



HAL
open science

Le lien d'attachement parents-enfant en néonatalogie

Margaux Raulin

► **To cite this version:**

Margaux Raulin. Le lien d'attachement parents-enfant en néonatalogie. Pédiatrie. 2020. dumas-03182283

HAL Id: dumas-03182283

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182283>

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.

Projet Professionnel

Le lien d'attachement parents-enfant en néonatalogie



Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Situations cliniques.....	1
III.	Questionnement.....	4
IV.	Cadre contextuel.....	6
A)	La prématurité	6
1)	De la grossesse à la naissance	6
2)	De la naissance au service de néonatalogie.....	8
3)	Les conséquences	12
B)	Les parents auprès de leur nouveau-né en néonatalogie.....	15
1)	Les difficultés rencontrées.....	15
2)	Favoriser le lien parents-enfant	17
C)	Le rôle de la puéricultrice en néonatalogie.....	19
1)	La puéricultrice.....	19
2)	La triade parents-enfant-soignant	22
V.	Cadre conceptuel	25
A)	Accompagnement.....	25
B)	Parentalité.....	31
C)	Attachement.....	34
VI.	Question de recherche	38
VII.	Hypothèses	39
VIII.	Enquête.....	39
IX.	Synthèse.....	54
X.	Conclusion.....	55
XI.	Bibliographie	1
XII.	Annexes.....	1

I. Introduction

Habituellement, le bonheur, la joie et l'amour sont des émotions que les parents ressentent lors de la naissance d'un enfant. Un nouveau projet de vie commence, avec une modification des anciennes habitudes de vie, une organisation différente à mettre en place. Tout cela, les parents en discutent pendant la grossesse afin de préparer l'arrivée du bébé au mieux.

Généralement, les parents ont un « idéal » de l'enfant qu'ils vont avoir. Pendant 9 mois, ils imaginent la couleur de ses cheveux, la forme de son visage ou encore son caractère. Malheureusement, un enfant qui naît trop tôt signifie qu'il n'a pas eu le temps d'arriver totalement à maturation dans le ventre de sa maman. La représentation que les parents avaient imaginé de leur enfant est alors biaisée et généralement décevante, impressionnante voire effrayante du côté des parents. En effet, une naissance prématurée entraîne une prise en charge hospitalière pour répondre aux besoins de l'enfant pour qu'il puisse obtenir une maturation complète de ses organes. L'enfant prématuré a besoin d'être pris en soin pour pallier à l'immaturité d'un ou de plusieurs de ses organes, et, permettre alors un bon développement global de l'enfant.

Une grossesse non menée à terme peut amener un sentiment de tristesse, de culpabilité ou encore d'incompréhension pour les parents. De plus, la maman de l'enfant prématuré doit faire son deuil quant au fait que sa grossesse se termine plus tôt que prévue. Le lien d'attachement avec son enfant peut alors être difficile à mettre en place pour des parents. C'est donc là qu'intervient la puéricultrice, en accompagnant et en cheminant avec les parents pour aider à mettre en place un lien indispensable à l'enfant.

Suite à cet accouchement avant le terme initialement prévu, des parents seront très présents, d'autres plus en retrait. Mais quelle que soit la situation, l'enfant nécessitera de l'aide pour pouvoir se développer dans des conditions favorables.

II. Situations cliniques

Durant mon stage de 2ème année en tant qu'étudiante infirmière aux urgences pédiatriques, j'ai eu l'occasion de me rendre en service de néonatalogie en soins continus pour une journée d'observation. Etant donné que je souhaitais déjà devenir puéricultrice à ce moment-là et que c'est un service que je ne connaissais pas, j'ai fait la demande auprès de la cadre de santé des urgences pédiatriques afin de savoir s'il était possible de réaliser un parcours de stage et d'y aller en observation. Cette demande fut alors acceptée et j'ai pu me rendre en service de néonatalogie.

Lors de cette journée, j'y ai découvert l'univers de la néonatalogie et de la prématurité. C'est un service accueillant des prématurés ou nouveau-nés d'environ 2kg et/ou ayant 34 SA (Semaines d'Aménorrhées). L'ambiance globale dans ce service est calme, apaisée, les lumières sont diminuées. J'ai également repéré qu'il y a peu de passage au sein du service car il faut sonner à l'interphone afin de se présenter et ainsi pouvoir accéder au service. Cela permet d'éviter trop de mouvements et de bruits pour les prématurés.

Dans le service, il y a des chambres mères-enfants et des chambres où les enfants sont seuls. Les enfants sont tous sous monitoring cardio-respiratoire afin d'avoir une étroite surveillance sur l'évolution de leur état de santé et de pouvoir agir au plus vite si besoin. Voici une situation que j'ai observée en lien avec le sujet de mon projet professionnel.

Il s'agit de l'enfant P. né à 31 SA, qui auparavant, était en soins intensifs pour une prise en charge respiratoire. Maintenant, il se trouve dans le service de néonatalogie, en soins continus depuis 20 jours. Il est dans une chambre seule.

L'enfant se trouve dans un berceau. Comme les organes de l'enfant ne sont pas arrivés à maturation, il nécessite une surveillance sous monitoring cardio-respiratoire. De plus, il est porteur d'une Sonde Naso Gastrique (SNG), de lunettes à oxygène et d'un capteur de Saturation. Une rampe chauffante est également présente au-dessus de son berceau afin d'éviter l'hypothermie.

En effet, il nécessite d'être suppléé en oxygène, avec le port de lunettes à oxygène dû au fait que ses poumons ne soient pas arrivés à maturation. Il a donc besoin d'aide au niveau de ses apports en oxygène. De plus, des aspirations bucco-nasales sont nécessaires pour aspirer ses sécrétions au cours de la journée afin de libérer ses voies aériennes et ainsi faciliter sa respiration. Et enfin, la SNG permet au prématuré de pouvoir s'alimenter et prendre ses traitements.

La journée d'observation s'est déroulée un jeudi matin. A 8h, je me rends dans la chambre de P. pour le prendre en charge et lui prodiguer des soins de confort et de bien-être (toilette, habillage, installation) avec la puéricultrice en poste. Je m'interroge sur le fait qu'il soit seul et questionne la puéricultrice afin de savoir quand ses parents viennent lui rendre visite.

La puéricultrice me répond que les parents, âgés de 21 ans, se disent « impressionnés » de tous les dispositifs mis en place autour de leur enfant et qu'ils n'osent pas prendre leur enfant dans les bras de peur de lui faire mal ou de dérégler quelque chose. Ils ne se sentent donc pas à l'aise et ne viennent lui rendre visite qu'une seule fois par semaine. On sait que P. est le premier enfant du couple.

Je n'ai pas eu de notion sur le déroulement de la première visite des parents auprès de P. mais l'équipe a jugé nécessaire de refaire un point avec les parents et de leur réexpliquer la prise en charge de leur enfant afin de pouvoir diminuer cette appréhension.

La puéricultrice ajoute à cela que l'équipe a observé que lorsque l'enfant est seul dans son berceau, il présente une agitation et parfois même des pleurs. A l'inverse, lorsqu'un soignant le prend à bras, il est apaisé ou s'apaise directement. Le contact physique, chaleureux et protecteur se montre alors très important pour ce prématuré, comme une sorte de réassurance.

D'après les dires d'une puéricultrice, les parents ont des gestes imprécis et hésitants lorsqu'ils sont auprès de leur enfant. En effet, lorsque les parents vont au contact de leur enfant, l'équipe relève que les parents ont les mains tremblantes. Et la communication des parents envers leur enfant est qualifiée de « rare » ou « peu présente ». D'après la puéricultrice, les parents disent bonjour à leur enfant et qu'ensuite il y a peu de phrases ou des mots adressés directement à l'enfant.

L'équipe soignante se questionne alors quant au fait que P. ait peu de visites et de contacts avec ses parents. Elle se questionne aussi face à l'appréhension que présentent les parents par rapport à l'hospitalisation et l'environnement autour de leur fils. Et constate donc que le lien d'attachement est difficile à se mettre en place.

L'objectif des soignants est alors d'être disponible et de mettre en place des actions pour rassurer les parents et les intégrer dans la prise en soin de leur enfant. L'équipe a donc repris, avec les parents, les explications de chaque appareillage qui entoure P. afin de comprendre le fonctionnement et l'intérêt de tel ou tel appareil, câble, etc. Cela permet alors de diminuer leur

appréhension face à cet environnement et face à leur fils. Et ils pourront par la suite, s'occuper de lui sans crainte.

L'équipe a également réexpliqué la nécessité de venir régulièrement auprès de leur fils afin de créer un lien d'attachement et permettre le bon développement de ce dernier. Ce qui permet aussi de créer un contexte de réassurance (câlins, gestes affectifs, voix douce) afin qu'il ne se sente pas seul lors de son séjour en néonatalogie.

Etant donné que je ne suis restée qu'un seul jour dans le service je n'ai pas connu la suite des événements. Je n'ai pas eu d'information quant à la mise en place du lien d'attachement et ainsi savoir s'il a pu se mettre en place rapidement entre les parents et leur enfant. De plus, je n'ai pas pu savoir si les actions mises en place ont été suffisantes ou non pour mettre en place un lien parents-enfant.

En revanche, cette situation m'a interpellé et je souhaite donc développer ce sujet dans le cadre de mon projet professionnel afin d'avoir une vision plus large sur le sujet et de savoir ajuster ma future prise en charge face à des parents qui se retrouveraient dans le même cas que les parents de P.

De ce fait, je me suis posée plusieurs questions concernant ce sujet.

III. Questionnement

- La prématurité
 - Qu'est-ce que la prématurité ?
 - Pourquoi un enfant né-t-il prématurément ?
 - Quels sont les impacts de la prématurité sur un enfant et sa famille ?

- Le développement psychomoteur et psycho-affectif de l'enfant
 - Comment l'enfant prématuré se développe-t-il ?
 - L'enfant prématuré rencontre-t-il plus des difficultés pour se développer qu'un enfant né à terme ?
 - Quels retards un enfant prématuré peut-il avoir ?
 - Comment favoriser le développement psycho-affectif d'un enfant prématuré ?

➤ Les parents

- Que ressentent les parents ayant eu un enfant prématuré ? Et comment le vivent-ils ?
- Quelles appréhensions ou émotions ressentent-ils après la naissance ?
- La présence des parents auprès d'un enfant prématuré l'aide-t-il dans son développement ? Et au contraire, si la présence des parents est peu régulière, est ce que cela affecte son développement ?
- Qui s'occupe de l'enfant lorsque les parents ne sont pas présents ?
- Au niveau des soins, que peuvent faire les parents ayant un enfant né prématurément ?
- Quel est le rôle des parents face à un enfant prématuré ?
- Quelles émotions les parents ressentent face à leur enfant né prématurément ?

➤ La puéricultrice

- Comment la puéricultrice peut-elle accompagner l'enfant prématuré ?
- Comment la puéricultrice peut-elle accompagner les parents ?
- Quelle place la puéricultrice occupe-t-elle dans la triade parents-enfants-soignant ?
- Quelle place la puéricultrice doit-elle avoir face à des parents ayant un enfant prématuré ?

➤ Le lien parents-enfant

- Pour créer un lien, est-il indispensable d'avoir un contact physique entre un enfant et ses parents ?
- En quoi le lien peut-il être difficile à se mettre en place lorsque l'enfant est séparé de ses parents ?
- Le contexte de prématurité influence-t-il la réaction et la relation parents-enfant ?
- Comment favoriser le lien d'attachement entre les parents et leur enfant ?
- Que mettre en place pour inclure les parents dans les soins et favoriser l'échange avec leur enfant ?
- Que ressent l'enfant et que ressentent les parents en néonatalogie ?

Grâce à ce questionnaire, j'ai pu faire apparaitre une question de départ.

Nous pouvons donc nous demander :

En quoi la puéricultrice peut-elle favoriser le lien entre les parents et leur enfant prématuré, en service de néonatalogie.

Pour répondre à cette question, nous nous intéresserons dans un premier temps au cadre contextuel avec la prématurité. Puis, nous aborderons la place des parents auprès d'un enfant prématuré. Et enfin, nous étudierons le rôle de la puéricultrice en néonatalogie.

Dans un second temps, nous parlerons du cadre conceptuel avec les concepts de l'accompagnement, de la parentalité et de l'attachement.

IV. Cadre contextuel

A) La prématurité

1) De la grossesse à la naissance

Selon l'INSERM¹ (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), “ *une naissance prématurée a lieu avant le terme de la grossesse qui correspond à 41 semaines d'aménorrhée, soit 9 mois et demi à compter de la date des dernières règles. Un enfant est considéré comme prématuré s'il naît avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), soit à 8 mois et demi de grossesse.* ”

Selon, les Cahiers de la Puéricultrice - Prise en charge du prématuré², à la page 16, Maryline Métral, puéricultrice, décrit l'enfant prématuré comme « *un enfant né avant 37SA, de petite taille. Le prématuré est exposé à une pathologie immédiate particulière qui tient à deux éléments principaux : son absence de réserves, l'immaturité de ses grandes fonctions* ».

Il y a trois niveaux de prématurité :

- La prématurité moyenne correspond à un enfant naissant entre la 32ème et la 36ème Semaine d'Aménorrhée (SA) révolue, soit 7 mois à 8 mois de grossesse
- La grande prématurité correspond à un enfant naissant entre la 28ème et la 32ème SA, soit 6 mois à 7 mois de grossesse

¹ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

² METRAL Maryline, Cahiers de la puéricultrice, Prise en charge du prématuré, n°171, Novembre 2003, page 16

- La très grande prématurité correspond à un enfant naissant avant 28 semaines, soit avant 6 mois de grossesse.

En dessous de 5 mois de grossesse, soit 23 SA, les chances de survies pour un prématuré sont nulles.

Depuis le 30 novembre 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)³ définit le seuil légal de viabilité à 22 SA ou si l'enfant a atteint un poids de plus de 500 grammes. Pour les parents, cela a une importance car l'enfant peut être reconnu, en étant né vivant et viable. Il peut donc être inscrit dans le livret de famille ou encore être enterré.

Selon Serge Dalla Piazza (docteur en psychologie et neuropsychologue) et Paul-Jacques Lamotte (docteur en médecine, spécialiste en pédiatrie) dans le livre *Naitre trop tôt*⁴, la prématurité est en hausse en France et dans plusieurs pays développés, depuis plusieurs années. En effet, Le Docteur Bourlet, pédiatre en néonatalogie, explique que la prématurité est passée de 5,9% des naissances en 1995 à 7,4% en 2010. Il y a environ 50 000 à 60 000 enfants qui naissent prématurément chaque année.

Pour Dr Dalla Piazza et Dr Lamotte, cette hausse est due aux conditions socio-économiques fragilisées des femmes, à l'âge trop jeune (moins de 20 ans) ou trop mature (plus de 38 ans) des femmes enceintes ou encore à cause de la hausse de consommation de tabac.

D'après le cours sur la prématurité du Dr Bourlet, pédiatre en néonatalogie⁵, nous savons que l'étiologie de la prématurité peut être connue dans 60% des cas. Les grossesses multiples résultent de nombreux accouchements prématurés. D'autres causes sont relevées comme les causes obstétricales (rupture prématurée des membranes, malformation utérine), les causes générales (infections, hypertension artérielle pendant la grossesse, diabète maternel, prise de toxiques) ou encore les facteurs de risques maternels (facteurs socio-économiques, l'âge avancé ou jeune de la mère ou encore des antécédents d'IVG).

De plus, selon la Plateforme Canadienne du Cerveau Néonatal (PCCN)⁶, lorsqu'un enfant né prématurément il a un cerveau qui est immature. La croissance et l'organisation du cerveau se développent activement entre le dernier trimestre de grossesse et les 2 ans de l'enfant. "En fait,

³ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1394>

⁴ DALLA PIAZZA Serge et LAMOTTE Paul-Jacques *Naitre trop tôt – La prématurité expliquée aux parents et futurs parents – Bébé vous parle*, page 38-39

⁵ Cours « La Prématurité » du pédiatre en néonatalogie Dr BOURLET

⁶ <http://developpementenfant.ca/wp/notions-de-base/prematurite-et-developpement/>

c'est durant cette période que les neurones prennent du volume et forment des connexions entre eux (ou synapses) pour construire des circuits reliant les différentes parties du cerveau entre elles et avec le reste du corps. » C'est pour cela qu'il y a différentes façons d'énoncer l'âge d'un enfant (*cf. annexe n°1*).

D'une part, on a l'âge corrigé qui correspond à l'âge que l'enfant devrait avoir s'il était né à la date d'accouchement prévue (naissance à terme). On prend en compte les semaines manquantes à la grossesse. En enlevant les semaines manquantes de grossesse à l'âge chronologique, on obtient donc l'âge corrigé d'un prématuré.

L'âge corrigé est utilisé pour évaluer la croissance et le développement d'un enfant prématuré pendant les 2 à 3 premières années de sa vie. Il est également dans l'alimentation ainsi que dans la diversification alimentaire afin de respecter la maturation de l'intestin et un développement adapté à sa morphologie par exemple.

D'autre part, on a l'âge chronologique qui est calculé à partir de la date de naissance d'une personne. Il est également appelé âge réel ou âge civil. Cet âge chronologique est utilisé pour le calendrier vaccinal. Puis, à partir de l'âge de 2 ou 3 ans, selon le degré de maturité de l'enfant, l'âge chronologique sera le seul utilisé afin d'observer le niveau de développement et la croissance d'un enfant.

Ensuite, dans le cours sur la prématurité du Dr Bourlet, pédiatre en néonatalogie, nous découvrons aussi les pathologies et complications que peuvent rencontrer des nouveau-nés prématurés. Ils peuvent alors avoir un problème de thermorégulation, des risques infectieux, des problèmes respiratoires, des problèmes cardiovasculaires, des problèmes métaboliques et hydro-électrolytiques ou encore des complications neurologiques.

En effet, l'enfant prématuré présente une fragilité due à l'immaturité de ses fonctions. Il se retrouve donc dans l'incapacité de s'alimenter seul, de se thermoréguler seul ou encore d'avoir un apport en oxygène suffisant. Pour se faire, il sera donc transféré en service de néonatalogie pour une prise en soins adaptée à ses besoins.

2) De la naissance au service de néonatalogie

Suite à une naissance prématurée, une hospitalisation en service de néonatalogie est donc indispensable pour combler les besoins de l'enfant.

Selon le Larousse⁷, la néonatalogie est une « *spécialité médicale qui a pour objet l'étude du fœtus et du nouveau-né avant, pendant et après la naissance, jusqu'au 28e jour de vie.* »

L'exercice des professionnels de santé en néonatalogie est régi par le Décret de Néonatalogie datant de 1998⁸ qui est relatif aux « *conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétriques, de néonatalogie ou de réanimation néonatale* ».

Au total, il y a quatre unités différentes qui accueillent les nouveau-nés :

- Le niveau I comprend une maternité et accueille des enfants de 35 ou 36 SA ou ayant un poids de plus de 2000 grammes (g).
- Le niveau IIA correspond à une maternité et un service de néonatalogie en soins continus, accueillant des enfants de plus de 33 SA ou ayant un poids de naissance supérieur à 1500g.
- Le niveau IIB correspond à une maternité, un service de néonatalogie en soins continus et un service de néonatalogie en soins intensifs, accueillant des enfants de plus de 29 SA ou ayant un poids de naissance supérieur à 1000g.
- Le niveau III correspond à une maternité et un service de néonatalogie en soins continus, un service de néonatalogie en soins intensifs et un service de réanimation néonatale, accueillant des enfants de moins de 29SA ou ayant un poids de naissance inférieur à 1000g.

