ça elles restent 24h/24h auprès de leur bébé et nous on a vraiment un regard sur leur échange avec leur enfant et leur prise en charge »* Ou encore la puéricultrice n°2 *« Cette maman comme la petite allait bien on la mise rapidement, ce qu'on essaie de faire le plus souvent, en chambre qu'on appelle Kangourou . C'est une chambre où elle a son lit et les collègues de maternité s'en occupe et nous on s'occupe dans la même chambre de la petite. Ca aide à créer le lien. »* Pour finir, la puéricultrice n°1 rajoute que la présence des parents en chambre parent-enfant leur permet

d'être là *« pendant les pleurs du bébé, pour faire le score de Finnegan, au moment où l'on donne le traitement. Pour qu'ils apprennent à connaître leur bébé. »*

La puéricultrice n°2 m'a décrit une situation d'une petite fille née à terme avec un poids de 2500g et qui présentait un syndrome de sevrage important. Elle était hospitalisée en néonatalogie, en chambre Kangourou avec sa mère. Elle m'explique à travers cette situation l'importance d'être présente pour aider les mères à s'occuper aux mieux de l'enfant et l'importance de faire preuve d'adaptabilité car ce sont des parents qui peuvent être bien à certains moments et à d'autres moments très mal. Cela permet d'après elle, une accroche, une relation.

La puéricultrice n° 3 explique que tout d'abord, il est essentiel d'avoir la notion de consommation chez la mère. Ensuite, elle accompagne les parents toxicomanes à l'autonomie, tout en veillant à la sécurité de l'enfant. Pour cela, elle les accompagne dans les gestes quotidiens *« comment donner le biberon, comment changer l'enfant, comment faire le bain ».* Et elle s'assure que les parents sont en capacité de s'occuper de leur enfant *« Parfois, il y a des mises en situation qui font que tellement que l'enfant n'est pas dans un milieu sécurisant, il y aura des placements ou des mises en foyer pour qu'il y ai un regard 24h/24 de la situation »* Pour finir, elle m'explique que la traçabilité est essentielle afin d'avoir une continuité dans la prise en charge et une cohérence auprès des parents.

La puéricultrice n°4 m'a décrit une situation d'un bébé grand prématuré avec un syndrome de sevrage important dû à la toxicomanie de la maman. De plus, un placement se profilait à la sortie de l'hospitalisation compte tenu de la toxicomanie parentale. Malgré tout, elle m'explique qu'un accompagnement à la parentalité avait lieu tant qu'il n'avait pas de mesure judiciaire prise. Pour cela, ils accompagnent les parents pour qu'ils participent aux soins, qu'ils puissent faire du peau à peau, et pour que l'enfant se développe dans les meilleures conditions possibles.

Ensuite, j'ai questionné les puéricultrices sur ce qui est important pour elles, l'enfant et les parents dans ces situations d'accompagnement à la parentalité.
Pour l'enfant, les quatre puéricultrices se rejoignent concernant l'importance de la présence

des parents auprès de leur enfant en néonatalogie. Pour la puéricultrice n° 2 *« Les bébés qui sont en syndrome de sevrage quand ils sont pas bien, ils perdent toute leur énergie donc c'est vraiment important qu'il y ait la maman au plus proche si elle est en capacité »*. La puéricultrice n°4 complète « *Pour l'enfant, le plus important c'est d'être entouré, d'être accompagné, (...) lorsque c'est possible qu'il puisse bénéficier comme d'autres de portage, de câlinage, de choses dont il a besoin pour se développer dans les meilleures conditions »*

Pour les parents, ce qui est important d'après la puéricultrice n°4 et la puéricultrice n°3 c'est de montrer leurs compétences parentales. *« Ils veulent être acteur »* Il est important que la puéricultrice mette en valeur les choses qu'ils savent faire, par exemple donner un biberon, faire un change. Ce sont des choses qui paraissent simples et anodines, mais qui sont vraiment importantes pour les parents. La puéricultrice n° 3 explique que certaines mamans se sentent coupables face à leur enfant qui présente un syndrome de sevrage, il est donc important de les déculpabiliser.

Pour les soignants, ce qui important dans l'accompagnement à la parentalité de ces parents toxicomanes, c'est la relation de confiance avec les parents et la transparence des parents sur l'addiction. La puéricultrice n° 1 explique qu'il est important d'amener une relation de confiance pour que les parents disent tout, pour que rien ne soit caché et qu'il n'y ai pas de non-dits.

A travers toutes ces réponses des puéricultrices et mon cadre théorique, on constate que l'accompagnement peut se définir et se formaliser de multiples manières.
L'objectif étant d'amener à l'autonomie, à la création du processus de parentalité en favorisant dans ce contexte d'addiction la présence des parents auprès de l'enfant tout au long de l'hospitalisation, la participation des parents aux soins de maternage, de cocooning (peau à peau, portage) et en adoptant une posture d'accompagnement permettant aux parents de prendre conscience de leurs compétences parentales et ainsi de devenir acteurs dans la prise en charge de leur enfant.

C- Les postures d'accompagnement :

Dans un second temps, j'ai questionné les puéricultrices sur les postures et les attitudes qu'elles adoptent lors de ces situations d'accompagnement à la parentalité.
Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, Maela Paul met en évidence 5 postures : une posture éthique, une posture de non-savoir, une posture de dialogue, une posture d'écoute et une posture émancipatrice

Concernant la posture éthique, la puéricultrice n°3 évoque cette posture à travers l'accompagnement vers l'autonomie des parents *« On va pas faire à leur place, on va vraiment les accompagner et les conseiller aux mieux »* .
Les puéricultrices n° 2 et n°4 évoquent cette posture en expliquant qu'il est important de valoriser les parents. *« Mettre en valeur les choses qu'elles savent faire » « Il faut vraiment les encourager (...) dire continuez à faire comme vous faites, c'est très bien »*
Les puéricultrices n°1 et n°3 m'expliquent l'importance du non jugement des professionnels face à la toxicomanie des parents. Pour elles, il faut prendre en charge les parents et le bébé comme d'autres parents.
A travers ces postures, les puéricultrices visent l'autonomie des parents toxicomanes en valorisant les parents, en faisant preuve de non-jugement et de bienveillance.

Concernant la posture de non-savoir, la puéricultrice n°4 , m'explique que *« la franchise, la clarté entre les parents toxicomanes et le soignant est indispensable »* .
Pour la puéricultrice n°1, il est important que le soignant montre ses connaissances aux parents toxicomanes. Pour elle, *« il faut mettre un cadre à ses parents. Tout en essayant de leur montrer qu'on veut leur faire confiance ».*
En conclusion, je constate que la posture de non-savoir est difficile à adopter auprès de parents toxicomanes car ce sont des parents qui d'après la puéricultrice n°1 *« ont davantage tendance aux mensonges sur leur passé, leur consommation, leur environnement »* et donc le soignant *«ne doit pas être naïf et ne doit pas croire tout ce que disent les parents toxicomanes. »*

Concernant la posture de dialogue, la puéricultrice n°1 explique l'importance d'une relation de confiance avec les parents, elle va permettre de nouer plus facilement un dialogue afin que les parents disent tout et que la prise en charge soit optimale. Elle rajoute néanmoins qu'en général ces parents se dévoilent peu.
La puéricultrice n°4 explique qu'il est important d'adopter une attitude ouverte, de non jugement qui favorise le dialogue. Lors de l'accompagnement de ces parents, elle les questionnent pour mieux les comprendre et ainsi *« mettre en œuvre un étayage solide : addictologue, médecin traitant, PMI pour l'enfant,.. »*

En ce qui concerne la posture d'écoute, seule la puéricultrice n°2 évoque le terme d'écoute *«on doit leur montrer qu'on est à l'écoute et qu'on est là pour aider »* en mettant en lien une situation vécue. Dans la situation vécue par la puéricultrice, la maman n'était pas bien, elle avait sa fille dans les bras qui pleurait et elle marchait très vite dans la chambre en répétant *« aidez-moi, aidez-moi, j'en peux plus ».* Dans cette situation, la puéricultrice n°2 explique qu'elle manquait de temps à ce moment. La notion de temps est importante dans l'accompagnement. C'est le pédiatre et le médecin qui se sont montrés disponibles face aux difficultés de la mère et pour la sécurité de l'enfant.