Dans certains services, des chambres kangourous ou chambres mère-enfant sont mises à dispositions pour les parents en ayant le souhait.

Ce type d'unité est de « *permettre à un enfant né prématurément ou hypotrophique de ne pas être séparé de sa mère à la naissance* »⁹. Le principe de cette méthode de favoriser le peau-à-peau et le portage entre le nouveau-né et ses parents en continu et de faire un allaitement à la demande, dès que le bébé le souhaite. Et cela permet également de favoriser le lien mère-enfant.

⁷ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/n%C3%A9onatalogie/54211>

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id>

⁹ <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-2-page-101.htm>

En fonction, du terme de naissance et du niveau de prématurité du nouveau-né, l'enfant sera dirigé dans un hôpital adapté à son état de santé et à la prise en charge de son confort et des gestes techniques nécessaires. La prise en charge sera alors personnalisée à chaque enfant.

Sur le site de l'hôpital Robert Debré¹⁰, on peut voir qu'un enfant est placé en réanimation néonatale s'il nécessite une ventilation artificielle ou non invasive, une réanimation circulatoire, prise en charge neurologique ou hypothermie.

Il ira en soins intensifs, s'il a une ventilation nasale de plus d'une journée, s'il possède un cathéter central ou si le terme de naissance se situe entre 28 et 36 SA.

Et les soins continus prennent en charge les nouveau-nés nés à terme venant des urgences ou les fins de prématurité n'ayant pas de cathéter central avec un état de santé stable.

En fonction du service, la néonatalogie possède un environnement spécifique afin de répondre au mieux à la prise en charge des prématurés pour qu'ils puissent poursuivre leur développement et leur croissance.

En allant des soins continus, aux soins intensifs jusqu'à la réanimation néonatale, l'environnement présent autour d'un nouveau-né peut être impressionnant pour sa famille. En effet, de nombreux dispositifs médicaux entourent l'enfant.

Selon le site Sparadrap¹¹, l'enfant prématuré a besoin d'une surveillance particulière concernant son état de santé.

En ce qui concerne l'environnement global dans la chambre, l'enfant est placé dans un incubateur afin de maintenir l'enfant au chaud et qu'il puisse maintenir sa température corporelle autour de 37°C, car il n'est pas en capacité de réguler seul sa température. Il permet également de le protéger des infections. Et quand cela sera possible, il passera dans un berceau chauffant habillé puis dans un berceau traditionnel.

Il peut y avoir une sonde d'intubation qui permet de l'aider à respirer ou encore une ventilation non invasive s'il est un peu plus autonome. Si l'enfant fait des apnées, il aura un masque ou des petites canules passant dans les narines (CPAP).

¹⁰ <http://robertdebre.aphp.fr/equipes-cliniques/pole-gynecologie-perinatalite/reanimation-neonatale-neonatalogie/>

¹¹ <https://www.sparadrap.org/parents/le-bebe-la-prematurite/lhospitalisation-en-neonatalogie>

Il aura également une sonde nasogastrique, introduite dans une de ses narines qui permet de l'alimenter. Ceci a lieu lorsque l'enfant n'est pas encore en capacité de téter ou de boire seul et que sa fonction de déglutition ne fonctionne pas encore.

Ensuite, une perfusion intraveineuse permettant l'administration de sucre, de vitamines ou encore de médicaments pourra également être présente auprès de l'enfant. La perfusion peut également servir à le nourrir si l'estomac du nourrisson n'est pas encore en capacité de digérer la nourriture. Et si les perfusions sont programmées pour un long moment, il est envisageable de mettre en place un cathéter central pour éviter de le piquer à chaque fois.

Et pour surveiller ses paramètres vitaux, un capteur qui permet de surveiller la pression artérielle ainsi qu'un capteur qui permet de surveiller la saturation (taux en oxygène dans le sang) seront présents sur ses membres.

Il y a également la présence d'électrodes posées sur le thorax qui permettent de contrôler le rythme cardiaque et la fréquence respiratoire de l'enfant en continu.

Dans le livre *Naitre trop tôt*¹², page 49, on voit que tout cet environnement autour du bébé peut amener un « *sentiment de culpabilité* » pour les parents, dû au fait de devoir imposer tout cela à son enfant. Les parents peuvent alors « *aller jusqu'au rejet total de cet environnement hyper médicalisé, avec des soins spectaculaires* ». Ou au contraire cela peut permettre aux parents « *d'avoir une entière confiance et d'être convaincus que cet endroit est le meilleur pour donner toutes les chances à bébé de bien grandir* ».

Quant à l'environnement, la lumière et le bruit sont atténués au maximum dans l'ensemble du service afin d'éviter de provoquer trop de stimuli autour de l'enfant. Il est vrai que l'enfant prématuré réagit rapidement et de façon très sensible car tous ses sens sont en éveil.

Les nuisances lumineuses sont prises en compte en mettant en place des lumières tamisées, parfois même une couverture sera posée sur l'incubateur. Les nuisances sonores sont réduites, les soignants ou les visiteurs se doivent de parler doucement, de ne pas poser des affaires sur les parois de l'incubateur. Tout ceci est mis en place pour essayer de reproduire au maximum l'environnement de la vie intra-utérine de l'enfant.

¹² DALLA PIAZZA Serge et LAMOTTE Paul-Jacques *Naitre trop tôt – La prématurité expliquée aux parents et futurs parents – Bébé vous parle*, page 49

Il est vrai que d'après la Charte des droits de l'enfant hospitalisé¹³ de 1986 « *L'Hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité* ».

Malgré tous ces dispositifs médicaux pouvant être présents autour de l'enfant prématuré, le contact peut être réalisé très rapidement entre lui et ses parents. En effet, la majorité des services accueillent les parents 24h/24, sans durée de visite limitée, pour le bon développement de l'enfant. Les frères et sœurs seront autorisés à venir rendre visite à leur petit frère ou petite sœur lorsque l'enfant sera stabilisé et que les précautions nécessaires auront été expliquées à la famille.

Quant aux autres membres de la famille ou amis, ils pourront observer l'enfant via un couloir vitré ou aller voir l'enfant mais en respectant le rythme de l'enfant et en prenant les précautions nécessaires pour ne pas lui transmettre de bactéries ou microbes. Mais aussi en limitant le nombre de visites par jour et le nombre de personnes dans la chambre pour respecter le niveau sonore et le sommeil de l'enfant.

Il est également possible pour les parents d'appeler le service pour avoir des nouvelles de l'enfant.

Afin de prendre en charge des enfants nés prématurément et d'adapter les soins en fonction de leurs besoins, une équipe pluridisciplinaire collabore ensemble. En néonatalogie on peut alors rencontrer de nombreux professionnels de santé comme des auxiliaires de puériculture, des infirmières, des puéricultrices, des médecins, des kinésithérapeutes ou encore des orthophonistes, qui réaliseront un accompagnement le plus optimal et complet pour le développement et le bien-être de l'enfant.

3) Les conséquences

Malgré un accompagnement de la part des soignants, la prématurité entraîne des conséquences auquel les parents doivent faire face.

¹³ <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Selon les psychologues Josée Laganière, Réjean Tessier et Line Nadeau dans l'article *Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles*¹⁴, « *plusieurs facteurs associés à une naissance prématurée sont susceptibles d'influencer la relation d'attachement de l'enfant à sa mère.* »

Ceci est dû à deux raisons. La première correspond à la période autour de la naissance. Les complications médicales, la distance physique due aux soins intra-hospitaliers ou encore l'inquiétude face à la santé et au bon développement de l'enfant sont des facteurs qui entraînent un sentiment désagréable voir éprouvant pour les parents.

La seconde raison correspond à la différence qui a été repérée entre un enfant né à terme, en bonne santé et un enfant né prématurément. « *Durant la première année de vie, ils sont décrits comme plus irritables, moins alertes et moins actifs lorsqu'en interaction avec leur mère. Ce sont aussi des enfants qui initient moins d'interactions alors que leurs mères sont rapportées comme plus actives, plus directives, voire intrusives.* »

A plus long terme, selon l'INSERM¹⁵, « *Les séquelles neurologiques sont fréquentes, en particulier chez les grands prématurés. Elles peuvent se manifester par des troubles moteurs avec un retard à la marche ou des difficultés à marcher, des troubles cognitifs avec des difficultés de langage oral ou écrit, ou encore des troubles de l'attention et des troubles sensoriels, visuels ou auditifs.* »

De plus, pour le Dr Christine Albert de l'université de Caen Basse Normandie¹⁶, un « *bébé grand prématuré n'a pas les mêmes capacités relationnelles qu'un bébé à terme.* ». Elle exprime cela dû au fait que les prématurés sont des bébés qui dorment beaucoup, ils ne sont pas en capacité de regarder les parents et de fixer du regard longtemps comme peut le faire un nourrisson né à terme. Puis, ils n'ont pas les capacités de mettre en œuvre des signaux d'appel. Et enfin, ce sont des enfants qui ont besoin d'énormément de présence.

Le développement psychoaffectif d'un enfant prématuré est alors différent que celui d'un enfant né à terme.

¹⁴ <https://www.cairn.info/revue-enfance1-2003-2-page-101.htm>

¹⁵ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

¹⁶ [https://www.psychanalyse.com/pdf/TROUBLES%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20ET%20PREMATURITE%20-%20DIAPORAMA%20\(30%20Pages%20-%20459%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/TROUBLES%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20ET%20PREMATURITE%20-%20DIAPORAMA%20(30%20Pages%20-%20459%20Ko).pdf)

Parallèlement à cela, le nouveau-né prématuré possède des facultés et ses cinq sens sont plus ou moins opérationnels pour qu'il puisse se développer et s'adapter à sa vie extra-utérine. En effet, les cinq sens se développent durant la grossesse.

Selon Geneviève Cloutier-Mongeau¹⁷, ergothérapeute, « *À la différence des bébés nés à terme, les bébés prématurés ont des systèmes sensoriels moins matures dus à une grossesse écourtée, ce qui peut expliquer en partie leur réaction d'évitement en période néonatale face à certaines sensations trop intenses pour leur niveau de développement* »

Concernant le toucher, c'est le sens qui se développe en premier. A la naissance c'est sur celui-ci que l'enfant va pouvoir ressentir le plus de choses. Les récepteurs tactiles sont présents sur tout le corps à la 20^{ème} semaine de grossesse.

Pour l'odorat, le deuxième sens à se développer, le fœtus ou enfant prématuré est capable de distinguer les odeurs familières (odeur de la maman), ou l'odeur des aliments que mange la maman, à partir de la 30^{ème} semaine de grossesse.

Ensuite, pour le goût, le nouveau-né prématuré est en capacité de distinguer, vers la 30^{ème} semaine de grossesse, les différents goûts comme le sucré, le salé, l'amer car ses papilles sont matures.

Puis, en ce qui concerne l'ouïe, on a un système auditif complètement formé vers la 20^{ème} semaine de grossesse, ce qui permet au fœtus ou au prématuré de faire la distinction entre les différents bruits qu'il entend (musique, voix, chanson, etc.). Et à partir de la 30^{ème} semaine de grossesse, il est capable de distinguer les sons familiers et de reconnaître la voix maternelle. « *Il réagit différemment aux différentes tonalités. De manière générale, les sons graves le calment et les sons aigus peuvent le stresser.* »

Et enfin, le dernier sens à se développer est la vue. Les couleurs dans les tons rouges l'attirent particulièrement dû à la lumière filtrée qui passe à travers la paroi de l'utérus vers la 32^{ème} semaine. A 34 semaines, l'enfant prématuré a sa vision qui s'affine et est plus attiré par les stimulations visuelles à grand contraste ou les visages humains. De plus, « *Le nouveau-né prématuré voit à une distance d'environ 20 à 30 centimètres, ce qui correspond approximativement à la distance entre le sein et le visage de la mère.* ». Ce qui permet alors de créer un lien et un contact avec ses parents durant son séjour en néonatalogie.

¹⁷ <http://developpementenfant.ca/wp/wp-content/uploads/2011/08/Quand-les-cinq-sens-s%C3%A9veillent.pdf>

Nous allons maintenant voir la place des parents auprès de leur enfant au sein du service de néonatalogie.

B) Les parents auprès de leur nouveau-né en néonatalogie

1) Les difficultés rencontrées

Dans les Cahiers de la Puéricultrice - Prise en charge du prématuré¹⁸, à la page 16, Maryline Métral, puéricultrice nous explique que l'enfant dépend des machines et du personnel soignant pour vivre, que c'est un être fragile dont la vie peut basculer à tout moment. Les parents reçoivent beaucoup d'informations sur « *l'état de santé, sur son équipement, et sur son pronostic, tout ceci mélangé avec l'émotion d'être parents* ».

« *La première rencontre avec bébé et donc avec le service de néonatalogie, est très importante*».

Dans leur livre Naitre trop tôt, aux pages 49 à 51, Serge Dalla Piazza et Paul-Jacques Lamotte expliquent qu'il existe différents risques pour les parents d'enfants prématurés. Ils peuvent ressentir de la culpabilité, de la peur ou encore de la détresse.

A la page 49-50, ils expliquent qu'une naissance est souvent associée à du bonheur mais que lorsque cette dernière est prématurée cela devient plus compliqué. La culpabilité peut survenir en lien avec l'avenir incertain de l'enfant, la grossesse qui n'a pas été menée à terme, le fait d'être séparé de son enfant ou encore le fait qu'il ne puisse pas rentrer à la maison directement. Il y aura alors différentes réactions de la part des parents et notamment des mamans. Certaines voudront aller voir leur bébé directement malgré leur faiblesse dû au choc de l'annonce et leur faiblesse physique suite à l'accouchement. Alors que d'autres se sentiront « *submergées par toutes ces émotions* » et n'arriveront donc pas à prendre du recul.

Quant à la peur, elle peut survenir suite à de multiples raisons. Un bébé né prématurément « *paraît si petit, si fragile, entouré de tant de machines* ». Il est vrai qu'un prématuré est petit avec un faible poids. De plus, de nombreux équipements médicaux sont présents autour du bébé, ce qui peut amener une appréhension chez la famille. En effet, chaque appareil possède

¹⁸ METRAL Maryline, Cahiers de la puéricultrice, Prise en charge du prématuré, n°171, Novembre 2003, page 16

une alarme sonore avec différents sons et différentes intensités qui peuvent inquiéter les parents lorsque l'alarme se déclenche. Les nombreux fils et capteurs peuvent également effrayer les parents de peur de les débrancher, de les dérégler ou de mal faire lors des manipulations. Le faible poids peut entraîner une peur de faire mal à son enfant, en fonction des gestes réalisés. Les parents ont peur car son état de santé peut être fragile voir instable et tout peut basculer à n'importe quel moment.

Certains n'osent pas s'attacher afin de ne pas souffrir, de peur que leur enfant ait un problème pouvant devenir fatal. Mais il faut expliquer aux parents que chaque enfant a besoin d'une motivation comme tout être humain et qu'il est alors « *plus facile de se battre avec l'amour de ses parents que seul avec le personnel soignant* ».

Ils peuvent également avoir peur des conséquences sur le long terme comme un handicap, des difficultés liées aux acquisitions du développement psychomoteur ou encore un retard de croissance par exemple.

Et enfin, à la page 51, on comprend que la détresse est liée au fait que la maman perd brutalement son état de femme enceinte. Il faut également accepter et réussir à faire son deuil quant à la naissance rêvée et à l'enfant imaginé, dit «parfait». Souvent, les mamans se sentent responsables de cette naissance prématurée avec parfois un envahissement de honte, de peur d'être jugée, etc.

Les parents peuvent aussi rencontrer des difficultés vis-à-vis de leur présence au sein du service de néonatalogie. Ils peuvent être face à des obligations personnelles qui les empêchent de rester auprès de leur enfant (travail, rendez-vous, devoir s'occuper de la fratrie, appréhension, lieu d'habitation éloigné de l'hôpital). Les repères familiaux sont très importants pour le développement psycho-affectif de l'enfant, mais cela n'est pas toujours envisageable.

L'acceptation d'avoir un enfant prématuré peut alors être difficile. Ces sentiments apparaissent de façon régulières chez les parents et d'autant plus chez la maman. Il est donc primordial pour les soignants et l'entourage familial de prendre en compte ces sentiments et de pouvoir être présents pour les parents ayant eu un enfant prématuré. Ils ont besoin d'avoir des personnes sur qui ils peuvent se reposer, avec une écoute, une empathie, une compréhension ou encore une aide.

« Ce qu'une maman vit alors est extrêmement dur moralement. Ce que vit bébé est extrêmement dur physiquement et moralement aussi, il doit se battre de toutes ces forces et ce combat sera

beaucoup plus efficace si on le mène ensemble »¹⁹. Il est donc très important de favoriser le lien parents-enfant.

2) Favoriser le lien parents-enfant

Pour aider les parents à accepter la naissance prématurée, pour les aider à surmonter cette épreuve et pour aider le bébé à se battre, les soignants se doivent d'être auprès des parents et de les accompagner au mieux.

La Charte Européenne de l'enfant hospitalisé de 1988, permet aux familles de rester au plus près de leur enfant. En effet, le critère n°3 dit que *« on encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant ».*

Ceci leur permet de pouvoir être présent 24h/24 auprès de leur enfant, s'ils le souhaitent, afin de pouvoir le protéger et être là pour lui. La présence parentale est très importante pour le nouveau-né prématuré, il a besoin de ressentir l'amour et le soutien de ses parents et ainsi favoriser le lien avec ses parents.

Le nouveau-né prématuré a réellement besoin du soutien et de la présence de ses parents car il passe d'un milieu liquide, chaleureux et sombre à un milieu aérien, bruyant et lumineux. Ses sensations ne sont pas les mêmes et il se retrouve dans un environnement inconnu.

L'importance du lien mère-enfant et du développement psychoaffectif de l'enfant est alors mis en avant par Serge Dalla Piazza et Paul-Jacques Lamotte dans Naitre trop tôt : *« Les premiers jours après la naissance représentent une période «sensible» où la mère est particulièrement apte à constituer un lien d'attachement avec son bébé. Cette communication est primordiale et déterminante pour l'ensemble de la vie de l'enfant ».*

Le bébé est en capacité de reconnaître l'odeur de sa mère qui ressemble à celle dans le liquide amniotique. Il est aussi capable de reconnaître la voix de sa mère dès ses premiers jours de vie, qui lui rappelle les bruits qu'il entendait in-utéro. Ces sensations permettent au prématuré de se

¹⁹ DALLA PIAZZA Serge et LAMOTTE Paul-Jacques Naitre trop tôt – La prématurité expliquée aux parents et futurs parents – Bébé vous parle, page 60

sentir en sécurité et d'avoir des repères. C'est pour cela que la présence des parents est primordiale car sans ses parents, le nouveau-né ne peut pas avoir les besoins relationnels et sensoriels nécessaires à son bon développement.

Sur la brochure de l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, intitulée Néonatalogie - Soins intensifs et continus - Accueil des prématurés et des bébés²⁰, il est indiqué que pour conserver une proximité maximale avec l'enfant il est possible par exemple d'apporter un foulard avec l'odeur de la maman que l'on positionnera près de lui, d'apporter un doudou, des vêtements, des dessins de ses frères et soeurs, des photos de famille ou encore une tétine pour l'apaiser lors des soins et pour favoriser l'acquisition du réflexe de succion-déglutition.

Cette brochure indique également les moyens permettant au nouveau-né de se détendre. Le peau à peau, les caresses, les câlins, les bercements, la voix de ses parents ou encore la musique douce sont des moyens qui se sont montrés efficaces pour l'apaiser et renforcer le lien parents-enfant.