Enfin, la posture émancipatrice, qui vise l'autonomisation des parents est évoquée indirectement par les 4 puéricultrices.
Pour favoriser l'autonomie des parents, la puéricultrice n°1 explique que son rôle n'est pas de substituer à la mère mais de l'investir au maximum dans les soins de son enfant. Par exemple, elle fait le score de Finnegan avec les parents pour qu'ils voient l'évolution de leur bébé et dépiste lors de l'absence du soignant certains symptômes.
Pour les puéricultrices n°2, n°3 et n°4, beaucoup de mamans ressentent de la culpabilité face au syndrome de sevrage que présente l'enfant, il est important de les déculpabiliser, de les encourager et de mettre en valeur les choses qu'elles savent faire afin de les accompagner vers l'autonomie. *«On baisse l'Oramorph pour votre fille, c'est bien, c'est qu'elle a franchi une étape, continuez à faire comme vous faites c'est très bien »,*

Hormis les cinq postures définit par Maela Paul, les puéricultrices ont abordé d'autres postures et attitudes telles que la bienveillance, la prise de recul, ou encore l'adaptation.

Pour les puéricultrices n°2 et n°4, ces postures et attitudes permettent une alliance avec les parents pour que la prise en charge soit optimale pour le bébé.
Pour conclure, comme énoncé dans mon cadre théorique, je confirme que la posture d'accompagnement n'est pas ancrée mais fluide. En adoptant une posture d'accompagnant adaptée aux besoins des parents, la puéricultrice vise l'autonomie des parents.

D- Les difficultés rencontrées lors de l'accompagnement à la parentalité :

Cette partie me permet d'identifier les difficultés rencontrées par les puéricultrices lors de l'accompagnement à la parentalité des parents toxicomanes. J'ai constaté dans cette partie que chaque puéricultrice exprimait des difficultés différentes en fonction des situations qu'elles avaient vécues.

Tout d'abord, la puéricultrice n°1 explique que la difficulté principale est les non-dits des parents concernant leur consommation. Elle explique que certaines mères ne veulent pas dire qu'elles consomment ou minimisent cette consommation.

Ensuite, d'après la puéricultrice n°2, l'agressivité des parents quand ils sont en manque est difficile à prendre en charge. Elle me raconte une situation où les agents de la sécurité sont restés devant la porte d'une maman pendant 15 jours pour éviter que celle-ci passe à l'acte physique.

Pour la puéricultrice n°3 , ce qui est difficile dans l'accompagnement à la parentalité c'est la culpabilité des parents face au syndrome de sevrage que présente leur enfant. Et la consommation excessive des parents qui va entraîner une incapacité de s'occuper de leur enfant.

Enfin, pour la puéricultrice n°4, la difficulté qu'elle rencontre dans l'accompagnement à la parentalité des parents toxicomanes est l'absence de régularité dans la présence des mères. Elle trouve que ces mères manquent souvent les rendez-vous fixés pour participer aux soins de leur enfant.

E- Les ressources à disposition des professionnels pour soutenir la parentalité lors d'une situation d'addiction :

Cette partie me permet d'identifier les ressources que disposent les puéricultrices pour accompagner les parents toxicomanes à la parentalité dans les meilleures conditions possibles.

La puéricultrice n°1 m'explique que dans son service, ils travaillent avec le CSAPA, qui est un centre qui suit les personnes toxicomanes ou avec d'autres addictions. Le lien avec le CSAPA leur permet dans savoir plus sur l'histoire de la famille, l'histoire de vie, sur la consommation car les parents toxicomanes sont des parents qui se dévoilent très peu.

La puéricultrice n° 2 m'explique qu'ils travaillent dans son service avec un service mobile « Péri-nat » et avec l'ENVOL qui est un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie. *« Il y a des mamans qui ne sont pas du tout suivies, qui ne le veulent pas. Mais, celles qui sont suivies, on voit quand même qu'elles ne sont pas dans le déni, elles sont au clair, elles adhérent. Et donc ça se passe mieux en général ».*

La puéricultrice n° 3 m'explique que son service travaille avec un hôpital psychiatrique et donc que des infirmières thérapeutes ou encore des psychologues viennent deux fois par semaine pour discuter avec ces mères. Et qu'également, en cas de besoin, elles font appel au service d'addictologie du centre hospitalier.

La puéricultrice n° 4 m'explique que les mères consommatrices, dans le centre hospitalier où elle travaillait étaient suivies en anténatal par une addictologue spécialisée dans les suivis de grossesse des mères toxicomanes.

Pour conclure cette partie, je constate que les puéricultrices ont à leur disposition des services et moyens qui leur permettre d'aider les parents à assumer leur rôle de parent et à créer des interactions avec leur enfant. En lien avec ma partie théorique, les approches citées par les puéricultrices sont sociales, psychoéducatives ou encore répressives. La puéricultrice n°3 souligne que lorsque la situation n'est pas sécurisée, il y a des placements ou des mises en foyer, dans ce cas-là c'est une approche répressive qui consiste à sanctionner les parents. Ou

encore, la puéricultrice n°4 souligne que les mères en anténatale peuvent être suivies par une addictologue spécialisée dans les suivis de grossesse de mères toxicomanes, dans ce cas c'est une approche psychoéducative qui vise à prévenir les problèmes psycho-sociaux.

3. **Synthèse de l'enquête et validation ou non des hypothèses :**

Hypothèse n°1 : En adoptant une posture éthique, de non-savoir, de dialogue, d'écoute et émancipatrice, la puéricultrice prend en compte les besoins de chaque famille et accompagne de manière personnalisée les parents aux processus de parentalité.

Tout d'abord, concernant la première hypothèse, l'analyse de mes entretiens m'a permis de mettre en avant quatre postures sur cinq décrites par Maela Paul : la posture éthique, d'écoute, de dialogue et émancipatrice. Pour les puéricultrices, les parents toxicomanes nécessitent un apport de connaissance sur la prise en charge de l'enfant ou encore un cadre, la posture de non-savoir est donc difficile à adopter auprès de cette population. Mon hypothèse est donc partiellement validée.

Hypothèse n°2 : En développant l'autonomie des parents lors des soins de maternage, de cocooning et de confort, la puéricultrice favorise la création du processus de parentalité.

Ensuite, concernant la deuxième hypothèse, l'analyse de mes entretiens m'a permis de comprendre l'importance de la présence des parents auprès de l'enfant présentant un syndrome de sevrage, durant toute l'hospitalisation en chambre parents-enfant. Cela permet, d'après les puéricultrices, l'investissement des parents dans les soins de confort, maternage (portage, peau à peau, et soins d'hygiène comme le bain, le change) du bébé et dans la surveillance des signes de syndrome de sevrage de leur enfant (pleurs, éternuements..). Cette participation favorise l'autonomie des parents et la création du processus de parentalité. En effet, d'après les puéricultrices, cette participation permet aux parents de connaître leur bébé, d'être acteurs des soins et ainsi de se sentir valorisés dans leurs compétences parentales.
De ce fait, ma deuxième hypothèse est selon moi validée.

PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES :

A travers ce projet professionnel, je me suis intéressée particulièrement à l'accompagnement, qui est un concept important dans l'exercice de notre profession et à la parentalité. J'ai choisi d'étudier ces deux concepts afin de comprendre le rôle de la puéricultrice dans l'accompagnement à la parentalité des parents d'un nouveau-né présentant un syndrome de sevrage en néonatalogie.

Lors de la réalisation de mon projet professionnel, je me suis particulièrement intéressée au service de néonatalogie, mais nous pouvons également rencontrer ces situations d'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction dans d'autres services comme la maternité ou encore la Protection Maternelle Infantile.

L'écriture de ce travail m'a permis de comprendre l'importance de l'accompagnement des parents toxicomanes aux processus de parentalité en néonatalogie. Les parents étant des acteurs de la prise en charge du nouveau-né, il est important de les intégrer dans la prise en soins de leur enfant afin qu'ils développent leurs compétences parentales et que l'enfant se développe dans les meilleures conditions. Notre rôle étant de les guider vers l'autonomie en favorisant leur présence tout au long de l'hospitalisation, en les intégrant dans les soins de cocooning, de maternage et de confort.

Ce travail m'a également permis de me rendre compte de l'importance des postures professionnelles pour un accompagnement de qualité des parents en situation d'addiction. Lors de mes stages, je n'ai pas eu l'occasion d'accompagner des parents en situation d'addiction, mais j'ai pu mettre en pratique les différentes postures d'accompagnement que j'ai étudié tout au long de mon travail comme l'écoute, le non-jugement, ou encore la bienveillance. Au cours de ma future pratique professionnelle, je devrais continuer à approfondir ma façon d'écouter, de valoriser ou encore de mise en confiance afin que l'accompagnement soit optimal et ainsi permettre l'autonomisation des parents.