Il est important que l'interruption prématurée de la grossesse n'engendre pas uniquement une sensation de frustration et de culpabilité, mais qu'au contraire la mère puisse s'occuper de son enfant en tissant des liens et en observant comment établir une relation avec son bébé. Pour cela, les parents passent par plusieurs étapes.

En effet, dans les Cahiers de la puéricultrice²¹, on voit qu'à l'arrivée dans le service, les parents auront des informations sur l'état de santé du bébé. Cela constitue une première source de contact. Ensuite, ils observent les soignants s'occuper de leur enfant et voient les membres du bébé bouger par exemple.

Puis, lorsque le prématuré ouvre les yeux, réalise un réflexe de succion ou un réflexe de grasping, les parents se rendent compte que l'enfant est capable de faire des mouvements plus réactifs.

Après, on passa à l'étape où les parents provoquent eux-mêmes les mouvements lorsqu'ils parlent bébé ouvre les yeux, lorsqu'ils le caressent bébé s'apaise, lorsqu'ils donnent le biberon ou qu'il y a mise au sein bébé regarde ses parents, etc.

²⁰ Brochure : Néonatalogie, Soins intensifs et continus, Accueil des prématurés et des bébés, Groupement des Hôpitaux de l'institut Catholique de Lille, Janvier 2016

²¹ METRAL Maryline, Cahiers de la puéricultrice, Prise en charge du prématuré, n°171, Novembre 2003, page 17

Et enfin, quand les parents le prennent à bras, ils peuvent en profiter pleinement en réalisant le peau à peau ou en faisant des câlins. La relation peut aussi être mise en avant durant les soins.

Selon l’OMS²², le portage en peau à peau est défini comme *“le portage d’un enfant, en position ventrale, vêtu uniquement d’une couche et d’un bonnet entre les seins de sa mère ou contre le torse de son père, strictement peau contre peau”*. Ce portage doit être réalisé le plus tôt possible et le plus longtemps possible, pour le bien de l’enfant mais aussi de ses parents.

Suite à des études, nous savons que le peau à peau est bénéfique pour l’enfant notamment au niveau physiologique (fréquence cardiaque, taux de saturation en oxygène, température dans les normes), comportemental (diminutions des pleurs, cris, allaitement plus efficace) et psychosocial (favorise l’attachement, les interactions).

De nombreux effets bénéfiques concernant le peau à peau ont été mis en avant vis-à-vis des parents à l’instar d’une forme de poursuite de grossesse interrompue trop tôt, d’une aide pour acquérir la confiance en soi afin d’établir un lien avec son bébé. Cela peut aussi permet de diminuer la culpabilité présente chez les parents et cela favorise la montée de lait et permet d’avoir un maintien de la lactation. Les parents sont plus en assurance à s’occuper de leur enfant dit “fragile” lorsqu’ils font du peau à peau.

Nous avons donc vu que la présence des parents auprès de leur bébé est indispensable afin de créer un lien d’attachement et surtout de permettre à l’enfant d’être rassuré et de se développer correctement. Pour favoriser le lien parents-enfant, la puéricultrice a donc une place importance à jouer au sein d’un service de néonatalogie.

C) Le rôle de la puéricultrice en néonatalogie

1) La puéricultrice

Selon l’ONISEP²³, l’infirmière puéricultrice est *« une infirmière spécialisée dans les soins médicaux apportés aux bébés et aux enfants. Elle joue également un rôle de prévention, d’éducation et de conseil auprès des parents »*.

²² <https://www.sosprema.com/page/177691-les-soins-de-developpement>

²³ <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/puericulteur-puericultrice>

D'après le Guide de la Puéricultrice²⁴, la puéricultrice se doit de « *prendre soin des enfants pour maintenir, restaurer et promouvoir la santé, le développement, l'éveil, l'autonomie et la socialisation* ».

Il est précisé que « *les activités de l'infirmière puéricultrice concourent à l'accompagnement de la fonction parentale et participent, dans le cadre de projets de soins et de projets éducatifs pluri-professionnels à la protection des enfants, à leur intégration dans la société, à la lutte contre les exclusions* ».

« *L'infirmière puéricultrice est une infirmière spécialisée, qui a développé des compétences d'expertise clinique spécifiques à la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence, et à la santé de la famille* ». De ce fait, « *les activités de l'infirmière puéricultrice, soins de confort, mise en œuvre de thérapeutiques, dépistage, prévention et éducation, sont adaptées à l'âge, au développement moteur, psychoaffectif et cognitif, et à l'autonomie de l'enfant. Dans l'intérêt supérieur de l'enfant, l'infirmière puéricultrice agit en concertation avec celui-ci, ses parents et son entourage* ».

La puéricultrice possède un ensemble de secteurs d'exercice diversifié (hôpital, maternité, néonatalogie, libéral, centre de protection maternelle et infantile, crèche), ce qui lui permet d'avoir des missions et responsabilités variées en fonction de chaque endroit.

Le Code de la Santé Publique²⁵, datant du 29 Juillet 2004, régit la profession d'infirmière et donc également celle de l'infirmière puéricultrice. Le décret 2004-802 stipule que :

- Dans l'Article R4311-1 : « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en*

²⁴ COLSON Sébastien, GASSIER Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR Colette, Le guide de la puéricultrice, Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence, Elsevier Masson, 2019, p.4

²⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr>

relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif».

- Dans l'Article R4311-5 : *«Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage».*

- Dans l'Article R4311-7 : *«L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin».*

- Dans l'Article R4311-13 : *«Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :*
 - *1- Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie*
 - *2 - Surveillance du régime alimentaire du nourrisson*
 - *3 - Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps*
 - *4 - Soins du nouveau-né en réanimation*
 - *5 - Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie».*

Quant à Anne Casanova, puéricultrice en soins intensifs, elle explique dans les Cahiers de la puéricultrice, le rôle propre de la puéricultrice en néonatalogie²⁶.

La puéricultrice se doit de :

- Veiller au bien-être et au développement harmonieux de l'enfant, en collaboration avec l'équipe soignante.

²⁶ CASANOVA Anne, Les Cahiers de la puéricultrice - Le rôle propre de la puéricultrice en néonatalogie, répondre aux besoins des enfants prématurés, n°227, p15-17

- Adapter les soins qu'elle prodigue au nouveau-né en fonction de son rythme afin de favoriser son bien-être, sa sécurité et afin de répondre à ses besoins spécifiques.
- Favoriser la relation parents-enfant en les accompagnant dans les différents soins auprès du bébé.
- Développer des compétences d'observation afin de mener des actions éducatives adaptées aux besoins des familles.
- Accompagner les parents dans l'organisation des soins (lors de l'alimentation, du bain, des changes, de la préparation à la sortie) pour qu'ils puissent y participer rapidement et ainsi favoriser le lien et la relation parents-enfant.
- Accompagner l'allaitement maternel.
- Etre à l'écoute des parents concernant les difficultés ou interrogations.
- De mettre en avant les capacités et compétences des parents afin de les soutenir dans leur rôle de parents et de les accompagner à la parentalité.
- Veiller au confort de l'enfant prématuré au sein du service de néonatalogie.
- Effectuer des démarches de prévention sur la mort subite inattendue du nourrisson ou sur le syndrome du bébé secoué.
- De travailler avec les différents professionnels de la petite enfance pour assurer le suivi de l'enfant à la sortie du service.

Nous pouvons alors remarquer que l'accompagnement des parents auprès de leur enfant est un des éléments essentiels que la puéricultrice doit réaliser en service de néonatalogie. Pour se faire, une triade parents-enfant-soignant se met en place.

2) La triade parents-enfant-soignant

La puéricultrice travaillant en néonatalogie doit s'occuper de l'enfant mais également de ses parents. Pour l'enfant sa priorité sera son confort physique et affectif. Quant aux parents, elle les accompagnera dans l'acceptation de la naissance prématurée de leur enfant, ainsi que dans la participation lors des soins, tout en surmontant leurs appréhensions.

L'IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé) est un programme lancé en 1992 par l'Organisation Mondiale de la Santé et par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance qui permet également d'améliorer l'accueil en service de maternité ou de néonatalogie, du nouveau-né et de sa mère.

Les soins sont centrés sur les besoins et les rythmes de l'enfant et de ses parents. Différentes pratiques sont mises en place lors de la naissance telles que le peau à peau, la proximité entre la mère et son bébé ou encore le soutien et l'encouragement à l'allaitement maternel.

Dans Les Cahiers de la puéricultrice²⁷, page 25, Kristina Lofgren, coordinatrice nationale et Caroline François, coordinatrice des équipes en démarche vers le label mettent en avant que cela se base sur un « *climat d'écoute et de confiance* ».

L'IHAB est un programme qui se développe de plus en plus au sein des hôpitaux et qui permet d'obtenir un environnement bienveillant et soutenant pour l'enfant et sa famille avec le soutien des soignants et la garantie d'une sécurité médicale.

L'autonomie des parents et la confiance en eux sont deux points essentiels qui peuvent être mis en avant. L'équipe soignante s'adapte aux choix et valeurs de la maman et prend en compte les besoins de chaque famille. Le non jugement et le respect des choix des parents seront à mettre en avant. Chaque parent avance à son rythme et réagit différemment face à la prise en soin de l'enfant.

De plus, l'équipe sera alors dans une posture d'écoute, de dignité et de respect. Elle accompagnera au maximum les parents à accepter la naissance prématurée de leur enfant, pour ensuite pouvoir leur montrer le déroulement des soins, pour que par la suite ils puissent s'impliquer seuls dans la prise en soins globale de leur enfant. Les parents se sentiront alors utiles auprès de leur enfant et participeront activement à son développement. Ils ont besoin de se sentir rassuré et valorisé, afin qu'ils sachent que leurs gestes sont bons pour leur enfant.

Les parents collaborent avec l'équipe soignante et s'adaptent à l'enfant en respectant son rythme de veille/sommeil, en regroupant et en reportant les soins s'il n'est pas en capacité d'en recevoir à un moment T, en établissant un contact avec l'enfant avant de débiter un soin invasif, etc.

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants nés prématurément et de leur famille, Aurélie Guillou, infirmière puéricultrice, certifiée NIDCAP, explique dans Les Cahiers de la

²⁷ LOFGREN Kristina et FRANCOIS Caroline, Les Cahiers de la puéricultrice, Les soins de développement, n°293, Janvier 2016, pages 25 à 27

puéricultrice²⁸ en quoi consiste le NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) et les soins de développement.

Selon l'association SOS préma²⁹, « *les soins de développement regroupent l'ensemble des techniques environnementales et comportementales dont le but est d'aider le développement harmonieux de l'enfant né avant terme* ».

Tout d'abord, on sait qu'il y a eu une évolution au sein des unités de néonatalogie concernant les pratiques professionnelles et les soins quotidiens. Les horaires de visite pour la famille et les proches ont été modifiés, le bruit et la lumière sont diminués pour respecter au mieux les besoins du nouveau-né. Un des autres objectifs est de faire participer les parents dans les soins rapidement (peau à peau, bain, change), dès qu'ils s'en sentent capables, avec le soutien de l'équipe soignante. Ils deviendront alors autonomes au fur et à mesure.

Le programme NIDCAP a pour objectif d'observer les comportements des enfants prématurés afin d'avoir un suivi et une coordination pour chaque enfant mais également d'entraîner dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins.

Les soins sont alors personnalisés en fonction de chaque nouveau-né. Ils permettent de diminuer les comportements anxigènes et permettent de favoriser les comportements de stabilité pour l'enfant.

En revanche, Jacques Sizun, professeur en réanimation pédiatrique et Nathalie Ratynski, pédiatre et formatrice NIDCAP précisent dans le livre *L'enfant né prématurément*³⁰ qu' « *il ne s'agit pas de faire un choix entre une approche technique et une approche humaine, mais bien de proposer une stratégie combinant les deux versants* ».

Et enfin, pour être dans une relation de confiance, l'équipe soignante devra également informer les parents de l'état de santé de leur enfant d'après le critère n°4 de la Charte Européenne de l'enfant hospitalisé de 1988 car « *les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur* ».

²⁸ GUILLOU Aurélie, Les Cahiers de la puéricultrice, Les soins de développement, n°293, Janvier 2016, pages 20 à 24

²⁹ <https://www.sosprema.com/page/177691-les-soins-de-developpement>

³⁰ SIZUN Jacques et RATYNSKI Nathalie, *L'enfant né prématurément*, Mieux comprendre pour mieux le soutenir, page 61

Après avoir étudié le cadre contextuel, nous allons maintenant nous intéresser au cadre conceptuel avec les avis de différents auteurs. Ce cadre conceptuel sera composé des concepts de l'Accompagnement, de la Parentalité ainsi que de l'Attachement.

V. Cadre conceptuel

A) Accompagnement

Dans le livre Les concepts en soins infirmiers³¹, on apprend que le concept d'Accompagnement fait son apparition dans les années 1960-1970 et prenait en compte seulement les personnes en soins palliatifs. Mais dans les années 1990, le concept va évoluer en incluant l'accompagnement dans la santé, le social ou encore dans l'éducation.

Le mot accompagner vient du latin. En se basant sur son étymologie³², on apprend que la racine latine de ce mot est : ad- (« mouvement ») et cum panis (« avec pain »), ce qui signifie « *celui qui mange le pain avec* ».

Dans le Larousse³³, le verbe accompagner est défini comme « *être avec quelqu'un, lui tenir compagnie* », mais aussi « *Servir de guide, d'accompagnateur à quelqu'un, à un groupe* ».

Alors que pour le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 2004, ce verbe signifie « *Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui* » ; « *Accompagner un malade, l'entourer, le soutenir moralement et physiquement à la fin de sa vie* ».

³¹ Les concepts en sciences infirmières, 2^{ème} édition, éditions Mallet Conseil, ISBN 978-2-9533311-3-4

³² <https://fr.wiktionary.org/wiki/accompagner>, consulté le 29/01/2020

³³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>, consulté le 29/01/2020

D'après Maela Paul³⁴, une formatrice consultante auprès des professionnels de l'accompagnement, trois éléments ressortent de la définition ci-dessus et peuvent être mis en avant afin d'expliquer la notion d'accompagnement.

- « *Se joindre à quelqu'un* », évoque la relation à l'autre.
- « *Pour aller où il va* », exprime le fait de suivre et de s'adapter au mouvement de l'autre
- « *En même temps que lui* », signifie que le soignant et le soigné vont au même rythme.

Verspieren³⁵, enseignant d'éthique biomédicale, explique en 1984, que « *accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas* ».

En néonatalogie, une relation de confiance se crée entre la puéricultrice et la famille. Elle accompagne les parents à construire leur projet, en créant un climat d'écoute, de confiance et de proximité. La puéricultrice est présente à côté des parents, en observant et en guidant les gestes réalisés. Au fur et à mesure, ces derniers pourront acquérir de l'autonomie. Afin que les parents se sentent impliqués auprès de leur enfant, ils sont libres dans leurs choix. La valorisation, l'empathie et la bienveillance sont des éléments clés pour une prise en charge optimale et un accompagnement de qualité.

En 2007, Cifali, professeur d'université, et André, romancier et enseignant³⁶, mettent en avant le rôle du soignant dans l'accompagnement qui est d'être « *là, présent, permettant qu'un autre traverse l'épreuve, le moment, l'évènement* ». La puéricultrice se doit d'aider et de soutenir les familles dans l'acceptation et la prise en soins de la prématurité. Cet accompagnement sera alors efficient de leur arrivée dans le service et ce jusqu'à la fin de l'hospitalisation de l'enfant.

Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, complète ce point de vue en précisant que l'accompagnement c'est « *faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé. Un*

³⁴ PAUL M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. Recherche en soins infirmiers [en ligne : cairn.info], Septembre 2012, n° 110, pp. 2-3, consulté le 29/01/2020

³⁵ VESPIREN P. Face à celui qui meurt, Ed. Temps et Contretemps Desclée de Brouwer. Paris 1984, consulté le 29/01/2020

³⁶ CIFALI M, ANDRE A, Ecrire l'expérience, vers une reconnaissance des pratiques professionnelles, PUF, 2007, consulté le 29/01/2020

mouvement qui porte vers l'autre pour aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien. Accompagner c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences»³⁷.

Et Pascal Wanquet Thibault précise que *«accompagner c'est accueillir, éduquer, informer, expliquer, aider, prévenir, rassurer et surtout guider les parents vers l'autonomie»³⁸.*

Globalement, la représentation commune de la prématurité est celle d'un enfant tout petit, affaibli, léger. Il est donc compréhensible que les parents aient cette représentation dans leur esprit, et, qu'une angoisse s'installe lors de l'accouchement prématuré et de l'arrivée dans le service de néonatalogie.

Dans le livre Les concepts en soins Infirmiers, il est précisé que *« les pratiques d'accompagnement s'inscrivent dans un contexte de soins où les soignants sont en recherche de mise en lien, de continuité et d'humanisation des actes professionnels »³⁹.* L'accompagnement est alors nécessaire au sein d'un service de néonatalogie. En effet, les actes sont humanisés, on y met du sens, de la volonté, ils ne sont pas fait à la chaîne sans réflexion au préalable. Les soins prodigués au nouveau-né nécessitent une continuité ainsi qu'une adaptabilité. Les soins sont individualisés et adaptés à chaque enfant, un nombre limité de soignants s'occupe de l'enfant afin d'apporter à la famille une cohérence et une continuité dans les soins.

L'accompagnement des soignants auprès des parents est une étape indispensable et primordiale en néonatalogie. Ils se retrouvent dans un univers inconnu, bruyant, impressionnant et spécifique. Cela peut donc créer des difficultés pour les parents à s'occuper de leur enfant, dû à l'appréhension par exemple. Selon le pédiatre Pierre Satgé, *« il ne suffit pas de rendre à sa famille un bébé en bon état, mais il faut avoir pris les précautions nécessaires pour que les parents puissent l'investir. »⁴⁰*

³⁷ HESBEEN W., Humanisme soignant et soins infirmiers, Elsevier Masson, 2017

³⁸ THIBAUT-WANQUET P., Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2008, p14

³⁹ FORMANIER M., LJILJANA J., Les concepts en sciences infirmières, 2012, page 42, consulté le 29/01/2020

⁴⁰ SATGE P., Naitre prématurément, contraste n°41, Enfance et handicaps, la revue de l'ANECAMSP, éditions érès, p337

Hesbeen explique alors qu'«*Accompagner c'est tenir compte de la complexité et de l'individualité de chaque personne; c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non engagement; il s'agit surtout de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quelque soit la situation de la personne*»⁴¹.

De ce fait, les soins et/ou actes de la vie quotidienne sont expliqués aux parents, puis montrés et enfin lorsqu'ils s'en sentent capable, les rôles s'inversent. La puéricultrice accompagne alors les parents dans leurs gestes afin qu'ils puissent prendre soin de leur enfant seuls et ainsi profiter et s'occuper pleinement de leur enfant. Ils pourront également transmettre à l'équipe soignante leur observation. Il faut y aller étape par étape afin de ne pas brusquer ou effrayer la famille. Cela prendra plus ou moins de temps en fonction des familles et même en fonction de chaque parent. En y allant étape par étape, les parents prendront confiance au fur et à mesure.

Philippe Gaurier⁴², cadre infirmier explique alors que les parents passent par cinq étapes pour se ré-approprier leur enfant prématuré.

- Avoir un premier contact visuel avec son enfant
- Oser toucher, caresser son enfant
- Réussir à le porter ou à le soutenir quelques instants
- Prendre son enfant prématuré contre soi plus longuement
- Participer à ses soins de la vie quotidienne et entrer dans sa vie.