Ce travail de recherche fut pour moi très enrichissant. Il m'a permis de découvrir la prise en soins de l'enfant présentant un syndrome de sevrage et l'accompagnement de ses parents à la

parentalité en néonatalogie. En tant que future puéricultrice, je suis satisfaite d'avoir traité ce sujet car mes recherches et le retour d'expériences des puéricultrices m'ont apporté de nombreuses connaissances qui me permettront de prendre en soin un enfant présentant un syndrome de sevrage et d'accompagner ses parents.

CONCLUSION :

Chaque année, le syndrome de sevrage néonatal touche de nombreux enfants de parents toxicomanes. Il survient chez des nouveaux-nés de mères ayant consommé pendant la grossesse des substances psychoactives. Il a de nombreux retentissements sur l'enfant, engendre un important sentiment de culpabilité chez les parents, perturbe la création du lien mère-enfant et le développement du processus de parentalité.

A partir de mes deux constats et de mon questionnement, j'ai élaboré la problématique suivante : ***En quoi la puéricultrice joue-t-elle un rôle d'accompagnement à la parentalité auprès des parents d'un nouveau-né présentant un syndrome de sevrage en néonatalogie ?***
Puis pour orienter mes recherches, j'ai rédigé deux hypothèses :

- En adoptant une posture éthique, de non-savoir, de dialogue, d'écoute et émancipatrice la puéricultrice prend en compte les besoins de chaque famille et accompagne de manière personnalisée les parents aux processus de parentalité.
- En développant l'autonomie des parents lors des soins de maternage, de cocooning et de confort, la puéricultrice favorise la création du processus de parentalité.

Ensuite, j'ai mené quatre entretiens téléphoniques auprès de puéricultrices travaillant en néonatalogie. Enfin, j'ai analysé et confronté les résultats obtenus avec mon cadre de référence.

Au terme de ce travail de recherche, je constate que l'accompagnement de la puéricultrice est essentiel auprès des parents toxicomanes. Dans un premier temps, elle va proposer à la maman de rester auprès de son enfant en chambre mère-enfant ou « kangourou » afin de soutenir et renforcer l'établissement du lien mère-enfant. Puis, elle va inviter les parents à participer aux soins de confort, de cocooning et de maternage afin qu'ils se sentent acteurs et valorisés dans leurs compétences parentales. Cette présence parentale est essentielle au bon développement de l'enfant, à la création du lien mère-enfant et favorise le processus de parentalité.
Pour accompagner ces parents vers l'autonomisation, les puéricultrices doivent adopter une posture professionnelle faite de non-jugement, d'écoute, de bienveillance, de franchise ou encore d'adaptabilité. Ces postures vont permettre d'instaurer une relation de confiance avec

les parents, de les déculpabiliser et ainsi leur permettre de se sentir valorisés dans leurs compétences parentales.

Pour finir, ce travail de recherche m'amène à un nouveau questionnement concernant la place de la puéricultrice auprès du nouveau-né présentant un syndrome de sevrage devant supporter l'absence parentale à sa naissance ou le désinvestissement de ses parents. Je me questionne sur ce sujet, suite à l'entretien avec la puéricultrice n°4 qui m'avait expliqué que parfois des placements avaient lieu ou encore que les parents avaient des difficultés dans la régularité de leur présence auprès de l'enfant. Tout au long de ce mémoire, j'ai relevé l'importance de la présence des parents auprès de l'enfant tout au long de l'hospitalisation et lors des soins. Je me questionne donc sur la place de la puéricultrice lors de l'absence de la figure parentale et les conséquences de cette absence chez le nouveau-né, notamment celui présentant un syndrome de sevrage.

Quels sont les risques pour l'enfant présentant un syndrome de sevrage face à l'absence parentale dès la naissance ?

Comment prendre en charge un nouveau-né en néonatalogie lorsque ces parents sont absents, tout en gardant une distance professionnelle et en répondant à ses besoins affectifs ? Quelles postures et attitudes, devons-nous adopter avec ces nouveau-nés ?

BIBLIOGRAPHIES :

OUVRAGES :

- BINEL Geneviève. P*rématurité et rupture du lien mère-enfant. La naissance inachevée*. Québec : Gaétan Morin, 2000, 227 p.
- WANQUET-THIBAULT Pascale. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015, 172 p.
- MARTEL Marie-Josée, MILETTE Isabelle. *Les soins du développement. Des soins sur mesures pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Québec : Collection Intervenir, 2006, 194 p.
- RICHARD Denis, SANON Jean-Louis, VALLEUR Marc. *Dictionnaires des drogues et des dépendances,* Rodesa : Larousse, octobre 2009, 751 p.
- COLSON S, GASSIER J, DE SAINT-SAUVEUR C. *Le guide de la puéricultrice.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, novembre 2018, 1240 p.
- VAN CAMPENHOUDT Luc, MARQUET Jacques, QUIVY Raymond. *Manuel de recherche en sciences sociales.* Malakoff *:* Dunod, juillet 2017, 383p.

REVUES :

- BILLOT FRANCOISE. La relation d'aide en soins infirmiers. *Cahiers de la Puéricultrice,* 2010, n°241. p.12.
- NEE Christelle. Le rôle de la puéricultrice auprès du nourrisson présentant un syndrome de sevrage. *Cahiers de la puéricultrice*, 2011, n°246, p.16.
- VELLY Corinne. Accueillir la mère et son enfant en néonatalogie. S*oins Pédiatrie/Puériculture, 2006*, n°231, p.25.
- BARTHELEMY Camille, MARION Marie, DODANE Marie-Agnès. Accompagnement à la parentalité en situation d'addiction. *Cahiers de la puéricultrice,* 2015, n°290, p.33-35.

ARTICLES ELECTRONIQUES :

- LAMBOY Béatrice. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? *Différentes approches pour un même concept.* (En ligne), 2009, n°21, p.31-60. (Consulté le 21 mars 2020). Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm
- CHEVALLIER Camille, COLLOMBIER Madeleine, THOMYRE Catherine , et al. Rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité. *Santé publique*. (En ligne), 2018, n°30, p.633-661. (Consulté le 25 mars 2020). Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-5-page-633.htm

- SIMON Édith. Processus de conceptualisation d' « empathie ». *Recherche en soins infirmiers.* (En ligne), 2009, n°98, p.28-31. (Consulté le 21 mars 2020) Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.htm
- PAUL Maela. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. Recherche en soins infirmiers. (En ligne), 2012, n°110, p.13-20. (Consulté le 18 mars 2020). Disponible sur : https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm
- BENQUET Marie-Christine. Expérience d'une puéricultrice au sein d'une unité Kangourou. *Spirale.* (En ligne), 2008, n°46, p.101-109. (Consulté le 23 mars 2020) Disponible sur :https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-2-page-101.htm

LIVRES ELECTRONIQUES :

- HOUZEL Didier. La parentalité. (En ligne). Paris : Presses Universitaires de France, 2002, 448p. (Consulté le 20 mars 2020). Disponible sur : https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_SOLI_2002_01_0061
- FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. Les concepts en sciences infirmières, Association de recherche en soins infirmiers, 2012, 328p. (Consulté le 20 mars 2020). Disponible sur : https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm

SITES INTERNET :

- PHANEUF Margot. L'accompagnement thérapeutique : réflexions sur un élément essentiel en soins infirmiers. (En ligne), (Consulté le 26 février 2020). Disponible sur : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/04/Laccompagnement-therapeutique.pdf
- LA LECHE LEAGUE. Allaitement et tabac, alcool, drogues, etc. (En ligne), (Consulté le 20 mars 2020). Disponible sur : https://www.lllfrance.org/1692-allaitement-et-tabac-alcool-drogues-etc
- PICAUD, CAMBONIE. Soins de développement en néonatalogie. (En ligne). (Consulté le 26 janvier 2020).
  Disponible sur https://www.perinat-france.org/UPLOADS/pdfs/nidcap_chu_MPL.pdf
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives. (En ligne), (Consulte le 15 janvier 2020). Disponible sur : https://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/
- RESPADD. Guide concernant l'usage de substance psychoactives durant la grossesse (En ligne), (Consulté le 20 janvier 2020). Disponible sur : https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Guide-complet-BAT2-MD.pdf
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES. Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile. (En ligne), (Consulté le 19 décembre 2019). Disponible sur : https://resodochn.typepad.fr/addictions/2013/11/consommation-de-drogues-licites-et-illicites-pendant-la-grossesse-répercussions-sur-la-santé-materne.html
- APACHE. Charte de l'enfant hospitalisé. (En ligne), (Consulté le 19 décembre 2020). Disponible sur : http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/charte-de-lenfant-hospitalise-1988/
- INITIATIVE HOPITAL AMI DES BEBES. Tout sur IHAB. (En ligne), (Consulté le 23 mars 2020) Disponible sur :https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php
- CARL Rogers. La Non-directivité et APC (Approche Centrée sur la Personne). (En ligne). (Consulté le 23 mars 2020) Disponible sur : compas-soinspalliatifs.org/sites/default/files/pdf/professionnels/nos%20formations/Guide

%20Les%203%20principes%20de%20Carl%20Rogers.pdf

- RESEAU SYNERGIE VILLE-HOPITAL. Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère dépendante aux opiacés.(En ligne). (Consulté le 14 février 2020). Disponible sur https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/contextes-de-vulnerabilite/grossesse/299-le-syndrome-de-sevrage-chez-le-nouveau-ne-de-mere-dependante-aux-opiaces.html
- ACTEUR DE MA SANTE. Devenir parents en néonatologie. (En ligne). (Consulté le 15 juin 2020).Disponible sur :https://acteurdemasante.lu/fr/naissance/devenir-parents-en-neonatologie-les-motifs-dadmission/

TEXTES LEGISLATIFS :

- PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relatives à l'autorité parentale. Journal officiel, n°3 du 5 mars 2002. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000776352&categorieLien=id
- MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétriques, de néonatalogie.. Journal officiel, n°235 du 10 octobre 1998. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id
- MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE . Circulaire n°83-24 du 1er aout 1983 relative à hospitalisation des enfants, Disponible sur http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-83-24-du-1er-aout-1983-relative-a-lhospitalisation-des-enfants/?pdf=605360

COURS :

- DELOBELLE Fanny. Cours *« La parentalité »* du 30 septembre 2019.
- ROUSSEAU Ingrid. Cours *« Les soins de développement »*
- LECOMPTE Lucie. Cours *« Toxicomanie et grossesse. »*

ANNEXES :

ANNEXE 1 : L'article de ma situation de départ.

ANNEXE 2 : Score de Finnegan.

ANNEXE 3 : Score de Lipsitz.

ANNEXE 4 : Guide d'entretien.

ANNEXE 5 : Retranscription de mon entretien n°2.

ANNEXE 6 : Tableau récapitulatif des entretiens.

ANNEXE 1 : L'ARTICLE DE MA SITUATION DE DEPART

Étude

Accompagnement à la parentalité en **situation d'addiction**

Devenir parents lorsque l'on se trouve dans un processus d'addiction ne va pas de soi. Une recherche effectuée dans le cadre d'un travail de fin d'études de puéricultrice explore cette difficulté. Elle permet de trouver les clés pour un accompagnement réussi et d'identifier les pratiques pouvant favoriser l'attachement parents-enfant.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - addiction ; grossesse ; nouveau-né ; parentalité ; sevrage ; soignant

Supporting parenthood in situations of addiction. Becoming parents when in a process of addiction is not easy. Research carried out as part of a child health nursing studies final year project explores this issue. It provides the keys to successful support and identifies practices which favour the development of the parent-child bond.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

***Keywords* - addiction; caregiver; newborn; parenthood; pregnancy; withdrawal**

Camille Barthélemy[a,*]
Puéricultrice

Marie Marion[b]
Puéricultrice

Marie-Agnès Dodane[c]
Cadre de santé

[a] Service de soins intensifs de néonatologie, CH de Mulhouse, 87, avenue d'Altkirch, 68051 Mulhouse cedex, France

[b] Service de réanimation infantile, CHU de Besançon, 3, boulevard Alexandre-Fleming, 25030 Besançon, France

[c] IFPS-unité de formation infirmières puéricultrices, CHRU de Besançon, 3, boulevard Alexandre-Fleming, 25030 Besançon, France

L'usage de toxiques, et plus particulièrement celui d'héroïne durant la grossesse, est un facteur évident de risque médico-psycho-social, tant pour les parents que pour l'enfant à naître. Il provoque notamment chez le nouveau-né un syndrome de sevrage néonatal (SSNN), car l'enfant se trouve alors privé du toxique dont la mère est la source. Afin d'offrir aux parents la possibilité de répondre aux besoins spécifiques de leur bébé et de favoriser l'attachement parents-enfant, les professionnels doivent donc être particulièrement sensibilisés au SSNN et à la pathologie addictive. Dans le cadre d'un travail de fin d'études d'infirmière puéricultrice, réalisé en 2014[1], des entretiens ont été menés auprès de six professionnels et d'une maman pour tenter de comprendre comment peuvent se côtoyer le processus de parentalité et celui de l'addiction. La question posée pour cette recherche qualitative est : « *En unité kangourou, comment la puéricultrice peut-elle favoriser la création du lien d'attachement entre une mère dépendante à l'héroïne ressentant de la culpabilité et son nouveau-né en syndrome de sevrage ?* »

Le vécu des parents

✦ **Les conduites addictives** sont présentes, dans un premier temps, dans l'élaboration d'une recherche consciente de plaisir. Toutefois, dans une analyse plus psychopathologique, il apparaît qu'elles représentent également l'importance de « *pallier une fragilité psychologique individuelle qualifiée "d'insécurité narcissique", [...] "d'anesthésier" un certain nombre d'angoisses potentiellement liées à des carences affectives, des séparations, des ruptures* » [1], connues dans la petite enfance. L'addiction est donc le symptôme d'un mal-être profond et d'une insécurité narcissique. Durant la grossesse, cette dernière peut être remplacée par un sentiment de complétude, modérant l'appétence pour les toxiques. Le nouveau-né est alors projeté comme "réparateur". La grossesse peut donc s'avérer propice au sevrage des produits consommés. Toutefois, l'enfant à naître peut également être perçu comme une "menace" liée à des sensations corporelles "d'envahissement", et faire ressurgir des angoisses, voire une hostilité à son égard.

✦ **La grossesse et la naissance d'un enfant** constituent une étape essentielle dans le développement psycho-affectif de la femme. Elle se traduit par une « *crise identitaire et narcissique comparable à celle de l'adolescence par l'ampleur des bouleversements à la fois corporels, hormonaux, psychologiques et sociologiques* » [2]. En effet, il y a activation de conflits inconscients car la mère, toujours "fille de...", devient aussi "mère de...". Il s'agit du franchissement d'une étape « *avec la résurgence de l'histoire infantile* » [3], notamment la réactualisation de l'identification à sa propre mère. En effet, souhaiter un enfant, « *c'est accepter de s'identifier à sa propre mère* » [4].

Qu'en est-il lorsque l'image

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : barthelemy.camille88@gmail.com (C. Barthélémy).

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.cahpu.2015.09.008

Encadré 1. Symptômes, diagnostic et traitement du syndrome de sevrage néonatal

✦ **Les signes et symptômes du syndrome de sevrage néonatal** (SSNN) sont : irritabilité, hyperactivité, hypertonicité, cris aigus, troubles du sommeil, succion excessive, difficultés d'alimentation, régurgitations, vomissements en jet, selles molles/diarrhées, faible prise de poids, éternuements, bâillements, hoquets, congestion nasale, tachypnée, dépression respiratoire, tachycardie, sudation importante, hyperthermie, larmoiement, marbrure et excoriations. Des crises de convulsions peuvent survenir jusqu'à 30 jours après la naissance, mais elles restent très rares.
Les nouveau-nés en syndrome de sevrage montrent une hypersensibilité accrue aux stimuli auditifs, visuels ou tactiles, ce qui traduit une immaturité du système de pare-excitation.

✦ **Pour dépister, prévenir, voire traiter le SSNN,** deux scores ont été créés : le score de Lipsitz et celui de Finnegan.
Ces deux scores permettent d'évaluer le système nerveux central (SNC), le système métabolique et respiratoire, ainsi que le système gastro-intestinal. Ils doivent être réalisés au minimum trois fois par 24 heures, voire plus si nécessaire, et être pratiqués en collaboration avec la mère qui reste à proximité de son bébé et qui est une "experte" du syndrome de manque. Ceci favorise une collaboration efficace. En outre, cela permet une valorisation du rôle de la mère, à travers la confiance que lui porte le soignant.

maternelle a toujours été défaillante ? La qualité de l'attachement prénatal est liée à deux attachements : celui avec le conjoint et celui avec sa propre mère. Dans ce cadre, la présence et le soutien du père sont primordiaux, car si la mère se sent aimée et soutenue, elle pourra investir favorablement l'enfant à naître.