De ce fait, la puéricultrice se doit d'accompagner chaque personne, évoluant à son propre rythme, tout en respectant ses craintes, ses désirs ou autre comportement, tout en étant dans le non-jugement et en faisant preuve de patience. Elle doit également être en capacité de repérer le potentiel des parents et de s'adapter à chacun d'eux.

⁴¹ HESBEEN W., Humanisme soignant et soins infirmiers, Elsevier Masson, 2017

⁴² GAURIER P., De l'accompagnement... du soigné au soignant, Editions du Losange, 2011

En effet, Philippe Bagros, médecin spécialisé en néphrologie, affirme cela : « *accompagner c'est être le témoin solidaire du cheminement d'un autre [...] il faut avoir accepté l'altérité : l'autre est radicalement différent de nous, bien que semblable* »⁴³.

En conséquence, l'accompagnement s'instaurera via la création d'une relation entre le soignant, les parents et l'enfant prématuré. Afin de pouvoir soutenir et encourager les parents au mieux dans le processus d'acceptation et d'accompagnement, la puéricultrice doit faire preuve d'empathie⁴⁴. L'empathie c'est la « *capacité à ressentir les émotions de quelqu'un d'autre, d'arriver à se mettre à la place d'autrui* ». La prématurité peut être dure à accepter par les parents car cela sort du cadre imaginé avec un retour à domicile rapidement, des interactions précoces, etc.

Pour Margot Phaneuf, « *accompagner quelqu'un en soins infirmiers c'est s'ouvrir à lui et être avec lui dans un moment critique, c'est le respecter dans ce qu'il est, dans ce qu'il peut faire et devenir* »⁴⁵. Elle met aussi en avant que « *Accompagner quelqu'un, ce n'est pas se placer devant, ni derrière ni à sa place. C'est être à ses côtés pour le soutenir.* »

L'accompagnement en néonatalogie nécessite alors de mettre en place une relation d'aide et de confiance avec l'enfant prématuré et ses parents. Cette confiance doit être mutuelle et doit se baser sur le soutien, la bienveillance et le respect».

Afin de respecter chaque famille en néonatalogie, la puéricultrice se doit de considérer chaque enfant et chaque parent en tant que personne et en tant qu'être humain.

L'empathie, l'authenticité et la bienveillance sont donc des postures d'accompagnement à adopter envers les parents dans le but de prendre soin de l'enfant et de sa famille mais aussi de créer un lien avec eux.

De ce fait, nous pouvons définir l'authenticité comme une personne agissant dans la vérité, la sincérité et la réalité.

⁴³ BAGROS P. et al. ABCDaire des sciences humaines en médecine. Paris : Ellipses, 2009. p. 12.

⁴⁴ <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/empathie/>, consulté le 29/01/2020

⁴⁵ PHANEUF M. L'accompagnement thérapeutique : réflexions sur un élément essentiel en soins infirmiers, Février 2013, p. 18.

Et la bienveillance comme la « *capacité à se montrer indulgent, gentil et attentionné envers autrui d'une manière désintéressée et compréhensive* ».

Lors de notre pratique professionnelle, le concept de l'accompagnement peut alors être utilisé quotidiennement et ainsi créer une relation de confiance.

D'après le Larousse⁴⁶, la confiance est le « *sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose* ».

W. Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, énumère dans Les concepts en sciences infirmières⁴⁷ plusieurs thèmes qui permettent de mettre en place une relation de confiance avec une personne. Il est primordial pour une personne qui souhaite instaurer une relation de confiance d'être à l'écoute, d'être disponible, d'être empathique mais aussi d'être dans l'authenticité, la simplicité et l'humilité.

La puéricultrice se met dans une posture d'écoute active auprès des parents et de l'enfant afin de répondre aux mieux à leurs attentes et besoins, tout en étant dans l'humilité, c'est à dire en restant humble et en ne se sentant pas supérieure aux personnes à qui l'on s'adresse.

Pour être dans l'écoute active, elle doit bien évidemment se montrer disponible auprès de ces derniers. La disponibilité c'est savoir se mettre à côté d'une personne, prendre du temps pour elle afin de la laisser s'exprimer sur son ressenti.

Ainsi la relation de confiance et l'accompagnement sont des éléments très importants pour la puéricultrice et les familles présentes en néonatalogie. S'adapter à chaque parent en fonction de ses désirs permettra d'obtenir un accompagnement efficace pour eux et leur nouveau-né.

Le soignant doit alors faire part d'une grande adaptabilité aux situations afin de répondre au mieux aux besoins et aux attentes des parents vis à vis de leur enfant.

La puéricultrice pourra également les accompagner et les guider dans leur fonction de parentalité.

⁴⁶ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>

⁴⁷ FORMANIER M., LJILJANA J., Les concepts en sciences infirmières, 2012, consulté le 29/01/2020

B) Parentalité

D'après le Larousse, la parentalité est caractérisée comme la « *Fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel* ».

Dans le Code Civil Français, l'autorité parentale est expliquée comme étant « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère 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.*»⁴⁸

Gérard Poussin, docteur en psychologie, caractérise le besoin parental⁴⁹ par le fait qu'il « *s'exprime dans le désir d'enfant et dans toutes les formes de réactions humaines, normales ou pathologiques, dont le but est d'accéder à la fonction de père ou de mère d'un enfant que l'on soigne ou que l'on élève sans autre but* ».

Il dit également que « *le moment où il devient parent est un moment important dans la vie d'un être humain. Chaque parent sait que (...) le jour où il a la responsabilité de la vie d'un enfant quelque chose en lui a changé* ». De nombreuses responsabilités et devoirs modifient la « *vie antérieure* » d'un parent.

Et dans leur livre *Souffrance autour du Berceau* écrit en 1998 par Martine Lamour, psychiatre et Marthe Barraco, psychologue clinicienne, elles complètent cette définition par « *l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parent, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique* ». ⁵⁰

Etre parent signifie avoir des responsabilités dans le but d'assurer une sécurité physique, morale et affective pour son enfant. Le parent doit aussi transmettre à son enfant des valeurs, des règles ou encore des codes de civilité, pour qu'il puisse grandir et s'épanouir correctement.

⁴⁸ Code Civil Français - Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, article 2

⁴⁹ POUSSIN G., *La fonction parentale*, 2^{ème} édition, 1999, DUNOD, page 70-71

⁵⁰ LAMBOY Béatrice, *Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ?*, pages 31 à 60.

En revanche, « *la parentalité d'un enfant prématuré est différente, spécialement au début de sa vie, de la parentalité d'un enfant né à terme* »⁵¹.

Une naissance prématurée fait que les parents ne sont pas totalement prêts à devenir parents, le bébé arrive trop tôt et cela bouleverse leurs attentes et leurs rêves.

Gérard Poussin, docteur en psychologie, dit qu'« *il faudra que les parents distinguent l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique de l'enfant réel, qui doit avoir sa place en propre* »⁵².

Les parents se demandent alors comment ils vont pouvoir s'occuper de leur enfant, ils ont peur de ne pas pouvoir l'aider et n'aiment pas le voir souffrir. Il est donc du rôle de la puéricultrice d'identifier les potentielles sources d'inquiétudes chez les parents pour réaliser une prise en soins adaptée et personnalisée à chacun. Les parents pourront, grâce à cela, se sentir épauler et ainsi reprendre confiance en eux et retrouver leur place parentale.

Leticia Solis-Ponton⁵³, psychanalyste, confirme qu'il est vrai qu'en néonatalogie, l'acquisition de la parentalité peut néanmoins être biaisée car « *la prématurité constitue une situation exceptionnelle tant pour l'enfant que pour ses parents, car elle implique l'augmentation de divers facteurs de vulnérabilité face aux troubles de développement* ».

En effet, « *la rupture précoce des liens mère/fœtus dans la naissance prématurée interrompt le processus de développement du bébé in utero et lui impose des conditions de vie peu naturelles et difficiles, qui peuvent avoir des conséquences tant pour le bébé que pour ses parents* ». Il faut alors que les parents arrivent à surmonter leurs craintes vis-à-vis de « *la grande immaturité de l'enfant prématuré, sa dépendance et son extrême fragilité au début de la vie* » mais également de la peur de la mort, maladie ou handicaps futurs. Sinon, cela pourrait avoir un impact et créer d'importants troubles de l'attachement.

⁵¹ SOLIS-PONTON L., La parentalité – Défi pour le troisième millénaire, Collection Le fil rouge, 2002, page 274 et page 294

⁵² POUSSIN G., La fonction parentale, 2^{ème} édition, 1999, DUNOD, page 123

⁵³ SOLIS-PONTON L., La parentalité – Défi pour le troisième millénaire, Collection Le fil rouge, 2002, page 278

De plus, Leticia Solis-Ponton explique que « *le bébé prématuré a besoin du soutien de ses parents. Le contact physique avec eux va influencer son avenir, non seulement au niveau physique mais aussi au niveau affectif et psychologique* »⁵⁴. Un enfant a besoin de ses parents, notamment de leur présence et de leur amour. Ainsi, il pourra grandir en sérénité avec des personnes ressources sur qui il peut s'appuyer.

Le psychologue Gérard Poussin, quant à lui exprime le fait que « *l'enfant a besoin de se lier à une figure parentale, qu'elle soit réelle ou substitutive, dans laquelle il puisse avoir confiance dès son plus jeune âge. La mise en place de ce processus est indispensable à sa survie* »⁵⁵. A contrario, l'enfant se laisse aller, se sentant seul et délaissé, cela peut aller jusqu'à son décès. Sans le soutien d'une personne ressource, l'enfant se laisse aller.

Ajouté à cela, si la présence des parents n'est pas régulière ou suffisante pour l'enfant cela peut avoir de graves conséquences. « *Un manque d'investissement maternel peut se traduire par de graves déficits chez l'enfant* » et « *l'importance d'une relation proche dès la naissance est également valable pour le père (...) plus précocement le père s'occupe de l'enfant, plus son rôle est important par la suite* ».

Dans son livre *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*⁵⁶, Pascale Wanquet Thibault, cadre supérieur de santé, explique que des études ont prouvé les bénéfices de la présence des parents, auprès de leur enfant lors d'une hospitalisation. L'enfant se sent rassurer grâce au rôle protecteur de ses parents.

Les parents sont une véritable source d'informations pour les soignants. Ils servent de ressource pour l'équipe car ils savent décrypter les besoins de l'enfant mieux que personne. Ce sont eux qui sont en capacité de transmettre les informations adaptées et peuvent être force de proposition pour le bien être de l'enfant.

⁵⁴ SOLIS-PONTON L., *La parentalité – Défi pour le troisième millénaire*, Collection Le fil rouge, 2002, page 289

⁵⁵ POUSSIN G., *La fonction parentale*, 2^{ème} édition, 1999, DUNOD, page 124 et page 126

⁵⁶ WANQUET THIBAUT Pascale, *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*, 2015, page 107

En outre, « *la mutualité psychique mère/enfant prématuré peut amener la mère à se sentir aussi fragile que son enfant (...) pendant cette période le soutien du père, de l'équipe multidisciplinaire et du groupe familial et social est essentiel* »⁵⁷. La grossesse, l'accouchement prématuré et tous les autres événements aux alentours peuvent affaiblir la maman. C'est à ce moment, qu'elle a donc besoin de soutien et de savoir sur qui elle peut se reposer ou déléguer les choses.

Pascale Wanquet-Thibault ajoute que le Caregiving est « *l'ensemble des comportements des parents qui visent à promouvoir la proximité et le réconfort quand ils perçoivent que l'enfant se sent en danger ou en détresse* »⁵⁸.

Au sein d'un service de néonatalogie, le nouveau-né a besoin de soutien, de réconfort et d'affection. La présence de ses parents est alors bénéfique car cela permet de le rassurer et de ne pas se sentir seul.

« *Ce que les parents apportent à l'enfant est « indescriptible »* »⁵⁹ et c'est donc pour cela qu'il est important de s'adapter à chaque parent, de comprendre leurs besoins et leurs attentes pour qu'ils puissent accompagner au mieux leur nouveau-né ayant besoin de parents présents auprès de lui. Cette présence auprès de l'enfant permettra de mettre en place un lien d'attachement entre l'enfant et ses parents.

C) Attachement

Selon le Larousse, l'attachement est un « *sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose* ». Durant sa vie, l'être humain tisse des liens d'attachement avec les différentes personnes qui l'entourent.

⁵⁷ SOLIS-PONTON L., La parentalité – Défi pour le troisième millénaire, Collection Le fil rouge, 2002, page 284-285

⁵⁸ Pascale Wanquet Thibault, L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage, 2015, page 107

⁵⁹ POUSSIN G., La fonction parentale, 2^{ème} édition, 1999, DUNOD, page 122

Dans l'ouvrage *L'attachement : approche théorique, Du bébé à la personne âgée*⁶⁰, le concept d'attachement est mis en avant à la fin de la Seconde Guerre Mondiale. En effet, de nombreux enfants sont séparés de leurs parents, d'autres perdent leurs parents. Les conséquences que cela peut engendrer sur eux au niveau du développement sont alors évoquées.

Anna Freud et Dorothy Burlingham, psychanalystes expliquent les effets « *terribles de la séparation durable chez les très jeunes enfants* ». . Selon Freud, le nourrisson s'attache à sa mère car elle satisfait son besoin d'alimentation. Elle parle alors de « *besoin primaire d'attachement* » qu'il faut satisfaire auprès de chaque enfant.

Au XXème siècle, dans les années 40, John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique devient le précurseur de la théorie de l'attachement. Il avait pour mission d'étudier comment se comportent et se développent des enfants placés et séparés de leurs parents. Suite à cette étude, Bowlby doit réaliser un rapport auprès de l'Organisation Mondiale de la Santé. De ce rapport, en ressort que ces enfants en carence de soins maternels « *donne lieu ultérieurement à des relations affectives superficielles, à une absence de concentration intellectuelle, à une inaccessibilité à l'autre (...) à l'absence de réaction émotionnelle* ».

L'attachement est alors considéré comme un besoin vital pour l'enfant. Ce besoin d'être en contact peut être assouvi par plusieurs personnes proches de l'enfant. On parlera alors de « *figures d'attachement* », indispensables pour le bon développement et l'épanouissement d'un enfant.

James Robertson est par la suite engagé par Bowlby afin d'observer les effets qu'engendrent une séparation à l'hôpital entre un enfant et ses parents. Il décrit alors trois phases qui sont la protestation, le désespoir et enfin le détachement.

Suite à cela, Mary Salter Ainsworth, psychologue canadienne, va poursuivre la théorie de l'attachement de Bowlby, en créant une étude avec quelques-uns de ses élèves. Cette étude démontre une « *puissante influence prédictive de la sécurité de l'attachement précoce sur le développement social ultérieur et la personnalité de l'enfant* ». L'attachement permet alors à l'enfant de se sentir en sécurité et d'avoir un confort de vie.

⁶⁰ GUEDENEY N., GUEDENEY A, *L'attachement : approche théorique, Du bébé à la personne âgée*, Elsevier Masson 2^{ème} édition, 2009, page 3-6

« *L'attachement construit dans les premières années est le fondement même de la personnalité et du développement de l'adulte* »⁶¹. Cette citation permet de comprendre que l'attachement est un élément essentiel au développement de l'enfant pour que ce dernier puisse se construire correctement et avoir des bases solides, sur lesquelles il peut s'appuyer, pour sa vie future.

Nicole Guedeney, pédopsychiatre a rédigé un ouvrage *L'attachement : approche théorique, Du bébé à la personne âgée*. Pour elle, le lien d'attachement est un élément vital. Dans son ouvrage on retrouve alors une citation d'Ainsworth datant de 1991 qui définit le lien affectif comme « *un lien durable avec un partenaire qui prend une importance particulière du fait qu'il devient unique et interchangeable* »⁶². Le lien d'attachement permet de créer une relation privilégiée entre deux individus. Cette relation sera alors basée sur la confiance et les échanges.

Ensuite, la psychologue Jacinthe Emery définit l'attachement parent-enfant comme « *un lien affectif entretenu par l'enfant à l'égard de son parent, dans la mesure où ce dernier prend soin de lui et est considéré par l'enfant comme une personne significative pouvant le protéger en cas de danger* »⁶³.

Elle précise également qu'une personne développe le lien d'attachement envers une autre. « *Un individu plus vulnérable cherche à s'allier à un individu plus fort ou plus judicieux* » afin d'obtenir du réconfort et de la protection auprès de cette personne.

L'attachement d'un nouveau-né avec sa famille permet de répondre à ses besoins ; qui sont le besoin d'être écouté, compris et soutenu grâce à des personnes qui lui sont proches. Cet attachement se met en place grâce à des comportements innés comme les pleurs, la succion ou encore l'agrippement. En effet, ces comportements favorisent la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée.

⁶¹ Gauthier Y., FORTIN G., JELIU G., *L'attachement, un départ pour la vie*, Editions CHU Sainte Justine, 2009, page 119

⁶² GUEDENEY N., GUEDENEY A., *L'attachement : approche théorique, Du bébé à la personne âgée*, Elsevier Masson 2^{ème} édition, 2009, page 9

⁶³ EMERY J., *L'attachement parent-enfant, De la théorie à la pratique*, Editions du CHU Sainte Justine, 2016, page 28

Grâce à l'attachement, « *le nourrisson établit une relation spécifique, et de façon très précoce, avec les êtres qui l'entourent* ». Le fait que le nourrisson reçoive une attention particulière lui permet de se sentir apaisé et en sécurité. On apprend également que cela favorise son évolution sur le plan moteur, affectif et intellectuel mais que cela peut aussi avoir des conséquences sur son futur développement affectif et social.

« *C'est généralement la mère qui est la plus constamment présente et qui devient ainsi la figure d'attachement principale* »⁶⁴.

Dans l'ouvrage *L'attachement, un départ pour la vie*⁶⁵, on constate que les interactions précoces sont considérées comme le fondement de l'attachement. Ces interactions sont basées sur des échanges entre la maman et son nouveau-né à l'instar de sourires, de regards, de caresses ou de vocalises. Pour que cela soit efficace et possible, il faut de la disponibilité de la part des deux individus. On parle alors d'accordage ou encore d'accordage affectif.

Dans *L'attachement, un lien vital*⁶⁶, de Nicole Guedeney, la pédopsychiatre ajoute que les études les plus récentes prouvent que « *dès la naissance, il existe déjà des préférences très discrètes du bébé pour ce qui lui est le plus familier, c'est-à-dire les caractéristiques sensorielles des interactions avec celle qui l'a porté pendant toute la grossesse. Ces préférences sont d'origine prénatale, en particulier pour la voix maternelle et ses odeurs.* »

Jean Labbe, professeur titulaire de pédiatrie reprend la pensée de John Bowlby en disant que « *la relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines ou les protéines pour le développement physique* ».⁶⁷ Ce qui veut donc dire que pour le développement d'un enfant, il ne suffit pas simplement de l'alimenter mais qu'il est nécessaire de mettre en place un lien d'attachement.