✦ **La culpabilité est le sentiment qui prédomine chez ces parents.** Que cela soit fondé ou non, la mère a le sentiment d'avoir mis son bébé en danger. Le père se sent également responsable. Les parents se font des reproches, se sentent irrités, impuissants. De ce fait, ils se sentent coupables face à l'image que leur renvoie leur enfant en sevrage, en particulier la mère. Ainsi, l'on peut dire que « *le syndrome de sevrage chez leur bébé signe leur faute* » [5]. *A fortiori*, la mère pense qu'elle a le devoir, à présent, d'être une mère parfaite car elle a l'impression d'un manquement à son rôle pendant la grossesse. Elle a donc peur d'exprimer aux soignants ou à son entourage ses sentiments d'ambivalence, exacerbés en situation de syndrome de sevrage.

Le vécu de l'enfant

✦ **Le SSNN survient chez environ 40 à 60 % des nouveau-nés de mères ayant consommé pendant la grossesse des opiacés** et/ou des traitements oraux de substitution [6]. La durée des symptômes est d'environ 10 jours, pouvant aller jusqu'à 21 jours pour la méthadone. En revanche, des symptômes aigus, comme l'irritabilité, peuvent durer plusieurs mois (*encadré 1*).

✦ **Les soins de maternage** sont donc mis en avant lors de ces prises en charge. Les mères bien équilibrées par un traitement de substitution et bien préparées par une prise en charge médico-psycho-sociale pendant la grossesse participent assidûment et très efficacement aux soins de *nursing* de leur nouveau-né. Cela leur permet d'être valorisées dans leurs compétences parentales. Impliquer le père dans le processus de soins est également essentiel. Il joue en effet un rôle primordial aux côtés de la mère pour l'accompagner dans les soins du nouveau-né et dans son développement. Les soins de confort (bain, massage) permettent de soulager le bébé en diminuant l'intensité du syndrome de sevrage. Ils permettent aussi de valoriser les parents dans leur rôle et dans leur processus de parentalité en utilisant le toucher, la parole, et en les aidant à observer leur bébé pour "l'apprivoiser". Le nouveau-né en syndrome de sevrage est difficile à comprendre et à calmer. Par conséquent, « *il est important d'apprendre à la mère les soins de confort, de maternage, de cocooning qui soulagent le nouveau-né* » [7]. De même, pour qu'un lien solide et durable se tisse entre le bébé et ses parents, il faut une proximité physique permanente. Le peau à peau permet aux parents de se sentir plus compétents, il est un soin à part entière. De plus, il permet d'agir sur plusieurs symptômes du SSNN en favorisant leur régulation comme les tachycardies, les troubles du sommeil, la digestion, la prise de poids, le stress et la douleur. Il permet donc au nouveau-né de se sentir en sécurité dans une « *niche écologique* » contre la peau de celui qui le porte. Ainsi, l'attachement se développe grâce au dialogue corporel et une sensation de sécurité interne.

✦ **L'allaitement n'est pas autorisé** par le Centre de référence sur les agents tératogènes (Crat) lorsque la mère consomme encore de l'héroïne. En revanche, il autorise l'allaitement lorsque les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont mis en place. Au-delà de l'acte de nourrir, l'allaitement est un moment

Note

[1] Cet article est extrait du projet professionnel de fin d'études d'infirmière puéricultrice de l'auteur, présenté à l'école de Besançon (25) en 2014.

échanges et de contacts privilégiés entre le bébé et sa mère. Il apporte un contact physique où la proximité est maximale. L'allaitement est également important pour la mère car il lui procure l'impression d'être une "bonne mère" en induisant un sentiment de responsabilité, de confiance et d'importance vis-à-vis de son enfant. La mise au sein, la succion et le lait maternel ont un effet calmant et analgésique, ce qui est profitable pour tous les nouveau-nés, et particulièrement pour ces bébés hypertoniques.

Une prise en charge spécifique

✦ **L'unité kangourou** favorise le temps de soin autour de la dyade. Elle permet d'appliquer des moyens non médicamenteux pour atténuer le SSNN, comme le portage et le *cocooning*. Elle permet ainsi la création et la solidification du lien d'attachement entre les parents et leur enfant, favorisant ainsi la participation active des parents aux soins de leur nouveau-né, tout en prenant en compte l'histoire et la culture familiales. Pour cela, il faut pouvoir écouter les difficultés parentales, en leur permettant de les exprimer. La réassurance passe par un soutien de l'identité parentale et de la qualité des liens avec l'enfant. Une attitude contenante et empathique permet un soutien à la parentalité, afin de favoriser une disponibilité psychique des parents pour prendre soin de leur nouveau-né.

L'accès à la parentalité

Six professionnels et une mère se sont exprimés sur leurs connaissances et leurs vécus de la prise en charge en anté-, per- et postnatal lors d'une grossesse menée dans un contexte d'addiction aux TSO ou à l'héroïne.

Le point de vue de la mère

✦ **Pour cette maman,** le sentiment de culpabilité est omniprésent durant toute la grossesse et la période postnatale. « *Mon bébé avait perdu beaucoup de poids à la maternité. C'était déjà stressant comme ça, mais en plus on me donnait souvent des conseils différents en fonction de celle qui s'occupait de nous. Il y avait des infirmières qui me redonnaient vraiment confiance, mais une qui me disait que si ça continuait comme ça, il irait en néonatologie. J'avais très peur d'être jugée, mais la plupart des infirmières étaient à l'écoute et très gentilles. Parfois, j'avais le sentiment d'être jugée mais c'était vraiment léger, j'en étais vraiment contente. Les onze jours d'hospitalisation étaient longs, mais, en même temps, ils étaient rassurants.* » Cette maman fait remarquer que les mots utilisés peuvent ajouter du stress et de la culpabilité à des mères qui en éprouvent déjà.

✦ **En revanche, les soins de maternage** lui ont permis de calmer les pleurs de son enfant, pleurs vécus difficilement et lui évoquant de la souffrance.

✦ **Le retour à domicile** a été facilité car les parents étaient sensibilisés aux pleurs de leur nouveau-né. Selon les propos de cette maman, le suivi à domicile a également été très aidant.

Le point de vue des professionnels

✦ **L'enquête a confirmé que le *cocooning*** se place au centre de la prise en charge des nouveau-nés en sevrage. Les équipes ont conscience des bienfaits du peau à peau, du bain enveloppé, des massages. Mais les équipes n'ont pas de règles ou de protocoles prédéfinis pour accompagner les parents et leur bébé. Tout dépend des mères. L'équipe est plus attentive, mais elle respecte aussi leurs choix. Cet étayage fait ses preuves car il existe, à présent, moins de transferts en néonatologie.

Les professionnels ont bien compris que ces parents ont besoin d'un étayage plus soutenu que les autres.

✦ **Tous ces professionnels** s'accordent à dire que le regard porté sur ces couples a changé ces dernières années, et notamment grâce aux formations.

Conclusion

Les professionnels interrogés ont tous insisté sur l'importance du *cocooning*, des soins de confort et du partenariat avec les parents. Ils ont bien compris que la formation leur permettait de poser un autre regard sur les parents en situation d'addiction et leur nouveau-né en SSNN. Le fait de comprendre les mécanismes de l'addiction permet de ne pas rejeter la faute sur les parents et évite les jugements. L'écoute, la disponibilité et l'empathie permettent aux parents d'être plus sécures et de tisser des liens de confiance avec tous les partenaires de soin. Cela est primordial pour ces mères qui ont, pour la plupart, un passé et/ou un présent difficiles et qui en conservent des séquelles physiques et psychiques. Mais l'arrivée du nouveau-né inscrit sa mère dans un nouveau rôle. Celui-ci lui permet d'entrer dans une dynamique nouvelle et parfois réparatrice.

Dans ce contexte, les bénéfices d'une unité kangourou au sein d'une maternité sont nombreux. Grâce à celle-ci et à une véritable volonté de service, les transferts en néonatologie sont moins fréquents, car l'organisation de l'accompagnement permet un meilleur suivi et un soutien plus efficace des dyades fragiles. ●

Références

[1] Guillaume J, Lévy K, Borgne A et al. Grossesse et accession à la parentalité en contexte d'addiction. Soins Pediatr Pueric. 2013;34:14-18.
[2] Racamier PC, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. In: Nezelof S. Quand les processus addictifs rencontrent ceux de la parentalité : un climat de turbulences psychiques. Psychotropes. 2010;16:5-12.
[3] Romestaing D. Le suivi des patientes toxicomanes enceintes. Cahiers de la puéricultrice. 2011;48:13-15.
[4] Dayan J. Attendre un enfant II. Toulouse: Éditions Érès; 1998.
[5] Rosenblum O. Les enfants et leurs parents toxicomanes. In: Marchand M. Le syndrome de sevrage du nouveau-né, une mise à l'épreuve de la parentalité. Cahiers de la puéricultrice. 2012;49:32-3.
[6] Lejeune C. Syndrome de sevrage néonatal après exposition in utero aux opiacés. Protocole de soins 2008 Louis Mourier-néonatologie. www.rsms.asso.fr/pages/10%20Diaporamas/1112013lejeune.pdf
[7] Velly Corinne. Accueillir la mère et son enfant en néonatologie. Soins Pediatr Pueric. 2006;27:24-6.

Pour en savoir plus

• Gassier J, De Saint-Sauveur C. Le guide de la puéricultrice. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007.

Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

ANNEXE 2 : SCORE DE FINNEGAN.

Date : ...../...../..... **Poids :** .....

FINNEGAN	Signes et symptômes	Score	.... h	.....	.....
Troubles du SNC	Cri aigu-excessif	2			
	Cri aigu-excessif-continu	3			
	Sommeil entre repas < 1 h	3			
	Sommeil entre repas < 2 h	2			
	Sommeil entre repas < 3 h	1			
	Réflexe de Moro hyperactif	2			
	Réflexe de Moro très hyperactif	3			
	Tremulations faibles provoquées	1			
	Tremulations sévères provoquées	2			
	Tremulations légères non provoquées	3			
	Tremulations sévères non provoquées	4			
	Hypertonie	2			
	Excoriations (1 par localisation : nez, genou, orteils, talons)	1			
	Mouvements myocloniques	3			
	Convulsions généralisées	5			
Troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires	Transpiration	1			
	37°2 C < Température < 38°2 C	1			
	Température > 38°3 C	2			
	Bâillement fréquent	1			
	Marbrures	1			
	Encombrement nasal (ronflements)	1			
	Eternuements (> 3 – 4 / intervalle)	1			
	Battement des ailes du nez	2			
	Rythme respiratoire > 60/min	1			
	Rythme respiratoire > 60/min + tirage	2			
Troubles gastro-intestinaux	Succion excessive	1			
	Difficultés d'alimentation	2			
	Régurgitations	2			
	Vomissements en jet	3			
	Diarrhée + (selles molles)	2			
	Diarrhée ++ (selles liquides)	3			
SCORE TOTAL					

ANNEXE 3 : SCORE DE LIPSITZ.

SIGNES	SCORE			
	0	1	2	3
Trémulations : Activité musculaire des membres	Absentes Normale	Légèrement augmentées par des stimulations ou par le jeûne	Augmentation modérée ou forte au repos, calmée par l'alimentation ou le berçage	Augmentation forte ou continue au repos ± mouvements de type convulsifs
Irritabilité cris excessifs	0	Légère augmentation	Augmentation modérée ou forte par des stimulations ou par le jeûne	Forte augmentation même au repos
Réflexes	Normaux	Accentués	Très accentués	
Tonus musculaire	Normal	Hypertonie	Rigidité	
Selles	Normales	Liquides, en jet mais de fréquence normale	Liquides, en jet et > 8/j	
Lésions cutanées	O	Rougeurs genoux, coudes	Erosions	
FR/mn	< 55	55 - 75	> 75	
Eternuements répétés	Non	Oui		
Bâillements répétés	Non	Oui		
Vomissements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN.

Je me présente : Chloé Pavoz, étudiante puéricultrice à l'IFsanté de Lomme. Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de recherche dont le thème est l'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction.
Cette grille d'entretien est un support d'enquête afin de pouvoir apporter des éléments de réponses à ma problématique et de valider ou non mes hypothèses.
Afin d'optimiser la qualité de l'entretien et son analyse acceptez-vous que j'enregistre celui-ci ? Conformément aux exigences de confidentialité, votre anonymat sera respecté.
D'avance, je vous remercie de votre disponibilité et de votre participation.

Question 1 : Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
Objectif : Connaître le parcours du professionnel et son expérience.
Questions de relance :

- Quels sont vos diplômes ? Et leurs années d'obtention ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en néonatalogie ?

Question 2 : Pouvez-vous me décrire une situation d'accompagnement à la parentalité auprès de parent toxicomane ?
Objectif : Identifier le rôle et les actions mises en place par la puéricultrice pour accompagner les parents toxicomanes à la construction du processus de parentalité.
Questions de relance :

- Qu'est-ce qui vous semble le plus important dans cette situation d'accompagnement ? (pour l'enfant, pour les parents et pour vous)

Question 3 : Lors d'une situation d'accompagnement, quelles postures et attitudes professionnelles adoptez-vous ?
Objectif : Identifier les attitudes et les postures que les puéricultrices utilisent pour accompagner les parents et les mettre en lien avec celles énoncées dans le cadre conceptuel.

Question 4 : Lors de ces situations d'accompagnements, quelles sont les difficultés que vous pouvez-rencontrer et les ressources mises à votre disposition ?

Objectif : Identifier les difficultés que rencontrent les professionnels lors de l'accompagnement de parents toxicomanes et les ressources qu'ils disposent pour accompagner dans les meilleures conditions possibles.

Questions de relance :

- Avez-vous des formations spécifiques pour accompagner à la parentalité ? Pour prendre soin d' un enfant présentant un syndrome de sevrage ?

Question 5 : Auriez-vous d'autres choses à ajouter ?

Objectif : Permettre au professionnel d'ajouter des éléments complémentaires à mon sujet.

ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTION DE MON ENTRETIEN N°2.

19 minutes.

Moi : Bonjour. Je suis Chloé, étudiante puéricultrice à Lille. Je réalise mon mémoire sur l'accompagnement à la parentalité en situation d'addiction en néonatalogie. Pourriez-vous, vous présenter et me parler de votre parcours professionnel s'il vous plait ?

IPDE : Bien sûr. Donc je suis S. Je suis infirmière depuis 14 ans et puéricultrice depuis presque 5 ans. J'ai travaillé auprès des enfants quasiment plus de 13 ans. C'était un projet de puéricultrice qui était déjà bien réfléchi, car je travaillais déjà auprès des enfants et adolescents. Et depuis 3 ans, je suis presque tout le temps en remplacement dans un service de néonatalogie qui fait soins intensifs et soins courants. Et là depuis fin septembre, en fait, je suis en poste dans ce service où effectivement, on accueille des bébés qui sont en syndrome de sevrage.

Moi : D'accord. Pouvez-vous me décrire une situation que vous avez vécu d'accompagnement à la parentalité auprès de parent toxicomane ?

IPDE : Effectivement depuis 3 mois, je pense qu'on en a eu au moins 4. Donc toute effectivement différentes. Une particulièrement qui est encore dans le service. Euh.. Enfin, elle vient de passer chez les nourrissons. Elle a deux mois. Cette petite est née à terme avec un poids à 2500 g donc un petit peu inférieur, mais qui correspond aux bébés en général dont la maman se drogue. C'est une maman qui a eu 3 enfants et la première à eu le même problème de syndrome de sevrage. Donc, la maman euh moi, je n'y étais pas, car la grande a 7 ans, mais mes collègues connaissait déjà en fait la famille. Et donc, euh, donc cette maman comme la petite allait bien, on la mise rapidement, ce qu'on essaie de faire le plus souvent, en chambre qu'on appelle « Kangourou », c'est-à-dire que la maman est hospitalisée en maternité dans notre service. C'est une chambre où elle a son lit et les collègues de maternité s'en occupent et nous on s'occupe dans la même chambre de la petite. Ça aide à créer le lien d'autant plus puisque ce n'était pas son premier enfant donc c'est quelque chose qu'elle connaît bien.
Euh.. C'était une maman qui effectivement n'allait pas très bien, c'était important qu'on soit tous là professionnels pour l'aider à s'occuper aux mieux de son enfant. Elle a fait un gros