⁶⁴ Gauthier Y., FORTIN G., JELIU G., *L'attachement, un départ pour la vie*, Editions CHU Sainte Justine, 2009, page 18

⁶⁵ Gauthier Y., FORTIN G., JELIU G., *L'attachement, un départ pour la vie*, Editions CHU Sainte Justine, 2009, page 30-31 et page 34

⁶⁶ GUEDENEY N., *L'attachement, un lien vital*, Editions Fabert, page 19

⁶⁷ LABBE J., *La théorie de l'attachement*

[https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20EST%20UN%20MODELE%20\(10%20Pages%20-%2037%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20EST%20UN%20MODELE%20(10%20Pages%20-%2037%20Ko).pdf)

En service de néonatalogie, ce lien d'attachement peut être plus compliqué à s'instaurer. En effet, « *la prématurité ne représente pas une pathologie en soi, mais une situation à risque qui peut comporter plusieurs cas de figure et dont l'organisation familiale et le contexte social ainsi que l'intervention sensible des professionnels sont des éléments essentiels pour l'avenir du bébé* »⁶⁸.

Au sein d'un hôpital, les parents ne retrouvent pas forcément l'intimité souhaitée afin d'établir un lien entre leur enfant et eux. Les parents peuvent aussi ressentir de la culpabilité, de la déception ou encore de l'inquiétude et peuvent donc avoir plus de mal à s'occuper de ce nouveau-né qui ne correspond pas forcément à leurs attentes. Le plaisir et la spontanéité de s'occuper de l'enfant ne seront peut-être pas d'office présents. C'est pour cette raison que les professionnels de santé se doivent de faire leur maximum pour aider les parents à créer un lien d'attachement avec leur enfant, qui est nécessaire pour son bon développement.

L'équipe soignante est donc une source de soutien pour les parents que cela soit pour avoir un accompagnement de qualité, une guidance à la parentalité ou encore une aide à la mise en place d'un lien d'attachement avec l'enfant prématuré.

Maintenant que la partie théorique de mon projet professionnel est terminée, nous pouvons revenir sur la question de départ afin de l'améliorer et ainsi créer la question de recherche.

VI. Question de recherche

Le concept d'accompagnement est mis en évidence au sein du cadre théorique. En effet, il est évoqué à de nombreuses reprises et il constitue également un concept à part entière au sein du projet.

C'est pourquoi j'ai rajouté ce mot au sein de la question.

Notre question de recherche est donc :

En quoi l'accompagnement de la puéricultrice peut-il favoriser le lien d'attachement entre l'enfant prématuré et ses parents, en service de néonatalogie.

⁶⁸ SOLIS-PONTON L., La parentalité – Défi pour le troisième millénaire, Collection Le fil rouge, 2002, page 295

VII. Hypothèses

A la suite de mon questionnement, j'ai pu mettre en avant une hypothèse :

- L'accompagnement de la puéricultrice favorise le lien entre les parents et leur enfant.

VIII. Enquête

Le choix de l'outil d'enquête

L'objectif de mon enquête est de confronter la théorie à la pratique sur le terrain. Les réponses des soignants permettront de valider ou non mon hypothèse.

Concernant l'outil d'enquête, je pouvais réaliser soit un questionnaire, soit un entretien. Etant donné le sujet de mon projet professionnel, j'ai choisi l'entretien car ce dernier était plus adapté.

En effet, le questionnaire a pour objectif d'obtenir des valeurs quantitatives suite à des questions fermées grâce auxquelles nous obtenons des réponses chiffrées (réalisation de statistiques par exemple). A l'inverse, l'entretien a pour objectif d'obtenir des valeurs qualitatives via des questions ouvertes et ainsi permettent d'obtenir des réponses riches et détaillées.

Grâce aux entretiens, nous pouvons être en contact direct avec les soignants, ce qui permet alors d'interagir sur leurs pratiques et leurs habitudes au sein du service. Cela permet également d'observer si leur point de vue ainsi que leur manière de faire et d'agir face aux parents et l'enfant prématuré différent ou non.

De plus, il sera possible d'aborder des thèmes comme l'accompagnement, le lien parents-enfants, en ayant plus de détails et de précisions que si ces questions étaient posées par écrit.

En annexe, vous retrouverez la grille d'entretien qui m'a permis d'interviewer les professionnels de santé.

L'observation du non verbal de la personne durant l'entretien est important afin d'observer si les paroles concordent avec les mimiques, le faciès ou encore les gestes de cette dernière (silence, visage souriant ou à l'inverse crispé, soupirs, etc).

La grille d'entretien (*cf. annexe n°2*) est composée uniquement par des questions ouvertes. Ce choix a été réalisé afin de recueillir des réponses argumentées et détaillées sur mon sujet et ainsi, ne pas obtenir que des «oui» ou «non», réponses qui seraient difficiles à analyser.

Ajouté à cela, on aura un entretien semi-directif. Ce type d'entretien permet d'avoir l'opinion du soignant face au sujet abordé tout en orientant partiellement les dires de la personne interrogée par rapport à plusieurs thèmes et questions posées.

L'entretien dure entre 20 et 30 minutes et est enregistré avec un dictaphone ou un téléphone portable afin de pouvoir retranscrire le déroulé de l'entretien. Cette retranscription sera par la suite analysée et comparée avec le cadre théorique afin de pouvoir confronter le point de vue des différents auteurs.

L'objectif de cet entretien sera de valider, de partiellement valider ou d'invalider mes hypothèses émises au sein de mon projet professionnel.

Le choix des lieux

Concernant le choix des lieux d'enquête lors de mes entretiens, j'ai sélectionné uniquement des services de néonatalogie dû au fait que mon sujet est basé sur le lien parents-enfant au sein de ce service. En revanche, je n'ai pas souhaité privilégier plus une spécialité de néonatalogie qu'une autre. C'est pour cela que les soignants que j'ai interrogés viennent de plusieurs services comme les soins continus, les soins intensifs ou encore la réanimation néonatale. Ils viennent également de différents hôpitaux situés dans la métropole Lilloise.

Cela permettra alors d'observer s'il y a des différences entre les typologies de ces services ou au contraire des prises en charge commune vis-à-vis de l'accompagnement dans le lien d'attachement entre les parents et l'enfant au sein des services de néonatalogie.

Le choix de la population interrogée

Concernant mon enquête sur le terrain, en première intention, je souhaitais interviewer uniquement des puéricultrices afin de me représenter au mieux les missions et le rôle qu'elles ont au sein d'un service de néonatalogie. Et ainsi, me représenter le plus fidèlement et le plus proche possible de la réalité pour le futur exercice de ma profession de puéricultrice.

Or, avec la crise sanitaire liée au COVID-19, la réalisation des entretiens s'est légèrement complexifiée. J'ai donc ajusté mes critères concernant la population interrogée et je l'ai élargi pour pouvoir interviewer des puéricultrices ou infirmières avec de l'expérience depuis plusieurs années en néonatalogie.

L'expérience des soignantes permet alors d'avoir des informations précises et enrichissantes sur le sujet.

Le déroulement de l'enquête

Pour les soignantes 1 et 2, les entretiens se sont déroulés par téléphone, au vue de la situation sanitaire actuelle. En effet, nous étions dans l'incapacité de pouvoir se rencontrer dû au confinement. Malgré cela, les entretiens se sont très bien passés. Ma crainte était d'avoir des dysfonctionnements, d'être coupé et donc de louper des informations importantes lors du discours des soignants. Mais cela n'a pas eu lieu, aucun problème n'est survenu. Les entretiens étaient donc fluides, clairs et se sont déroulés dans une ambiance détendue et chaleureuse.

Quant à la soignante n°3, l'entretien s'est déroulé durant mon stage de mai 2020, au sein du service, lors d'un temps de pause sur notre poste. Nous étions dans la salle de pause, porte fermée, nous n'avons donc pas été perturbé par des bruits extérieurs tels que les bruits de monitoring ou celles des alarmes par exemple. L'ambiance était donc calme, sereine et détendue. Etant donné que le jour de la réalisation de l'entretien, il y avait uniquement 2 patients, l'activité était calme et nous n'avons pas dû être interrompues.

Les limites de l'outil d'enquête

Concernant les limites de l'outil d'enquête j'évoquerai :

- La distance, car nous n'étions pas face à face comme lors des entretiens habituels donc c'est légèrement plus difficile d'analyser les réactions ou émotions de la soignante face aux questions. Malgré tout, cela a été faisable via leurs intonations, sourires, etc.

L'analyse de l'enquête

Ci-dessous, un tableau récapitulatif et synthétique concernant le parcours professionnel des soignantes interrogées :

Entretiens	N°1	N°2	N°3
Métier	Infirmière	Puéricultrice	Puéricultrice
Date du diplôme	2014	2002	2013
Tranche d'âge	25-30 ans	35-40 ans	25-30 ans
Expérience	Néonatalogie Pédiatrie Urgences Pédiatriques	Néonatalogie Directrice de crèche	Néonatalogie Pédiatrie Maternité
Lieu d'exercice actuel	/ Etudiante puéricultrice	Crèche	Néonatalogie Soins Intensifs et Soins Continus
Nombre d'années d'expérience en néonatalogie	5 ans	6 ans	7 ans
Formations complémentaires en néonatalogie concernant le sujet de mon projet professionnel	Communication Soins de développement	Allaitement Soins de développement	Massage Allaitement Soins de développement

Les différents thèmes qui ressortent lors des entretiens menés auprès des professionnels sont :

- L'accompagnement de la puéricultrice en néonatalogie auprès des parents
- Le ressenti des parents en néonatalogie
- Le lien parents-enfant en néonatalogie
- Les bienfaits du lien d'attachement pour l'enfant prématuré

Pour chacun des thèmes, nous allons alors confronter les dires des professionnels de santé pratiquants sur le terrain, à la théorie.

L'accompagnement de la puéricultrice en néonatalogie auprès des parents

	Importance de l'accompagnement	Relation parents-soignant	Méthodes pour accompagner
Entretien n°1	<p>«L'accompagnement il se fait dès le début»</p> <p>«L'accompagnement après il continue tout au long du séjour»</p>	<p>«Lien de confiance»</p> <p>«Grosse relation de confiance»</p> <p>«C'est primordial»</p> <p>«Ne pas forcer»</p> <p>«Obligée de t'adapter aux parents»</p> <p>«Les écouter, les accompagner, les réassurer et puis ça se fait petit à petit»</p>	<p>«On accueille, (...) on se présente à eux»</p> <p>«Tu les laisses s'adapter à l'environnement (...) à la chambre de l'enfant»</p> <p>«Vous posez juste la main»</p> <p>«En les accompagnant dans les soins, tu fais de l'éducation, tu fais de la prévention, tu donnes beaucoup d'informations sur leur bébé, sur tous les appareillages autour et tous les soins (...) tous les soins de développement»</p> <p>«Faire de la prévention avec eux parce qu'il faut leur expliquer qu'il faut diminuer le bruit, la lumière...»</p> <p>«Donnez des explications aux parents pour les réassurer, pour qu'ils puissent avancer vers l'enfant»</p> <p>«D'abord il faut leur montrer et il faut leur donner des explications»</p>
Entretien n°2	<p>«L'accompagnement, il est essentiellement à travers (...) l'écoute»</p> <p>«La puéricultrice a un énorme rôle»</p> <p>«En ayant un discours qui soit juste»</p> <p>«Accompagner le parent à être un parent à part entière»</p>	<p>«Accueillir le mal être du parent et le laisser cheminer et exprimer ses difficultés, ses souffrances (...) ses craintes»</p> <p>«Discours qui permet à la fois de rassurer le parent et puis à la fois d'être juste»</p> <p>«Accompagner le parent dans son chemin de parent justement»</p> <p>«Ne jamais forcer, ça c'est extrêmement</p>	<p>«Mettre en avant les compétences du parent»</p> <p>«C'est toujours aussi de rassurer la maman et le papa»</p> <p>«Les laisser exprimer leur émotions»</p> <p>«On va mettre votre enfant en peau à peau»</p> <p>«Rassurer le parent»</p> <p>«Grosse capacité d'adaptation car chaque parent est différent»</p> <p>«Cheminer avec le parent et régulièrement le proposer»</p>

	<i>«On est là pour les accompagner»</i>	<i>important, ne jamais obliger»</i>	
Entretien n°3	<p>« C'est tout notre job »</p> <p>« C'est hyper important »</p> <p>« Ils n'auront pas de soucis à te laisser leur enfant (...) c'est le but aussi tu vois qu'ils ne partent pas stressés. »</p> <p>« Mais en tous les cas on les accompagne tu vois »</p> <p>« Justement pour favoriser ce lien »</p>	<p>« Ah bah une relation de confiance ! Evidemment !! »</p> <p>« C'est hyper important et de le faire dès le départ »</p> <p>« Tu t'adaptes à chaque parent, parce que bien sûr tu ne peux pas toujours avoir le même discours. »</p> <p>« La relation de confiance c'est vraiment la base je pense »</p>	<p>« On lui explique un petit peu tout ce qu'il va se passer dans le service »</p> <p>« Leur laisser leur place de parents et nous de rester à notre place de soignant, de ne pas prendre LEUR place »</p> <p>« Les laisser prendre en charge leur enfant dans sa globalité dès que c'est possible »</p> <p>« Mettre les parents en confiance »</p> <p>« On lui explique (...) même le monito, l'incu, pourquoi il a pleins de fils »</p> <p>« Si tu expliques très bien aux parents ce qu'il va se passer, (...) ils vont se sentir en sécurité, ils vont se sentir en confiance. »</p> <p>« On essaye aussi de l'inclure dans les soins »</p> <p>« On va respecter leur rythme »</p> <p>Au moment de la sortie, « on leur redonne notre numéro pour leur dire qu'on est joignable, si jamais ils ont une question »</p>

L'accompagnement de la puéricultrice auprès des parents en service de néonatalogie est un concept que tous les soignants mettent en avant dans leur discours. Cet accompagnement est présent tout au long du séjour en néonatalogie et «*se fait dès le début*» comme le précise l'infirmière n°1 mais il est aussi «*hyper important*» et représente «*tout notre job*» pour la puéricultrice n°3.

En effet, pour les infirmières l'accompagnement passe notamment par l'écoute, l'authenticité et la réassurance. Pour ce faire, il est important de créer une relation de confiance avec les

parents. Cette relation permettra que les parents n'aient « *pas de soucis à te laisser leur enfant (...) et qu'ils ne partent pas stressés* », précise la puéricultrice n°3. Cette relation de confiance est qualifiée de « *hyper importante* » et « *primordiale* ».

Il est aussi expliqué que lorsqu'on accompagne des parents, il est important de ne pas les forcer à faire des gestes qu'ils ne se sentent pas en capacité de réaliser sur le moment.

Pour accompagner, « *Tu les laisses s'adapter à l'environnement (...) à la chambre de l'enfant* », s'adapter à l'état de son enfant, etc. Pour Philippe Gaurier, cela constitue l'étape 1 : Avoir un premier contact visuel avec son enfant

« *Il faut leur montrer et il faut leur donner des explications* », en leur montrant on peut leur proposer de « *poser juste la main* ». Cela correspond à l'étape 2 de Philippe Gaurier.

Pour l'étape 3, Réussir à le porter ou à le soutenir quelques instants, le parent peut simplement le soulever quelques instants au sein de son incubateur pour se rendre compte du poids qu'il fait par exemple.

Lorsque la puéricultrice propose à la maman : « *On va mettre votre enfant en peau à peau* », on entre dans l'étape 4 de Philippe Gaurier : Prendre son enfant prématuré contre soi plus longuement.

Ensuite il faut leur proposer de faire les soins avec eux, puis de les laisser faire seul.

La puéricultrice se doit de respecter la volonté du parent et d'être dans le non jugement.

Philippe Bagros affirme aussi cela car « *accompagner c'est être le témoin solidaire du cheminement d'un autre [...] il faut avoir accepté l'altérité : l'autre est radicalement différent de nous, bien que semblable* ».

Ensuite, la puéricultrice va « *les laisser prendre en charge leur enfant dans sa globalité dès que c'est possible* ». Si un parent refuse de faire un soin, il faut l'accepter et l'accompagner en proposant régulièrement, tout en restant à côté de lui pour le soutenir, qui répond à l'étape 5 de Philippe Gaurier : Participer à ses soins de la vie quotidienne et entrer dans sa vie. L'adaptation de la personnalisation de chaque accompagnement permettra ainsi à la puéricultrice de mener son rôle au mieux et laisser cheminer le parent.

Comme le confirme Pascal Wanquet Thibault *«accompagner c'est accueillir, éduquer, informer, expliquer, aider, prévenir, rassurer et surtout guider les parents vers l'autonomie»*.

L'accompagnement de la puéricultrice est donc primordial afin de guider les parents vers une parentalité et qu'ils puissent créer un lien et prendre soin de leur enfant hospitalisé dans un service de néonatalogie. La puéricultrice dit qu'il faut alors *«accompagner le parent dans son chemin de parent justement»*.

Et ce, en avançant à leur rythme dans le but de s'occuper pleinement de leur enfant avec autonomie et plaisir.

Et enfin, cet accompagnement ne s'arrête pas au service de néonatalogie car la puéricultrice ajoute qu'au moment de la sortie, *«on leur redonne notre numéro pour leur dire qu'on est joignable, si jamais ils ont une question»*. Il y a donc une poursuite de cet accompagnement si précieux pour les parents, dès lors que les parents en ressentent un besoin.

Le ressenti des parents en néonatalogie

	Emotions	Causes	Impact sur la relation parents-enfant
Entretien n°1	<p><i>«Ce que je retiens en premier c'est la peur»</i></p> <p><i>«Ils peuvent être effrayés»</i></p> <p><i>«Ils n'osent pas»</i></p> <p><i>«L'émotion de la joie quand ils font les premiers soins»</i></p>	<p><i>«Peur de le casser, peur de lui apporter des infections»</i></p> <p><i>«Je vais lui faire mal»</i></p> <p><i>«C'est tellement petit»</i></p>	<p><i>«Ils peuvent ne pas toucher l'enfant»</i></p> <p><i>«Il y a une barrière qui se crée entre eux et leur enfant»</i></p>
Entretien n°2	<p><i>Lors de propositions pour faire du peau à peau «mais ce n'est pas possible, il est trop petit, il est fragile et puis il est pleins de fils»</i></p> <p><i>«Une grosse part de culpabilité» pour la maman qui se sent</i></p>	<p><i>«Les familles sont dans un contexte qu'ils ne connaissent pas du tout (...) bien souvent avec une naissance qui ne se passe pas de manière prévue»</i></p> <p><i>«Dans un monde qu'il ne connaît absolument pas, dans un contexte de stress»</i></p>	<p><i>«Se sent complètement démunie dans son rôle de parent»</i></p> <p><i>«Plus le parent a confiance en ses compétences de parent, au plus ce lien va se créer»</i></p>

	<i>coupable de cette naissance prématurée</i> <i>«Il y a énormément d'angoisse, de stress»</i> <i>«Phénomène de peur»</i> <i>«»J'ai senti pleins d'émotions et ça me rassure en tant que parent et je me dis que je peux avoir mon rôle de parent»</i>	<i>«Moins d'un kilo, qui est intubé, ventilé (...) plein de scope, enfin tout ce qu'on peut imaginer autour de lui»</i> <i>«Pronostic vital engagé»</i>	<i>«Ça existe quand même les situations où l'enfant, t'as quasiment jamais d'appels des parents, t'as quasiment jamais de visites (...) situations qui sont quand même rares»</i>
Entretien n°3	<i>« Grosse appréhension »</i> <i>« Plus du côté de la maman, la culpabilité. Enormément ! » par rapport à la naissance prématurée de l'enfant.</i> <i>« Sentiment de stress ou d'appréhension »</i> <i>« La joie aussi énormément »</i>	<i>« Rupture »</i> <i>« Des tout petits »</i> <i>« Pleins de fils »</i> <i>« Ne pas oser le toucher, de, ou d'avoir peur de lui faire mal ou de faire pire que mieux »</i> <i>« Les monitos qui sonnent assez souvent »</i> <i>« Dès que leur enfant fait un progrès euh ils sont hyper contents »</i> <i>« Plus le papa qui a du mal à s'attacher parce qu'il a du mal à trouver sa place »</i>	<i>« Ils ont du mal des fois aussi à se sentir parents »</i> <i>« Dès le moment où on les met en peau à peau, ça change tout et là ils se sentent enfin parents »</i> <i>« Dès que tu les mets en peau à peau souvent il y a des pleurs et des pleurs de joie »</i> <i>« Il y aura forcément un lien d'attachement après mais il est des fois un petit peu plus tardif »</i>

Le ressenti des parents en néonatalogie peut avoir une influence sur la mise en place du lien parents-enfant.