syndrome de sevrage qui est encore en sevrage là depuis plus de deux mois. C'est une maman qui prend du Subutex, mais le mari lui apporte autre chose clairement, on le sait. Euh.. Une maman qui peut être très mal à certains moments, d'autres très bien et parfois endormie. Donc, il faut s'adapter, et ça ne sert à rien de.. Il faut faire en fonction de la maman pour l'enfant parce que si on s'énerve, on perd l'accroche, la confiance et donc c'est difficile quoi. C'est une maman qui a du mal quand elle ne connaît pas les soignants à faire confiance et donc à tendance à s'énerver rapidement. Donc ce n'est pas toujours facile de faire une alliance. Euh.. Voilà.. Après la petite fille à part le syndrome de sevrage et du coup qu'elle a tendance à plus pleurer que les autres enfants. Sur d'autres plans, elle allait plutôt bien. A part effectivement les signes de cris, de sueurs, d'éternuements, des problèmes de diarrhées, des problèmes de sièges abîmés qui sont en lien avec le syndrome de sevrage. Alors sur cette situation, la maman avait tendance à dire là elle n'est pas bien à cause du médicament donc de l'Oramorph. Les psychologues malgré qu'ils soient à distance, on les avait au téléphone, nous on bien redit pour nous aider qu'il faut remettre les circonstances : pourquoi la petite est là ? La petite, elle est là pour syndrome de sevrage, c'est le médicament qui va l'aider à aller mieux et non l'inverse. Chez ses mamans là, c'est surtout ça qui est compliqué. Donc.. euh,.. la maman a demandé à changer de service, ce qui est possible puisqu'elle a deux mois et donc elle a été transférée dans le service des nourrissons en début de semaine pour essayer de passer à autre chose. Cette maman, elle en pouvait plus, depuis plus de deux mois. Puis, les deux mois de confinement, effectivement, n'ont pas arrangé les choses. Dans ces prises en soins, on prend en soin l'enfant et quelques fois, c'est le parent qui a le plus besoin. Et en ce moment, effectivement, on a pas beaucoup de partenaires qui sont présents et du coup ça peut mettre plus en difficulté tout le monde.

Moi : Dans ces situations d'accompagnement, qu'est-ce qui vous semble le plus important pour l'enfant, pour vous et pour les parents ?

IPDE : Alors, pour l'enfant c'est qu'elle soit un peu près stabilisée pour aller bien et prendre du poids puisque les bébés qui sont en général en syndrome de sevrage quand ils sont pas bien ils perdent toute leur énergie donc c'est vraiment important et qu'il y ait la maman au plus proche si elle est en capacité. Si la maman va un peu mieux le bébé ira aussi mieux en fait. Sachant que cette maman, elle allaite en partie et que la petite est plus calme effectivement

quand elle a pris le sein puisqu'il y a aussi une part d'échange donc euh cela facilite le syndrome.
Pour la maman, c'est essayé d'avoir une alliance, alors on est là pour aussi l'entourer de toutes les manières c'est-à-dire il faut qu'on observe parce que pour être sûr que la maman a un moment donné a pris trop et elle s'est endormie elle a fait rouler sa fille dans le lit quand même. On s'en est rendu compte, mais voilà, on voit bien qu'elle a un problème d'addiction grave et que ça peut entraîner des conséquences graves pour l'enfant. Elle en a tout à fait conscience donc euh.. heureusement. Mais la maman le problème, c'est de réussir à faire une alliance et ce n'est pas toujours simple avec tous les soignants.
Et pour le soignant, c'est de pouvoir avoir la confiance de la maman, parce que quand elle ne les connait pas, c'est difficile et parfois quand elle ne va pas bien elle nous envoie balader donc euh quand on est un peu overbookée ou fatiguée, c'est compliqué de mettre ça de côté. On reste humain.

Moi : D'accord. Dans ces situations d'accompagnement, quelles postures et attitudes adoptez-vous ?

IPDE : Alors toutes les situations sont différentes. Mais en général, par rapport aux mamans qui ont une addiction, déjà c'est se dire que l'addiction en fait c'est une maladie et non pas, je pense que pour les soignants mais n'importe qu'elle personne, si on a pas d'addiction on a du mal à comprendre parfois et se dire que c'est une maman qui est malade, qui a une addiction et du coup mettre ça de côté et se dire voilà elle est malade donc on est là aussi pour l'aider pour son enfant.
Donc c'est vraiment une posture d'écoute, vraiment professionnelle, dans le sens que cette maman est énervée ou elle n' y arrive plus, faut prendre son enfant en soin, il faut l'aider à se calmer, lui permettre de partir sachant que c'est peut-être pour aller chercher de la drogue mais bon on a pas d'autres choix en fait. On est aussi là pour l'enfant et si la maman n'est pas bien, c'est arrivé plusieurs fois, moi j'ai il y a pas longtemps avec cette maman qui n'allait vraiment pas bien et elle avait sa fille qui hurlait dans les bras et elle marchait très vite et disait « aidez moi, aidez moi, j'en peux plus », j'avais un soin très important et c'est le médecin, le chef de service qui la prise dans les bras pendant une heure et puis après l'interne qui l'a reprise dans les bras pendant une autre heure, la maman est revenue que 4 heures après je crois. Donc là,

c'était important, on ne pouvait pas se permettre de la laisser en difficulté parce que ça mettait en danger l'enfant. C'est vraiment une cohésion d'équipe aussi parce que ces mamans en général sont vues plusieurs fois par les médecins avec un soignant ou la cadre s'il y a un besoin de recadrage.
Il ne faut pas oublier que c'est des mamans malades, et prendre en compte qu'elles ont besoin d'aide et que quelques fois si elles ne veulent pas, on peut pas leur demander là je peux pas débrouillez-vous avec votre enfant, c'est vraiment essayer de ne pas oublier ça et surtout si elles nous attaquent c'est pas nous en particulier c'est qu'elles ne vont pas bien, c'est vraiment de prendre du recul pour continuer de bien prendre en soin l'enfant et la maman.
Il faut vraiment les encourager aussi, c'est-à-dire, c'est très bien ce que vous faites, car ce sont souvent des mamans qui manquent de confiance en elles. Donc du coup, vraiment les encourager dès qu'il y a quelque chose de positif donc voilà là on baisse l'Oramorph pour votre fille donc c'est bien c'est qu'elle a franchi une étape, continuez à faire comme vous faites c'est très bien. Il y très régulièrement des consultations téléphoniques par les psychologues et les psychiatres pour qu'il y ai un suivi pour ces mamans et il est arrivé régulièrement que les mamans partent avec leur enfant et elles sont suivi après, mais c'est important de garder la posture professionnelle.

Moi : D'accord. Lors de ces situations, qu'elles difficultés pouvez-vous rencontrer ?

IPDE : Lors de ces situations, ça dépend surtout si la maman est dans le déni ou pas déjà. Si elle est dans le déni, c'est compliqué de faire une alliance avec ces parents. Ils ne comprennent pas pourquoi ils ont de l'Oramorph.
Ce qui est compliqué, les difficultés, c'est quand ils sont en manque et qu'ils s'énervent quoi notamment avec les drogues, mais surtout avec l'alcool. On a eu une maman, on a eu quand même pendant 15 jours un collègue de la sécurité devant sa porte pour être sûr qu'elle n'aille pas jusqu'à l'acte physique. Après, il y a des mamans, le fait d'accoucher, de s'occuper de leur enfant peuvent vraiment leur faire passer un cap. Je me rappelle d'une maman où dès qu'elle a su qu'elle était enceinte, elle s'est pu droguer, elle a pris du Subutex, elle allait à tous les rendez-vous, elle était très présente pour sa fille, par contre, un papa qui n'était pas du tout aidant, il l'appelait en plein milieu de la nuit pour lui dire « oui, tu viens quand me voir » enfin c'est très compliqué pour les mamans où les papas sont dans le déni aussi. Et cette maman-là,

la PMI voulait que l'enfant soit placé, mais nous pendant un mois et demi, on l'a observé et c'était une maman qui avait un comportement, qui s'était responsabilisée. Vraiment, tous les médecins ont confirmé, non, elle va rentrer, ils ont un logement. Par contre, au bout d'un mois à domicile, on a su par les collègues de PMI qu'elle était pas bien parce qu'en fait son conjoint ne l'aidait pas du tout et que lui partait dans des délires, elle a dit « *qu'est-ce qu'il faut que je fasse ?* » et la collègue a dit *« il faut que vous trouviez un autre endroit avec votre bébé sinon on vous l'enlève »*. Et en fait, elle est partie chez ses parents et elle a toujours sa petite fille. Comme quoi, parfois la venue d'un enfant peut vraiment faire basculer vers le côté positif du cercle vertueux et ça, c'est génial, je trouve. C'est important.

Moi : D'accord. Dans les services, avez-vous des ressources mises à votre disposition pour accompagner ces parents à la parentalité ?

IPDE : Oui, il y a les psychologues pour les mamans. Il y a aussi un service mobile « Péri-nat », c'est une infirmière psy, des psychiatres, des psychologues. Et on travaille avec «L'envol » qui est un centre de désintoxication, du coup, elles vont chercher là-bas le Subutex, quand elles vont le chercher elles rencontrent des gens, des professionnels.
Une fois par semaine, on a un staff psycho-social, médico-psycho-social, là on parle avec la PMI, on a vraiment une équipe hospitalière mobile et extra-hospitalière. Il y a des mamans qui ne sont pas du tout suivies, qui ne le veulent pas. Mais, celles qui sont suivies on voit quand même qu'elles ne sont pas dans le déni, elles sont au clair, elles adhèrent. Et donc ça se passe mieux en général.

Moi : Avez-vous d'autres choses à rajouter ?

IPDE : Dans ces situations, c'est une parentalité qui est compliquée donc c'est vrai que c'est plus compliqué pour nous, pour l'enfant et les parents. Mais en tant que professionnel, on se doit de donner tout ce que l'on peut pour l'enfant et le couple mère-enfant.

Moi : Je vous remercie beaucoup. Bonne journée.

ANNEXE 6 : TABLEAU RECAPITULATIF DES ENTRETIENS

- Le rôle de la puéricultrice dans l'accompagnement des parents toxicomanes :

Puéricultrice n°1	• On préconise aux parents de venir du début de l'hospitalisation jusqu'à la fin en chambre parents-enfant pour qu'ils soient là pendant les pleurs du bébé, pour faire le score de Finnegan... Pour qu'ils apprennent à connaître leur bébé. • Faire le score de Finnegan avec les parents pour qu'ils voient l'évolution de leur bébé. • Proposer aux parents de faire du peau à peau, du portage. • Insister beaucoup avec ces parents sur l'importance de passer le relais si le bébé pleure énormément à la maison → prévention du syndrome du bébé secoué.
Puéricultrice n°2	DESCRIPTION D'UNE SITUATION. • Mettre en chambre kangourou. • Importance que les professionnels soient là pour aider les mères à s'occuper aux mieux de l'enfant. • Importance de s'adapter car les parents peuvent être bien à certains moments et à d'autres très mal. • L'adaptation permet une accroche, une relation avec les parents.
Puéricultrice n°3	• Avoir la notion que la femme consommait. • Surveillance des signes auprès de l'enfant. • Proposer aux mères de rester en chambre mère-enfants afin d'avoir un regard sur les échanges et la prise en charge de leur bébé. • Ne pas faire à la place des parents. • Principe de sécurité → S'assurer de la capacité des parents de s'occuper de l'enfant. • Si la situation n'est pas sécurisée, les IPDE prennent le relais avec la PMI pour signaler les situations. • Traçabilité pour assurer une continuité de la prise en charge.
Puéricultrice n°4	DESCRIPTION D'UNE SITUATION • Les IPDE accompagnent les parents pour qu'ils participent aux soins, qu'ils puissent faire du peau à peau, et pour que l'enfant se développe dans les meilleures conditions possibles.
POINTS CLES	• **Présence des parents en chambre parents-enfants ou kangourou.** • **Faire participer les parents aux soins.** • **Ne pas faire à la place des parents.** • **S'assurer de la sécurité de l'enfant.**

- Les points importants lors d'une situation d'accompagnement :

Puéricultrice n°1	Pour l'enfant : • Que les parents soient là du début à la fin. C'est important qu'il voit les parents tous les jours. Pour les parents : • Pas de jugement de la part des soignants. • Relation de confiance avec les soignants. Pour l'IPDE : • La relation de confiance avec les parents. • La transparence des parents sur l'addiction.
Puéricultrice n°2	Pour l'enfant : • Qu'il soit stabilisé pour aller bien et prendre du poids. • Que la maman aille bien. Pour les parents : • Avoir une alliance. Pour l'IPDE : • Avoir la confiance de la maman.
Puéricultrice n°3	• Que la relation se créer. • Le bébé a besoin de sa mère. • Observer les échanges, les regards, si les parents savent répondre aux besoins de leur enfant ou s'ils se sentent exaspérés face aux pleurs, aux situations parfois complexes. Pour les parents : • Être acteurs de la situation. Pour l'IPDE : • Soutenir les parents et les déculpabiliser.
Puéricultrice n°4	Pour l'enfant : • Être entouré, être accompagné. • Bénéficier de portage, de câlinage. • Qu'il ait un attachement sécurisé pour son début de vie. Pour les parents : • Participer pour montrer leurs compétences parentales. • La mise en valeur des choses par les soignants des choses qu'elles savent faire.

	Pour l'IPDE : • Savoir que l'enfant va bien malgré les carences des parents.
POINTS CLES	**Pour l'enfant :** • **La présence des parents.** • **Portage, câlinage.** **Pour les parents :** • **Pas de jugement.** • **Relation de confiance.** • **Être acteur.** • **Montrer leurs compétences parentales.** **Pour l'IPE :** • **Relation de confiance.** • **Transparence des parents sur l'addiction.** • **Déculpabiliser les parents.** • **Savoir que l'enfant va bien.**

- Les postures lors d'une situation d'accompagnement :

Puéricultrice n°1	• Ne pas juger. • Prendre en charge les parents et bébé comme d'autres parents en sachant que chaque hospitalisation à ces particularités. • Mettre un cadre à ses parents, tout en essayant de leur montrer qu'on veut leur faire confiance. • Ne doit pas être naïf, et ne doit pas croire tout ce que disent les parents toxicomanes. Ils ont tendance aux mensonges sur leur passé, consommation...
Puéricultrice n°2	• Toutes les situations sont différentes. • Une posture d'écoute. • Lorsque la maman est énervée ou n'y arrive plus, il faut prendre soin de son enfant, il faut l'aider à se calmer, lui permettre de partir. • Prendre du recul pour continuer de bien prendre en soin l'enfant et la maman. • Les encourager car ce sont des mamans qui manquent de confiance.
Puéricultrice n°3	• Bienveillant. • Pas dans le jugement. • Pas faire à leur place, les accompagner et les conseiller aux mieux. • Prendre du recul.

	• La prise en charge est comme les autres au final, on doit être avec ces parents comme on doit être avec les autres parents.
Puéricultrice n°4	• Posture avec un peu de retrait. • Le but est de maintenir une alliance pour que la prise en charge soit optimale pour le bébé. • La franchise, la clarté entre les parents toxicomanes et le soignant est indispensable.
POINTS CLES	• **Non-jugement.** • **Ecoute.** • **Prendre du recul.** • **Bienveillance.** • **Encouragement.** • **Prise en charge identique aux autres enfants.** • **Clarté et franchise entre parents et le soignant.**

- <u>Les difficultés rencontrées lors de l'accompagnement à la parentalité :</u>

Puéricultrice n°1	• Lorsque les parents ne disent pas tout. (Elles ne veulent pas dire leur consommation ou elles minimisent leur consommation.)
Puéricultrice n°2	• Lorsque la mère est dans le déni, c'est difficile de faire une alliance avec ces parents car ils ne comprennent pas pourquoi le bébé a de l'Oramorph par exemple. • Quand ils sont en manque et qu'ils s'énervent.
Puéricultrice n°3	• La culpabilité que ressentent les parents. • Les mamans qui sont consommatrices, qui vont continuer de consommer au point d'être « incapable» de s'occuper du bébé.
Puéricultrice n°4	• Difficulté dans la régularité de la présence maternelle lors de rendez-vous pour participer aux soins.
POINTS CLES	• **Les non-dits.** • **Le déni de la maman.** • **Etat de manque des parents.** • **Consommation des parents entraînant une incapacité à s'occuper du bébé.** • **La culpabilité des parents.**

- Les ressources à disposition des IPDE pour soutenir la parentalité :

Puéricultrice n°1	• CSAPA (centre qui suit les personnes toxicomanes) pour comprendre l'histoire de la famille, l'histoire de vie, la consommation. • La Protection Maternelle et infantile.
Puéricultrice n°2	• Les psychologues pour les mamans. • Un service mobile « Péri-nat ». • L'ENVOL un centre de détoxication. • Staff psycho-social avec la PMI une fois par semaine.
Puéricultrice n°3	• Passage deux fois par semaine d'infirmières thérapeutes qui viennent discuter avec les mères. • Possibilité de faire appel au service d'addictologie de l'hôpital.
Puéricultrice n°4	• Les mères en anté-natal, elles étaient suivies pas une addictologue spécialisée dans les suivis de grossesses des mères toxicomanes.
POINTS CLES	• **CSAPA (Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie).** • **PMI.** • **Les psychologues pour les mamans.** • **Le service mobile « Péri-nat ».** • **Le staff psycho-social du service.** • **Infirmières thérapeutes.** • **Service d'addictologie.** • **Le suivi en anté-natal des mères toxicomanes par une addictologue.**