Au départ, les parents se retrouvent dans un environnement inconnu, avec un enfant fragile. C'est pour cela que les soignantes évoquent de nombreuses émotions telles que la « peur », le « stress », « l'angoisse », ou encore « l'appréhension » sont présentes. Comme l'explique les soignantes, ils ont peur de faire mal à l'enfant, de le rendre encore plus fragile concernant son état de santé ou d'avoir des gestes inadaptés durant les soins. Ces émotions peuvent engendrer des difficultés à créer un lien avec son enfant car les parents ne souhaitent pas, n'osent pas

toucher leur enfant. L'environnement avec « *les monitos qui sonnent assez souvent* » peuvent également être un frein et peuvent entraîner une angoisse chez les parents.

La culpabilité est une émotion fréquente chez la maman. Les soignantes s'accordent à dire que la maman s'en veut de ne pas avoir su garder l'enfant jusqu'au terme initialement prévu et qu'elle se sent responsable de cette naissance survenue précocement.

De plus, comme le précise la puéricultrice n°2, le parent « *se sent complètement démuné dans son rôle de parent* ». Cela ne représente pas le prendre soin que les parents s'étaient imaginés durant la grossesse. Malgré cela, l'absence totale de lien d'attachement entre les parents et leur bébé restent des « *situations qui sont quand même rares* ». Et selon la puéricultrice n°3, « *il y aura forcément un lien d'attachement après mais il est des fois un petit peu plus tardif* ».

En effet, une fois que cette phase d'appréhension est passée, grâce aux explications et à la réassurance des soignants, les parents sont dans une phase d'acceptation. Ils peuvent alors apprécier les gestes ou soins auprès de leur bébé et un lien se crée. Les parents ressentent alors des émotions positives envers leur enfant, comme de « *la joie* » ou de la fierté. Ces émotions positives surviennent lorsque l'enfant fait des progrès ou lors du premier peau à peau qui amène « *des pleurs de joie* » par exemple.

C'est pour cette raison que Cifali et André précisent qu'il faut être « *là, présent, permettant qu'un autre traverse l'épreuve, le moment, l'évènement* » afin de les aider à passer cette annonce difficile pour ainsi basculer dans des émotions plus positives concernant la prise en soins de leur enfant.

Le lien parents-enfant en néonatalogie

	Points forts et favorisant le lien	Lors de difficultés rencontrées	Éléments permettant d'évaluer la présence d'un lien d'attachement
Entretien n°1	« <i>Peau à peau (...) soin hyper important</i> » « <i>Photos des parents (...) ou de la famille collées</i> »	« <i>On discute</i> » « <i>Demander aux collègues de savoir</i> »	« <i>Ils se sentent utiles</i> »

	<p>«Cahiers de vie d'accompagnement» avec des photos et mots concernant l'enfant, réalisés par les parents et les soignants »</p> <p>«Tous les soins de développement, leur expliquer, les observer, leur demander d'observer»</p> <p>« Ne pas faire trop de bruit, de chuchoter autour de l'incubateur, de baisser la lumière, d'expliquer que nous on va regrouper tous les soins»</p> <p>« Les soins à 4 mains donc en binôme qu'on fera avec eux»</p> <p>« La succion nutritive qu'ils ont besoin pour se rassurer»</p> <p>«Et le peau à peau aussi, surtout !»</p>	<p>si elles connaissent les parents»</p> <p>Proposer à la psychologue de passer»</p>	<p>«Posent beaucoup de questions (...) par rapport à sa santé»</p> <p>«Leur présence, comment ils le regardent (...) l'inquiétude qu'ils ont envers leur enfant»</p> <p>« Ils vont contenir l'enfant tu vois, ils vont aider leur enfant à supporter un petit peu plus les soins »</p> <p>« Au final tout le monde arrive à trouver sa place, tout le monde s'investit pour euh pour prendre soin de l'enfant »</p>
Entretien n°2	<p>«Le peau à peau est un des moyens les plus bénéfiques pour tout le monde, pour permettre aux parents d'avoir ce lien avec leur enfant»</p> <p>«Plus spécifique à la maman, mais je pense qu'il y a la notion aussi de l'allaitement maternel»</p> <p>«Les parents sont énormément inclus dans les soins à l'enfant (...) notamment au moment de la toilette»</p> <p>«Même un enfant en réanimation peut être (...) soigné par son parent»</p> <p>«Le simple fait de pouvoir proposer la toilette à l'enfant, encadrée par la puéricultrice mais en laissant faire le parent, c'est aussi un moyen d'humaniser et de favoriser ce lien»</p> <p>«Même à distance on peut avoir du lien avec son enfant»</p>	<p>«Il y a des propositions de suivis qui peuvent se faire»</p> <p>«Les parents peuvent avoir un suivi avec des psychologues»</p> <p>«Etre dans le non jugement»</p> <p>«Savoir alerter et orienter»</p> <p>«Ne rien lâcher, c'est à dire de toujours proposer»</p> <p>«De continuer et de continuer (...) tenter une</p>	<p>«Beaucoup de non verbal (...) tu les sens impliqués»</p> <p>«A travers les questions qu'il va te poser»</p> <p>«Le simple fait de remettre un doudou correctement, ou alors de s'assurer que l'enfant va bien, (...) c'est les photos, c'est tout ce qui peut montrer que le parent a peur quand même, il est présent»</p> <p>«A la fois tout ce qui est verbal et non verbal»</p>

	<p>«Ce lien qui est si important»</p> <p>«Le lien parents-enfant il est extrêmement important»</p>	<p>approche d'implication»</p>	<p>«Tout ce qui est présence des parents réelle ou à travers les appels»</p> <p>«Une certaine forme de confiance et d'espérance (...) il se bat avec son enfant, pour pouvoir avancer avec lui»</p> <p>« Tu as parfois des parents très tactiles, toujours présents (...) tellement présents qu'ils le sollicitent tout le temps sauf que ça le fatigue énormément»</p>
<p>Entretien n°3</p>	<p>« C'est les parents qui font les soins très rapidement »</p> <p>« Faire les soins au niveau de leur enfant et de faire du peau à peau énormément »</p> <p>« Si l'enfant va bien, on lui propose très rapidement de faire du peau à peau »</p> <p>« Soit on leur montre une fois et ils font tout de suite après, soit on le fait avec eux, en les accompagnant »</p> <p>« le peau à peau hein énormément, euh le peau à peau on en fait le plus possible. »</p> <p>« On favorise l'allaitement aussi »</p> <p>« La plupart du temps même celles qui ne voulaient pas allaiter de base, elles changent d'avis (...) elles savent que c'est le meilleur lait pour eux. C'est hyper important ! »</p> <p>« Des petits cahiers de vie (...) ça fait aussi un petit souvenir»</p>	<p>« Ils discutent avec nous puis (...) se confier à l'équipe psy »</p> <p>« Des parents qui ont d'autres enfants (...) qui habitent plus loin (...) »</p> <p>« Enormément de discussion pour savoir ouais un petit peu pourquoi ils n'osent pas, pourquoi, pourquoi ils ont peur »</p>	<p>« Vont être très présents, qui vont être là toute la journée, qui vont faire énormément de peau à peau, qui vont faire les soins, qui vont vraiment s'investir dans la prise en charge de leur enfant »</p> <p>« Vont téléphoner aussi quand ils sont chez eux, pour avoir des nouvelles »</p>

	<p>« <i>Quoi qu'il fasse ça sera bien pour leur bébé</i> »</p> <p>« <i>Nous ils peuvent venir 24h/24, 7jours/7, il n'y a pas du tout de limite</i> »</p>		
--	--	--	--

Concernant le lien parents-enfant, l'infirmière n°2 appuie sur le fait que *«le lien parents-enfant il est extrêmement important»*.

Ce lien peut être mis en place via différentes manières. Les soignants s'accordent pour dire que les soins de développement favorisent ce lien et qu'ils sont à mettre en avant. D'ailleurs, chacune des professionnelles a bénéficié d'une formation sur les soins de développement. Cela montre alors que c'est quelque chose qui se développe de plus en plus et qui a été prouvé efficace pour les enfants prématurés.

Dans les soins de développement, l'infirmière n°1 évoque *« la toilette », « les soins regroupés », « la diminution du bruit et de la lumière », « les soins à 4 mains », etc.*

Il y a également l'allaitement maternel qui est évoqué par les trois professionnelles de santé. *« La plupart du temps même celles qui ne voulaient pas allaiter de base, elles changent d'avis (...) elles savent que c'est le meilleur lait pour eux. C'est hyper important ! »*.

Mais l'élément qui a été le plus mis en avant est le peau à peau. Il est vrai que dans chaque interview, les soignantes ont évoqué à de nombreuses reprises le peau à peau.

D'ailleurs pour l'infirmière n°1 le *«peau à peau (...) soin hyper important»*. L'infirmière n°2 ajoute que *«le peau à peau est un des moyens les plus bénéfiques pour tout le monde, pour permettre aux parents d'avoir ce lien avec leur enfant»*. Quant à la puéricultrice n°3, elle insiste sur le fait que les parents réalisent du *« peau à peau énormément, le peau à peau on en fait le plus possible »* et le plus rapidement possible.

Cela rejoint la pensée de Leticia Solis-Ponton qui explique que *« le bébé prématuré a besoin du soutien de ses parents. Le contact physique avec eux va influencer son avenir, non seulement au niveau physique mais aussi au niveau affectif et psychologique »*.

De plus, l'infirmière n°2 met en avant que *«même un enfant en réanimation peut être (...) soigné par son parent»* et que *«même à distance on peut avoir du lien avec son enfant»*.

Ce qui permet également de favoriser le lien entre les parents et leur enfant c'est qu' « *ils peuvent venir 24h/24, 7jours/7, il n'y a pas du tout de limite* ».

Si le soignant se retrouve face à des parents qui ont des difficultés à créer un lien avec leur enfant, les solutions proposées sont d'avoir une discussion en premier lieu afin de savoir « *pourquoi ils n'osent pas, pourquoi, pourquoi ils ont peur* ». Si cela n'est pas efficace, une psychologue peut passer au sein du service afin de venir en aide à ces parents.

Il est précisé qu'il ne faut pas forcer les parents à réaliser un soin avec leur enfant car cela peut créer « *un traumatisme* » et ainsi s'adapter au rythme de chaque parent. Il faut aussi que la puéricultrice soit dans le non jugement vis-à-vis des parents et qu'elle les accompagne selon leur évolution. Il est donc recommandé de proposer régulièrement la réalisation des soins aux parents, afin de tenter une « *approche d'implication* » qui permettra de tisser un lien au fur et à mesure entre les parents et l'enfant prématuré.

La puéricultrice évoque certaines situations où on a « *des parents qui ont d'autres enfants (...) qui habitent plus loin (...)* », alors dès que possible, on essaye de rapprocher l'enfant dans un hôpital plus proche du domicile parental, afin de justement favoriser les visites et donc la mise en place du lien d'attachement.

Afin de favoriser le lien parents-enfant, les parents peuvent aussi mettre dans photos dans la chambre de l'enfant ou encore utiliser un « *cahier de vie* » avec les soignants, ce qui permet d'avoir « *un petit souvenir* ».

Les éléments qui permettent aux soignants de repérer la présence d'un lien d'attachement sont des éléments qui passe par le « *verbal et non verbal* ».

Cela peut être en repérant la présence réelle des parents au sein du service ou à travers les appels téléphoniques passés pour prendre des nouvelles de l'enfant. En effet la puéricultrice n°3 explique que certains parents « *vont être très présents, qui vont être là toute la journée, qui vont faire énormément de peau à peau, qui vont faire les soins, qui vont vraiment s'investir dans la prise en charge de leur enfant* », d'autres « *vont téléphoner aussi quand ils sont chez eux, pour avoir des nouvelles* ». La puéricultrice n°2 précise que « *les parents sont énormément inclus dans les soins à l'enfant (...) notamment au moment de la toilette* ».

C'est aussi lorsqu'ils « *se sentent utiles* » auprès de leur enfant, par exemple dans les soins, dit l'infirmière n°1 ou lorsqu'ils « *posent beaucoup de questions (...) par rapport à sa santé* ».

Les soignants peuvent aussi se baser sur *«leur présence, comment il le regarde (...) l'inquiétude qu'ils ont envers leur enfant»*.

L'infirmière n°2 dit que cela peut aussi passer par *«le simple fait de remettre un doudou correctement, ou alors de s'assurer que l'enfant va bien, (...) c'est les photos, c'est tout ce qui peut montrer que le parent a peur quand même, il est présent»*.

En revanche, lorsque le lien est présent, il faut faire attention aux parents qui sollicitent trop l'enfant. Ce dernier a besoin de se reposer et de ne pas être trop stimulé sur une journée.

Le lien parents-enfant est alors primordial. Il est réellement en place lorsqu'il a *«une certaine forme de confiance et d'espérance (...) il se bat avec son enfant, pour pouvoir avancer avec lui»*. Le parent est présent pour son enfant.

Les bienfaits du lien d'attachement pour l'enfant prématuré

Entretien n°1	<p><i>«La façon dont ils se comportent»</i></p> <p><i>«Quand ils sont en peau à peau, c'est radical, ils sont beaucoup mieux»</i></p> <p><i>«Au niveau respiratoire c'est impressionnant»</i></p> <p><i>«Dès que les parents sont présents, les enfants ont une durée d'hospitalisation plus courte»</i></p> <p><i>Cela aide «énormément» les prématurés dans leur développement</i></p> <p><i>«Avec les parents c'est incroyable, ils sont hyper calmes»</i></p> <p><i>« Quand les parent sont là, tous les jours et qu'ils font du peau à peau pendant des heures, euh bah l'enfant niveau respiratoire et au niveau du comportement, il est beaucoup plus stable qu'un enfant qui ne voit pas ses parents.»</i></p> <p><i>« L'effet de la présence des parents joue beaucoup»</i></p>
Entretien n°2	<p><i>«A ce moment-là, avec votre enfant, ça va lui apporter beaucoup à cet enfant, de sentir sa maman, de pouvoir sentir son parent, de pouvoir être dans un cocon de chaleur et puis de bien-être»</i></p>
Entretien n°3	<p><i>« On s'est rendu compte qu'ils se développaient bien mieux quand ils étaient énormément en peau à peau, ça les rassure, ça les apaise euh et du coup ça se passe mieux »</i></p>

Durant l'entretien, il n'y avait pas de questions centrées autour de l'enfant. Mais lors de l'analyse, je me suis aperçue que les infirmières avaient toutes abordé spontanément les bienfaits du lien d'attachement envers l'enfant.

J'ai donc trouvé important de le mettre dans mon analyse.

L'infirmière n°1 affirme que *«la présence des parents joue beaucoup»* dans le développement et l'évolution de l'enfant, et que cela permet d'avoir *« une durée d'hospitalisation plus courte»*. En effet, l'enfant *«est beaucoup plus stable»*, il présente moins de dystimulations et la présence de ses parents permet qu'il soit rassuré.

Quant à l'infirmière n°2, elle explique que le fait de *«pouvoir sentir son parent, de pouvoir être dans un cocon de chaleur et de bien-être»* est très important aussi pour l'enfant. Il sentira alors une présence aimante et rassurante.

Pour la puéricultrice n°3, elle ajoute qu' *« on s'est rendu compte qu'ils se développaient bien mieux quand ils étaient énormément en peau à peau, ça les rassure, ça les apaise »*.

De plus, comme le précise Gérard Poussin, *« ce que les parents apportent à l'enfant est « indescriptible », car il explique que « l'enfant a besoin de se lier à une figure parentale, qu'elle soit réelle ou substitutive, dans laquelle il puisse avoir confiance dès son plus jeune âge. La mise en place de ce processus est indispensable à sa survie »*

Les bénéfices du lien parents-enfant est donc primordial pour les parents mais également pour l'enfant et son bon développement. L'enfant a besoin de la présence de ses parents ainsi qu'un besoin d'attachement afin d'évoluer et de grandir dans les meilleures conditions.

IX. Synthèse

L'hypothèse que j'avais émise au sein de mon projet professionnel est : l'accompagnement de la puéricultrice favorise le lien entre les parents et leur enfant.

Lors des entretiens, les soignantes s'accordent à dire que la puéricultrice a un rôle très important à jouer dans l'accompagnement des parents en néonatalogie.

Cet accompagnement passe par différentes étapes qui sont de créer un lien de confiance, de répondre à leurs questions tout en les rassurant et en étant à leur écoute.

Cela passe aussi dans l'accompagnement et la communication lors des soins en leur expliquant, en leur montrant, en les laissant faire en étant présents à côté d'eux, etc.

C'est aussi les accompagner sur les différentes émotions qui peuvent survenir.

S'il y a une chose qui ressort dans la favorisation du lien parents-enfant c'est le peau à peau. La puéricultrice se doit d'accompagner les parents sur leurs craintes afin qu'ils adhèrent et prennent du plaisir à faire du peau à peau avec leur enfant, et ainsi créer un lien unique avec leur enfant. Ce peau à peau doit faire partie intégrante des soins et doit être réalisé le plus précocement possible.

Dans la théorie comme dans la pratique, le rôle d'accompagnement de la puéricultrice est valorisé et dit comme étant important.

En mettant en place les postures d'accompagnement, l'échange avec les parents ne pourra être que bénéfique pour eux et leur bébé.

L'hypothèse émise est donc validée car l'accompagnement de la puéricultrice au sein d'un service de néonatalogie, permet de favoriser le lien entre les parents et leur enfant prématuré.

X. Conclusion

Pour conclure, nous pouvons donc dire que la puéricultrice a un rôle primordial dans l'accompagnement des parents en service de néonatalogie.

Aider les parents à cheminer vers leur rôle de parents, en les rassurant, en les guidant et en leur expliquant, fait partie d'une des missions de la puéricultrice.

Le lien d'attachement parents-enfant a des conséquences tellement positives, aussi bien sur l'enfant que sur les parents, qu'il est nécessaire d'accompagner les parents vers la création d'un lien fort, qui les rattache à leur descendance.

Il est bien évidemment nécessaire d'accompagner en allant au rythme de chaque parent, sans les forcer s'ils ne se sentent pas prêts à réaliser un geste ou soin auprès de leur bébé. Il faudra

donc prendre le temps avec chaque famille, prendre en compte leurs émotions et y aller par étape afin de ne pas brusquer le parent.

Ce projet professionnel a été très enrichissant et me servira dans le futur exercice de ma profession.

Mon souhait de travailler auprès des enfants et de leur famille me tient à cœur depuis toujours. Grâce à ce projet, j'ai approfondi mes connaissances sur l'accompagnement des parents dans leur parentalité ainsi que dans la création d'un lien d'attachement.

Au sein des multiples services, dans lesquels la puéricultrice peut exercer sa profession, il me semble important d'accompagner les parents et leurs enfants, en s'adaptant à la situation et à chaque famille. Tout ceci, en étant dans le respect, l'écoute, la communication et la bienveillance.

Après avoir étudié le lien parents-enfant en service de néonatalogie, il serait intéressant et pertinent de savoir en quoi la prématurité peut-elle avoir un impact sur les frères et sœurs de l'enfant prématuré.

XI. Bibliographie

• Ouvrages

- DALLA PIAZZA Serge et LAMOTTE Paul-Jacques Naitre trop tôt – La prématurité expliquée aux parents et futurs parents – Bébé vous parle , rédigé en 2013, page 38-39 et 49
- SIZUN Jacques et RATYNSKI Nathalie, L'enfant né prématurément – Mieux le comprendre pour mieux le soutenir, rédigé en 2013.
- COLSON Sébastien, GASSIER Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR Colette, Le guide de la puéricultrice, Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence, Elsevier Masson, 2019, p.4
- Les concepts en sciences infirmières, 2^{ème} édition, éditions Mallet Conseil, ISBN 978-2-9533311-3-4, consulté le 12/02/2020
- PAUL M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. Recherche en soins infirmiers [en ligne : cairn.info], Septembre 2012, n°110, pp. 2-3, consulté le 29/01/2020
- VESPIREN P. Face à celui qui meurt, Ed. Temps et Contretemps Desclée de Brouwer. Paris 1984, consulté le 29/01/2020
- CIFALI M, ANDRE A, Ecrire l'expérience, vers une reconnaissance des pratiques professionnelles, PUF, 2007, consulté le 29/01/2020
- POUSSIN G., La fonction parentale, 2^{ème} édition, 1999, DUNOD, consulté le 12/02/2020
- FORMANIER M., LJILJANA J., Les concepts en sciences infirmières, 2012, page 42, consulté le 29/01/2020
- SATGE P., Naitre prématurément, contraste n°41, Enfance et handicaps, la revue de l'ANECAMSP, éditions érès, p337
- Code Civil Français - Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, article 2
- LAMBOY Béatrice, Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ?, pages 31 à 60.
- WANQUET THIBAUT Pascale, L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage, 2015, page 107

- SOLIS-PONTON L., La parentalité – Défi pour le troisième millénaire, Collection Le fil rouge, 2002
 - GUEDENEY N., GUEDENEY A., L'attachement : approche théorique, Du bébé à la personne âgée, Elsevier Masson 2^{ème} édition, 2009
 - Gauthier Y., FORTIN G., JELIU G., L'attachement, un départ pour la vie, Editions CHU Sainte Justine, 2009
 - EMERY J., L'attachement parent-enfant, De la théorie à la pratique, Editions du CHU Sainte Justine, 2016, page 28
 - GUEDENEY N., L'attachement, un lien vital, Editions Fabert, page 19
 - HESBEEN W., Humanisme soignant et soins infirmiers, Elsevier Masson, 2017
 - BAGROS P. et al. ABCDaire des sciences humaines en médecine. Paris : Ellipses, 2009. p. 12.
 - PHANEUF M. L'accompagnement thérapeutique : réflexions sur un élément essentiel en soins infirmiers, Février 2013, p. 18.
 - THIBAUT-WANQUET P., Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2008, p14
 - GAURIER P., De l'accompagnement... du soigné au soignant, Editions du Losange, 2011
- **Revues**
 - METRAL Maryline, Cahiers de la puéricultrice, Prise en charge du prématuré, n°171, Novembre 2003, page 16-17
 - CASANOVA Anne, Les Cahiers de la puéricultrice - Le rôle propre de la puéricultrice en néonatalogie, répondre aux besoins des enfants prématurés, n°227, p15-17
 - LOFGREN Kristina et FRANCOIS Caroline, Les Cahiers de la puéricultrice, Les soins de développement, n°293, Janvier 2016, pages 25 à 27
 - GUILLOU Aurélie, Les Cahiers de la puéricultrice, Les soins de développement, n°293, Janvier 2016, pages 20 à 24

- **Site internet**

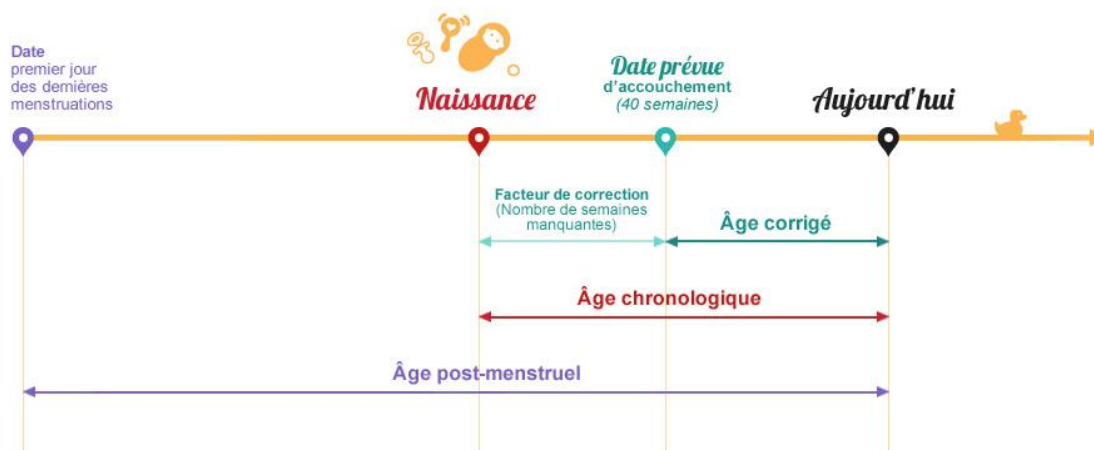
- <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>, consulté le 24/11/2019
- <http://developpementenfant.ca/wp/notions-de-base/prematurite-et-developpement/>, consulté le 24/11/2019
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/n%C3%A9onatalogie/54211>, consulté le 24/11/2019
- <https://www.sparadrap.org/parents/le-bebe-la-prematurite/lhospitalisation-en-neonatalogie>, consulté le 30/11/2019
- <http://robertdebre.aphp.fr/equipes-cliniques/pole-gynecologie-perinatalite/reanimation-neonatale-neonatalogie/>, consulté le 30/11/2019
- <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-2-page-101.htm>, consulté le 30/11/2019
- <https://www.cairn.info/revue-enfance1-2003-2-page-101.htm>, consulté le 30/11/2019
- [https://www.psychanalyse.com/pdf/TROUBLES%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20ET%20PREMATURITE%20-%20DIAPORAMA%20\(30%20Pages%20-%20459%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/TROUBLES%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20ET%20PREMATURITE%20-%20DIAPORAMA%20(30%20Pages%20-%20459%20Ko).pdf), consulté le 30/11/2019
- <http://developpementenfant.ca/wp/wp-content/uploads/2011/08/Quand-les-cinq-sens%C3%A9veillent.pdf>, consulté le 30/11/2019
- <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1394>, consulté le 26/12/2019
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id>, consulté le 26/12/2019
- <https://solidarites-sante.gouv.fr>, consulté le 26/12/2019
- <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/puericulteur-puericultrice>, consulté le 02/01/2020
- <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 02/01/2020
- <https://fr.wiktionary.org/wiki/accompagner>, consulté le 29/01/2020
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>, consulté le 29/01/2020
- LABBE J., La théorie de l'attachement [https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20EST%20UN%20MODELE%20\(10%20Pages%20-%2037%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20EST%20UN%20MODELE%20(10%20Pages%20-%2037%20Ko).pdf), consulté le 17/02/2020
- <https://www.sosprema.com/page/177691-les-soins-de-developpement>, consulté le 01/05/2020

- **Autres**

- Cours « La Prématurité » du pédiatre en néonatalogie Dr Bourlet, cours datant de Septembre 2019
- Brochure : Néonatalogie, Soins intensifs et continus, Accueil des prématurés et des bébés, Groupement des Hôpitaux de l'institut Catholique de Lille, Janvier 2016

XII. Annexes

Annexe n°1 : Frise sur l'âge corrigé d'un enfant prématuré



Annexe n°2 : Grille d'entretien

Questions	Objectif
<p>I. Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Depuis combien de temps travaillez-vous en service de néonatalogie?</i> - <i>Quelles formations complémentaires avez-vous suivies, en néonatalogie?</i> 	<p>Cette question permet au soignant de se présenter ainsi que de présenter son expérience professionnelle.</p> <p>Ces questions de relance permettent de voir si le soignant a de l'expérience en néonatalogie et qu'il pourra ainsi m'apporter des précisions sur le service et sur mon sujet.</p> <p>Les formations peuvent apporter un plus pour la prise en charge des familles, si le soignant a suivi des formations sur l'accompagnement, sur la parentalité, ou encore sur le lien d'attachement. Cela peut aussi m'apporter des précisions complémentaires pour mon sujet par rapport à un soignant qui n'aurait pas suivi de formations.</p>

Questions	Objectif
<p>II. Selon vous, comment la puéricultrice peut-elle accompagner des parents en néonatalogie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Quel rôle la puéricultrice peut-elle avoir dans la création du lien parents-enfants?</i> • <i>Comment faites-vous pour aider à la mise en place de la parentalité?</i> 	<p>Cette question permet d'évaluer la connaissance du professionnel et de voir sa vision vis à vis de l'accompagnement des familles en néonatalogie.</p> <p>Pour ainsi obtenir la façon de faire concernant sa prise en charge personnelle.</p> <p>Ces questions de relance permettent d'orienter la réponse vers des points plus précis, si le soignant ne l'évoque pas d'emblée dans son discours.</p>
<p>III. Lors de l'arrivée d'un couple parental dans votre service de néonatalogie, comment les accueillez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelle relation doit être établie entre les parents et le soignant en néonatalogie?</i> • <i>En quoi la réassurance des parents est-elle importante pour créer un lien d'attachement?</i> 	<p>Cette question permet d'évaluer ce que fait la puéricultrice pour accueillir les parents? Quel accompagnement est proposé aux parents dès leur entrée dans le service.</p> <p>Ces questions de relance permettent de savoir si la relation parents-soignant est important pour la puéricultrice.</p> <p>Et ainsi savoir, si lorsque les parents se sentent rassurés et en confiance, est ce que le lien se crée plus facilement.</p>
<p>IV. Quelles émotions peuvent surgir chez les parents face à leur enfant hospitalisé en néonatalogie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelles sont les attitudes ou paroles qui ressortent le plus fréquemment?</i> • <i>Quelles sont les appréhensions les plus fréquentes ?</i> • <i>En quoi est-ce important de vous appuyez-vous sur les émotions et le ressenti des parents, pour personnaliser et adapter votre prise en charge quotidienne, pour ainsi les accompagner au mieux ?</i> 	<p>Cette question permet de savoir ce que ressentent les parents face à la prématurité.</p> <p>Ces questions de relance permettent d'aiguiller les réponses du soignant pour avoir des réponses plus approfondis et ainsi savoir si les appréhensions des parents sont un frein à la mise en place d'un lien avec leur enfant.</p> <p>Cela permet alors au soignant de s'appuyer sur les émotions ou appréhensions que ressentent les parents pour ainsi les accompagner au mieux, adapter la prise en soin et adapter la création du lien selon leurs besoins.</p>
<p>V. Quels éléments permettent à la puéricultrice d'évaluer la présence d'un lien d'attachement entre les parents et l'enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Que peut faire une puéricultrice lorsque le lien a du mal à se créer entre les parents et leur enfant prématuré ?</i> 	<p>Cette question permet de savoir comment la puéricultrice repère la présence ou non d'un lien parents-enfant.</p> <p>Ces questions de relance permettent de voir comment la puéricultrice peut s'appuyer sur des outils afin de mettre en place le lien d'attachement et ainsi aider les parents à favoriser un échange à leur nourrisson.</p>

Questions	Objectif
VI. Sur quel point souhaitez-vous revenir ou que voulez-vous ajouter par rapport à des points non abordés durant l'entretien?	Cette question permet au soignant de revenir sur un sujet qu'il souhaiterait approfondir ou apporter d'autres éléments complémentaires.

Annexe n°3 : Retranscription entretien n°3

Ci-dessous, une légende qui permet de comprendre qui prend la parole lors de la retranscription.

- Q correspond aux questions posées par moi-même, étudiante puéricultrice.
- R correspond aux réponses données par le soignant interviewé

Q : Alors est ce que tu peux m'expliquer ton parcours professionnel ?

R : Alors, euh moi du coup bah j'ai passé un bac S, juste après j'ai enchainé sur ma formation infirmière euh pendant 3 ans au CHR SO donc à, c'est à Helfaut mais c'est juste à côté de St Omer, dans le Pas-de-Calais. Et après du coup j'ai été diplômée en juillet 2012, j'ai travaillé un petit peu parce que la rentrée de puer n'était qu'en janvier. Euh donc du coup j'ai travaillé 4 mois en maison de retraite sur Lille et après j'ai fait ma rentrée donc à l'école de puer du CHR en janvier. Et j'ai fait mon année, et j'ai été diplômée du coup en décembre 2013. Après je suis partie, 2 mois après je suis partie en Guyane.

(Sourires)

Q : Pas mal !

R : Ouais ! Pour bosser pendant un an et demi. Euh j'ai, ouais pour bosser là-bas et j'étais de nuit, j'étais sur le pool de remplacement donc du coup je tournais sur les différents services du pôle mère-enfant. Il y avait un pôle mère-enfant qui venait d'ouvrir, c'était trop bien, à Cayenne la capitale de la Guyane Française. Et euh et du coup je tournais sur la réa néonate, les soins intensifs, les soins continus aussi. C'est les trois services que je préférais et après je faisais aussi pédiatrie, il y avait deux services, les, euh ils appelaient ça les grands enfants et les petits.

Q : Ah oui, il y a des hôpitaux c'est comme ça.

R : Ouais, et après je faisais aussi l'unité koala, je l'ai fait un petit peu en maternité. Mais j'étais principalement, fin on avait nos euh (silence), nos préférences et du coup on s'arrangeait toujours entre nous et je faisais énormément de réa et de soins intensifs. C'est pour ça que ça me manque un peu parfois la réa...

Q : La réa, ouais...

R : C'est ça, et du coup après je suis rentrée en France en 2015, en juillet 2015 euh et là je suis arrivée ici en octobre 2015, j'ai commencé dans l'hôpital et j'ai tourné aussi là sur les différents services. J'ai fait pas mal de pédiatrie, j'avais fait un petit peu de néonatalogie, des urgences, des consultations... Et à partir de juin 2016, je suis vraiment dans le service, j'ai commencé en CDD et après j'ai eu un CDI en octobre 2017 (lève les yeux au ciel avec un sourire).

Q : Le temps que ça se fasse...

R : Ouais, voilà c'est ça.

Q : Ok et est-ce que tu as eu des formations complémentaires en lien avec la néonatalogie ?

R : Euh du coup là depuis que je suis ici, euh j'ai eu, j'ai eu juste la formation massage. C'est, on l'a toutes, enfin presque toutes euh, je l'ai eu l'année dernière. Et on a une formation aussi quand on arrive, euh ici dans le service, euh par rapport à l'allaitement, par rapport aux soins de développement, à la prématurité. T'as une petite formation de plusieurs jours qui est pas mal ouais au départ.

Q : Ok super. Euh, selon toi, comment la puéricultrice elle peut accompagner les parents en néonatalogie ?

R : Ah bah c'est tout notre job hein ! (Rires)

Nan en néonatalogie c'est hyper important. Surtout, surtout maintenant. Avant, elles prenaient en charge le bébé, maintenant c'est au contraire, plutôt un accompagnement euh des parents. C'est les parents qui font les soins très rapidement. Euh, de toute façon tu l'as vu hein, ici même

quand un bébé naît ici, on va le chercher en bas, on essaye de ne pas trop faire de cassures entre les parents et l'enfant. Donc même s'il y a, si la maman doit rester en bas, le papa il nous accompagne. Euh après dès que la maman peut remonter en maternité, elle repasse ici justement pour faire du peau à peau, pour euh...

Q : Pour voir son bébé

R : Pour voir son bébé, qu'on lui explique un petit peu tout ce qu'il va se passer dans le service, et euh et puis voilà, très vite fin dans les jours qui suivent, les parents ils viennent, ils sont là, nous ils peuvent venir 24h/24, 7jours/7, il n'y a pas du tout de limite. Euh ils font les soins, on les accompagne directement euh dans les soins. On essaye vraiment en fait de, euh de leur laisser leur place de parents et nous de rester à notre place de soignant, de ne pas prendre LEUR place et de, et voilà de les laisser prendre en charge leur enfant dans sa globalité dès que c'est possible.

Q : Oui, et donc de pouvoir s'occuper d'eux...

R : Oui, c'est ça.

Q : Ok et quel rôle la puer elle peut avoir dans la création du lien parents-enfant ?

R : Euh bah le fait de, justement de mettre les parents un petit peu en confiance parce que souvent voilà quand ils ont des tout petits comme ça, les parents ont une grosse appréhension. Euh comme il y a eu cette rupture aussi quand même, euh bah ils ont du mal des fois aussi à se sentir parents. Il y a beaucoup de parents qui nous disent que dès le moment où on les met en peau à peau, ça change tout et là ils se sentent enfin parents. Avant, c'est compliqué, mais dès le moment où ils l'ont en peau à peau, euh c'est...

Q : Ils voient la différence

R : Oui, c'est complètement différent pour eux. Et du coup je pense que, nous de toute façon c'est ça notre rôle, je pense que c'est mettre les parents en confiance pour essayer de faire les soins au niveau de leur enfant et de faire du peau à peau énormément. On est un hôpital, on est IHAB donc c'est vrai qu'on essaye de faire attention à tout ça.

Q : Ok. Euh et du coup quand un couple arrive dans le service, qu'est-ce que tu mets en place pour les accueillir ?

R : Alors, quand un couple arrive euh du coup on leur, bah voilà c'est ce que je t'ai dit, on va le chercher en bas. Souvent avant de le remonter on fait quand même un petit câlin avec la maman, même si ça n'est pas vraiment du peau à peau mais on vient montrer l'enfant, s'il est en état, euh on vient lui montrer, elle fait un petit câlin quand même vite fait et après on lui explique qu'on va, qu'on va le monter en néonate, que papa va nous accompagner. Euh et qu'après juste quand après ils auront fini de faire les soins, elle pourra revenir le voir aussi. Euh donc le papa vient avec nous, souvent on fait les petits soins. Si l'enfant va bien, on lui propose très rapidement de faire du peau à peau. Des fois ça n'est pas toujours possible parce qu'il y a beaucoup de soins à faire à l'entrée mais souvent voilà il est là quand même. On lui explique un petit peu ce qu'il va se passer, on lui explique bah tu vois même le monito, euh l'incu, pourquoi il a pleins de fils comme ça sur lui, un petit peu tout ça.

Q : Ouais, à quoi correspond chaque fil...

R : Ouais, ouais à quoi sert euh, on lui donne les petits papiers du service aussi, euh les documents qui explique aussi comment fonctionne le service, on lui donne le numéro de téléphone, on lui dit qu'il peut venir quand il veut. Et voilà, la maman quand elle remonte en maternité, elle fait d'abord un petit arrêt ici. Comme ça la plupart du temps on fait du peau à peau, on les laisse une heure tous les trois, le temps de se retrouver aussi un petit peu aussi parce que c'est souvent, ça a été un petit choc l'accouchement et du coup on leur laisse leur moment tous les trois. Ça leur fait du bien de se retrouver comme ça ensemble. Après la maman souvent elle doit remonter mais souvent soit le jour même si elle est capable, soit le lendemain elle revient. Et là directement on essaye de faire les soins avec eux. Euh on, des fois on leur montre une première fois, ça dépend si les parents vont vouloir le faire ou pas.

Q : Participer ou pas oui.

R : Mais souvent on leur propose tout de suite, soit on leur montre une fois et ils font tout de suite après, soit on le fait avec eux, en les accompagnant. La maman souvent elle veut bien faire tout de suite, le papa il semble des fois un petit peu plus réticent.

(rires)

Mais tu vois que des fois très vite, ce n'est pas les forcer, mais des fois tu vois t'insistes un petit peu quand même tu dis « bah allez y Monsieur, si on va faire avec vous, ça va allez, ne vous inquiétez pas » et du coup souvent ils sont contents et ils le font un petit peu. Souvent, en plus ils gèrent, ils gèrent très bien, le change, la température.

Q : C'est juste l'appréhension...

R : Ouais c'est ça, le fait qu'il soit tout petit mais comme ils se rendent vite compte que voilà ils ne sont pas non plus en sucre et que ça va et que c'est faisable quoi donc euh donc voilà on fait ça. Après bah du coup le peau à peau hein énormément, euh le peau à peau on en fait le plus possible. On dit aux parents dès que, même quand tu vois il y a un cathéter ombilical, avant c'était une fois par jour.

Q : D'accord

R : On limitait, maintenant euh on s'est rendu compte que c'est trop important !

Q : Oui, on met des compresses !

R : Voilà, on protège toujours et on le fait en fait en illimité. Avant on limitait, maintenant on a fait en illimité

Q : Bah tant mieux !

R : Ouais on a dit nan c'est quand ils veulent, de toute façon voilà on le protège donc il n'y a pas de raison que euh....

Q : De risque infectieux

R : Qu'il y ait plus de risque infectieux euh donc ça c'est top parce que les enfants en ont vraiment besoin. On s'est rendu compte qu'ils se développaient bien mieux quand ils étaient énormément en peau à peau, ça les rassure, ça les apaise euh et du coup ça se passe mieux. Euh

les parents adorent aussi ! Au final, ils passent de très bons moments aussi à chaque fois quand ils sont en peau à peau. C'est bénéfique pour les deux.

Euh voilà, on favorise l'allaitement aussi ici. Euh la plupart des, la plupart des mamans avec des prématurés allaitent.

Q : Elles allaitent oui...

R : Ouais, ouais, XXX, notre consultante en lactation elle fait un gros boulot aussi là-dessus. Elle va les voir souvent en anténatal et comme ça elles ont le temps de réfléchir et prendre leur décision. Et comme ils sont prémas, la plupart du temps même celles qui ne voulaient pas allaiter de base, elles changent d'avis comme ils sont prématurés. Euh, elles le font parce qu'elles savent que c'est le meilleur lait pour eux. C'est hyper important !

Euh voilà, après qu'est-ce qu'on fait d'autre pour les accompagner ? On fait, même tu vois des petits cahiers de vie.

Q : Hum hum

R : Tu les as vus dans le service !

Q : Oui !

R : Euh ça on essaye aussi de, euh c'est pour l'enfant, ça sera pour l'enfant plus tard mais c'est aussi pour les parents, ça fait aussi un petit souvenir. On essaye d'expliquer avec des mots très simples euh le séjour, de mettre des petites photos aussi, les frères et sœurs ils aiment bien, souvent ces cahiers-là. On autorise les parents, fin même on les encourage à écrire dedans, à écrire des petits mots aussi, ou à mettre d'autres photos, ou les frères et sœurs font des dessins. Euh et ça comme ça il va le garder avec lui, ça va être un petit souvenir et plus tard pour lui expliquer, ça sera un bon support. Et ça souvent, ça leur fait bien plaisir aussi, ce petit cahier de vie et voilà.

Q : Oui, au moins ils ont un souvenir de leur passage en néonate.

R : Oui, et ça leur fait chaud au cœur ouais.

Q : Ok ! Et du coup pour toi, quelle relation doit-être établie entre le soignant et les parents ?

R : Ah bah une relation de confiance ! (Sourires et rires) Evidemment !!

Q : Ouais !

R : Nan mais c'est vrai que c'est hyper important. Parce que si tu n'as pas ça tu ne peux pas, pour moi tu ne peux pas bien prendre en charge l'enfant et ses parents. Euh, ça c'est vrai que c'est hyper important et de le faire dès le départ. Euh moi il y a déjà des situations où ça a été parfois un petit peu compliqué, et je pense que j'ai bien évolué à ce niveau-là. Tu t'adaptes hein à chaque parent, parce que bien sûr tu ne peux pas toujours avoir le même discours. Tu te rends bien comptes avec certains parents qu'il faut, qu'il faut aborder les choses autrement et du coup ouais, t'essaye dès les premiers jours en fait. Si tu, tu te rends compte que si tu expliques très bien aux parents ce qu'il va se passer, euh ce que tu fais là à l'instant même, euh bah tout de suite ils vont, ils vont se sentir en sécurité, ils vont se sentir en confiance. Ils n'auront pas de soucis à te laisser leur enfant euh voilà, à partir le soir pour te laisser leur enfant. Euh c'est le but aussi tu vois qu'ils ne partent pas stressés.

Q : Oui oui c'est sûr !

R : Qu'ils ne se posent pas pleins de questions, même si bien sûr ils peuvent appeler mais c'est quand même différent que d'être juste à côté de lui.

Q : Ouais tout à fait.

R : Donc ouais, ouais la relation de confiance c'est vraiment la base je pense de, du travail en équipe parce que au final c'est ça hein, c'est un travail en équipe avec les parents.

Q : Oui, hum. Et qu'ils aient confiance en l'équipe et que...

R : Ouais c'est ça.

Q : Euh, et quelles émotions peuvent surgir chez les parents face à leur enfant hospitalisé ? Tout à l'heure tu as dit qu'il y avait l'appréhension, mais est ce qu'il y a d'autres émotions souvent qui ressortent ?

R : La maman, plus du côté de la maman, la culpabilité. Enormément ! Euh souvent, les premiers jours, il y en a beaucoup qui nous disent « bah c'est de ma faute » en gros. Tu vois, « il est né prématurément, je n'ai pas réussi à le garder dans mon ventre jusqu'au terme, c'est de ma faute ». Alors ça on essaye de faire, il y a une équipe périnat aussi qui est présente tout le temps, qui va se présenter à chaque euh à chaque parent automatiquement. Les parents ne veulent pas toujours discuter avec eux, mais souvent ils discutent avec nous et puis petit à petit ils sont moins réticents et ils aiment bien quand même se confier à l'équipe psy. Et euh c'est vrai que la mam..., ça ça ressort énormément, que la maman se sent coupable. Du coup, on essaye quand même de faire un gros travail là-dessus, en disant que « non c'est tout ça arrive, c'est des choses qui arrivent euh même si la médecine évolue ça arrive encore et ça arrivera »

Q : Oui, il y a pleins de facteurs à prendre en compte.

R : Oui voilà, donc c'est tout, en aucun cas c'est de sa faute. Le principal c'est qu'elle elle va bien, c'est que son enfant il va bien aussi. Et euh, et qu'ensemble ils vont pouvoir, fin voilà, ensemble ils vont pouvoir continuer à prendre soin de lui et pour qu'il évolue dans les meilleures conditions. Donc euh, ça c'est chez la maman, tu ne l'as pas chez le papa.

Après bah si c'est le stress, l'appréhension, euh d'avoir un tout petit bébé comme ça, euh euh de ne pas oser le toucher, de, ou d'avoir peur de lui faire mal ou de faire pire que mieux. Alors qu'en fait quoi qu'il fasse ça sera bien pour leur bébé, mais en tous les cas on les accompagne tu vois. C'est, à chaque fois on leur dit ce qu'ils peuvent faire, comme les contenir plutôt que de les caresser parce que ça fait trop de stimuli mais euh dans tous les cas voilà, par rapport à ça, par rapport à ce sentiment de stress ou d'appréhension justement on essaye de les mettre en confiance au maximum pour qu'ils n'aient plus ce sentiment-là. Après le problème c'est qu'ici tu as les monitos qui sonnent assez souvent, ça c'est vraiment ce qui les stresse.

Q : Oui ça les stresse beaucoup, moi je le vois sur la maman de XXX.

R : Ouais tu vois tout de suite ils regardent !

Q : Oui donc je coupe tout de suite la sonnerie pour ne pas la paniquer encore plus et ça l'apaise.

R : Oui, ils regardent tout de suite le monito et ils se demandent ce qu'il se passe, ils les stimulent. Euh t'as des parents qui vont être plus cool à ce niveau-là, mais la plupart du temps ça les fait stresser.

Q : Oui, ils ne comprennent pas forcément aussi pourquoi.

R : Oui, et ils ont du mal à essayer de ne pas regarder le monito, à essayer de se concentrer sur leur enfant. Je pense qu'en même temps on serait tous pareil hein, c'est humain.

Q : Ouais, ouais, tu te demandes ce qu'il se passe, pourquoi ça sonne.

R : Ouais, et du coup quand ils sont à peu près habitués à tout ça, le stress il revient tu vois quand on va enlever le monito...

Q : Ah oui ! Parce qu'il n'y aura plus de surveillance

R : Oui, là ils se disent « mais là on ne voit plus rien, si, si jamais il fait une brady ou une désat comment on va le savoir euh ? ». Mais voilà, là de toute façon on leur dit « qu'il est prêt, que voilà il ne fait plus de bêtises, il est grand maintenant donc euh donc il est prêt à être autonome à ce niveau et à ne plus avoir de monito » et après je dis « vous connaissez quand même votre bébé et vous allez le voir si jamais il y a quelque chose qui ne va pas, si jamais il y a quelque chose d'inhabituel donc euh c'est tout faites-vous confiance, faites-lui confiance et ça ira très bien ». Je pense que ouais c'est surtout ces sentiments-là. Euh, ouais culpabilité, peur, stress, appréhension, ça se rejoint hein.

Q : Hum hum

R : Euh... ouais je pense que c'est vraiment ceux qui ressortent. Après il doit y en avoir d'autres hein mais après là moi je parle de négatif mais après il y a la joie aussi énormément. Dès que tu les mets en peau à peau souvent il y a des pleurs et des pleurs de joie hein parce qu'ils sont vraiment contents de retrouver leur bébé. Euh, bah très souvent, tu vois dans chaque chambre on a un petit tableau où on met le prénom de l'enfant, on met souvent quel jour il est né à quel

poids, et tous les jours on met son nouveau poids pour aussi voir, fin pour montrer son évolution. Les parents ils aiment bien savoir à chaque fois, c'est une des premières questions qu'ils te posent. Dès qu'ils arrivent, ils regardent souvent du coup le tableau et c'est pareil ils sont très contents, dès que leur enfant fait un progrès euh ils sont hyper contents ! Fin voilà dès qu'il grossit, dès qu'au niveau respiratoire bah ça va mieux, dès qu'on passe bah tu vois de la Jet aux lunettes, des lunettes à l'air ambiant, euh ça c'est vrai qu'on essaye de mettre énormément en avant ces choses-là. Euh pour que euh ils soient rassurés et que du coup ils n'aient plus ces sentiments de peur et au contraire qu'ils soient contents et qu'ils se concentrent sur les progrès et sur l'évolution de leur enfant et non pas sur le côté prématurité et ouais.

Q : Ouais ok et quels éléments permettent à la puer d'évaluer s'il y a un lien d'attachement présent, entre les parents et leur enfant ?

R : Euh bah les parents, on va voir si ils sont présents ou non. Euh t'as des parents qui vont être très présents, qui vont être là toute la journée, qui vont faire énormément de peau à peau, qui vont faire les soins, qui vont vraiment s'investir dans la prise en charge de leur enfant. Euh donc ça ça va être des indicateurs, qui vont téléphoner aussi quand ils sont chez eux, pour avoir des nouvelles. Euh dans, t'as par contre des parents qui vont avoir du mal à, à justement créer ce lien d'attachement, euh parce qu'ils n'arrivent pas à se remettre de la sépar..., de l'accouchement prématuré, de la séparation à la naissance. T'as des parents qui restent un petit peu bloqués sur ça et des fois le travail est un petit peu plus long pour certaines mères la plus part du temps, parce que le papa il se sent moins responsable (sourires) et du coup c'est vrai qu'il y a des mamans c'est quand même bien plus long de faire ce travail-là. Euh il y aura forcément un lien d'attachement après mais il est des fois un petit peu plus tardif. Et après voilà t'as aussi des fois des parents qui ont d'autres enfants avant et donc qui des fois on un petit peu de mal à venir ici parce qu'il faut aussi s'occuper des autres, qui n'ont pas spécialement de la famille pour les garder dans la région, ce qui fait que des fois qui, des fois t'as des parents qui habitent plus loin. Après on fait dès que possible de tu vois de ...

Q : De rapprocher

R : Oui de rapprocher parce que tu vois si jamais ils sont dans un niveau inférieur au notre, euh au niveau de l'hôpital. Bien sûr nous on va avoir des enfants de Seclin par exemple, bon en soit

c'est pas très loin mais ça fait quand même un petit peu de route et pour les parents ça peut jouer quand même.

Q : Oui ça peut jouer et s'ils n'ont pas de voiture aussi et qu'ils doivent prendre le métro...

R : Oui c'est ça tout à fait ! Donc du coup dès que possible on essaye de les rapprocher aussi justement pour favoriser ce lien. Euh mais franchement dans la plupart des cas ça se passe très bien, je trouve que le lien il se fait quand même assez vite, surtout pour la maman et l'enfant, une fois que justement elle n'a plus ce sentiment de culpabilité. Euh, après des fois c'est plus le papa qui a du mal à s'attacher parce qu'il a du mal à trouver sa place. Même si on essaye aussi de l'inclure dans les soins, au final on fait, on a le même comportement avec la maman ou avec le papa mais des fois c'est vrai qu'ils se sentent, euh voilà comme ils n'ont pas porté l'enfant, ils laissent beaucoup la place à la maman, ce qui est très bien au début. Mais c'est vrai que des fois, eux s'investissent.

Q : Faut qu'ils s'investissent ouais.

R : Et parfois, ils ont du mal, comme au début ça a été beaucoup la maman, des fois ils ont, ouais ils ont du mal à se positionner. Et nous, après nous on essaye d'agir à ce niveau-là.

Q : Et justement quand il y a une difficulté au début qu'est-ce qu'on peut mettre en place ? A part les inclure dans les soins, je ne sais pas s'il y a d'autres choses en plus ?

R : Bah après on va discuter beaucoup avec eux, tu vois, on va, parce que au final ils nous parlent quand même beaucoup, ils se confient plus à nous, qu'à l'équipe pédopsychiatre. Mais ça va être énormément de discussion pour savoir ouais un petit peu pourquoi ils n'osent pas, pourquoi, pourquoi ils ont peur, euh et si justement on peut travailler sur un point ou deux points pour essayer de justement euh de...

Q : De les aider ?

R : De les aider et les inclure un peu plus dans les soins. Donc euh, et en même temps tu vois on va respecter leur rythme, tu vois si vraiment on sent après une discussion qu'ils ne sont vraiment pas prêts euh bah c'est tout on prendra le temps, on dit « ok il n'y a pas de soucis, vous

continuez à, en tout cas à ». Tu vois même si dans tous les cas ils ne font pas les soins, on essaye de les inclure. Ils vont contenir l'enfant tu vois, ils vont aider leur enfant à supporter un petit peu plus les soins, parce que c'est quand même des petites agressions pour l'enfant à chaque fois hein, ce n'est quand même pas super agréable pour l'enfant. Donc, on va quand même essayer de lui trouver une place même si elle est petite, on va essayer de lui en trouver une pour qu'il se sente quand même inclus dans la prise en charge de son bébé. Et c'est comme ça que petit à petit, il va réussir à trouver sa place et il va essayer de, il va oser de plus en plus faire des choses. Et de lui-même des fois, il, d'un coup, il va te dire « bon bah finalement je veux bien essayer ».

Q : Oui, il y a un déclic ?

R : Ouais, et il y a des choses comme la température ça leur fait moins peur donc tu vois petit à petit tu commences par ça et euh après ouais tu commences à changer la couche euh, donc t'y arrives, au final t'y arrives toujours c'est juste que voilà il faut respecter les appréhensions des parents et respecter leur rythme. Et si t'y vas doucement, si tu ne les brusques pas, euh tu sais très bien que le lien ça finira par réussir quoi.

Q : Oui donc c'est plus ou moins long en fonction de chaque parent quoi mais ça arrivera toujours.

R : C'est ça, c'est ce que je te disais il faut s'adapter. Tu t'adaptes à chaque parent, ils n'auront jamais le, le même rythme c'est très rare. Même au sein du même couple, t'auras souvent un décalage entre la maman et le papa mais ce n'est pas gênant quoi. Et après il faut aussi qu'ils acceptent entre eux d'avoir un décalage, parce que ça n'est pas toujours bien reçu de la part de la maman, que le papa se mette en retrait comme ça mais ça on essaye de discuter avec elle et de leur faire comprendre que pour eux ça n'est pas toujours évident. Et euh et euh du coup voilà, si tu mets des mots sur tout ça, je pense qu'après c'est moins mal vécu et du coup petit à petit ça s'estompe et au final tout le monde arrive à trouver sa place, tout le monde s'investit pour euh pour prendre soin de l'enfant et ça se passe nickel hein.

Q : Ouais ça marche. Je ne sais pas si tu veux revenir sur un ou deux points abordés ou au contraire que l'on n'a pas abordé ?

R : Euh bah nan je pense que c'est pas mal hein, à mon avis on a bien fait le tour. Tes questions nan mais elles sont bien, elles ont bien fin ouais on a parlé de tout, donc euh et nan. Après je ne t'ai pas du tout parlé du retour à domicile mais euh parce que c'est vrai c'est pareil, on arrête d'un coup l'accompagnement mais souvent on leur dit bien que, on leur redonne notre numéro pour leur dire qu'on est joignable, si jamais ils ont une question, il n'y a pas, il ne faut pas hésiter, ils peuvent appeler parce que des fois c'est vrai qu'ils sont un peu stressés de retourner à la maison tout seuls.

Q : Ouais, ils se retrouvent tout seuls oui.

R : Même si quand même normalement il y a eu les chambres mères-enfants, c'est vrai que je ne t'ai pas parlé des chambres mères-enfants non plus (sourires), qu'on les proposait mais (rires). Euh parce que voilà avant la sortie, les mamans elles viennent, enfin les parents ils sont, on les autorise à venir à deux, en chambre mère-enfant, pour qu'ils ne soient pas perdus justement au retour à domicile. Comme ça c'est eux vraiment qui font tous les soins, nous on est là si besoin mais on les laisse dans leur, dans leur chambre faire euh faire leur vie hein, fin c'est tout.

Q : Oui, pour s'occuper en intégralité de l'enfant.

R : Oui c'est ça et nous on est là juste si besoin. Et du coup voilà, on redonne notre numéro, on dit qu'on est disponible, dans tous les cas il y a des consultations avec les pédiatres. Ils ne sont pas lâchés tout de suite pour être sûr que ça se passe bien. Euh des fois il y a la PMI aussi qui prend le relais. Et voilà, la consultante en lactation aussi elle donne aussi son numéro, si c'est encore un allaitement à la sortie et euh parce qu'ils lui téléphonent beaucoup. Elle est joignable tout le temps, enfin toute la semaine, sauf le week-end et euh et elle elle gère pas mal de choses à distance, parce que des fois c'est ce qui bloque le plus les allaitements.

Q : C'est difficile

R : Ouais, voilà.

Q : Ok et bah merci beaucoup, c'est très gentil d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.