



HAL
open science

Le partenariat parents-soignants dans les soins de la puéricultrice au nouveau-né prématuré en néonatalogie

Lucie Ravou

► **To cite this version:**

Lucie Ravou. Le partenariat parents-soignants dans les soins de la puéricultrice au nouveau-né prématuré en néonatalogie. Pédiatrie. 2020. dumas-03182304

HAL Id: dumas-03182304

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182304v1>

Submitted on 18 Oct 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.



Ravou Lucie

Promotion 2019-2020

Projet professionnel

Le partenariat parents-soignants dans les soins de la puéricultrice
au nouveau-né prématuré en Néonatalogie

Ecole de puéricultrices

IFsanté Lomme

Sommaire

Introduction	1
1. Cadre de référence	3
1.1 La prématurité.....	3
1.1.1 Définition de la prématurité	3
1.1.2 Epidémiologie de la prématurité.....	3
1.1.3 Etiologies de la prématurité.....	4
1.1.4 Facteurs de risque	5
1.1.5 Conséquences de la prématurité	6
1.1.6 Service de Néonatalogie	6
1.2 La parentalité.....	8
1.2.1 Législation	8
1.2.2 Définition.....	8
1.3 Le lien d'attachement.....	11
1.3.1 Définition.....	11
1.4 L'intégration des parents dans les soins.....	14
1.4.1 Définition de la notion d'intégration.....	14
1.4.2 Cadre législatif en lien avec ce concept.....	16
1.4.3 Méthodes de soins en lien avec ce partenariat	17
1.4.4 Les limites de ce partenariat.....	21
2. Problématique et hypothèse.....	22
2.1 Introduction	22
2.2 Question centrale de recherche et hypothèses	23
3. Exploration de terrain.....	24
3.1 Choix de la population	24
3.2 Présentation de l'outil exploratoire	25
3.3 Déroulement des rencontres avec les professionnels	26
3.4 Résultats de l'exploration de terrain	27
3.5 Confrontation des approches (ressources bibliographiques et personnes rencontrées)	31
4. Conclusion.....	34

Introduction

Pendant notre formation infirmière et notre formation de spécialisation puéricultrice, nous sommes quotidiennement en relation avec les nouveau-nés et les parents. Lors de mes stages au contact des enfants, je me suis souvent questionnée sur les situations relationnelles que j'avais avec les parents et l'enfant. A savoir, si je me comportais au mieux pour qu'ils se sentent en confiance et ainsi qu'ils puissent bénéficier de la meilleure prise en soins possible.

J'ai donc voulu porter mon sujet sur cette relation soignant – soigné – parents. Je l'ai ciblé plus particulièrement sur deux situations qui m'ont interpellée lors d'un stage en Néonatalogie au cours de ma troisième année d'étude d'infirmière. C'était ma première expérience avec des nouveau-nés et des prématurés. Ce stage se déroulait dans une maternité de niveau II a, c'est-à-dire qu'elle accueillait des nouveau-nés qui sont nés à partir de 34 semaines d'aménorrhée ou arrivés à terme. Le service s'inscrit dans la démarche Initiative Hôpital Ami des Bébés qui vise à centrer les soins sur les besoins de l'enfant et de sa famille. L'hospitalisation des enfants dans ce service dure en général entre un à vingt-huit jours. Les parents ne peuvent donc pas rester dans le service jusqu'à la fin de l'hospitalisation de leur enfant. C'est pourquoi ils éprouvent parfois des difficultés dans la relation avec leur enfant.

La première situation s'est déroulée lors de la prise en soins d'un nouveau-né que j'appellerai Aron dans la description. Aron est né à un terme de 34 semaines et 5 jours d'aménorrhée. Nous sommes à deux jours après sa naissance. C'est une première grossesse et un premier enfant pour le couple. La maman est encore hospitalisée dans le service de maternité. Je prends donc en soins Aron. Afin de réguler sa température, il est dans un incubateur chauffé à 31.3°C. Aujourd'hui, il doit avoir une toilette dans l'incubateur. Je commence la toilette lorsque ses parents arrivent dans le service pour prendre en soins leur enfant. Je propose alors de leur apprendre à faire une toilette à quatre mains dans l'incubateur. En effet, dans le service, les soignants encouragent cette intégration des parents pour respecter le rôle parental et favoriser une bonne dynamique familiale. La maman se propose pour le faire avec moi. A la fin de ma prise en soins, les parents m'ont remercié et étaient très contents d'avoir pu participer aux soins de leur enfant. Ils se sentaient plus inclus dans la relation avec leur enfant.

La deuxième situation se passe lors de soins dispensés à une fille née à 34 semaines d'aménorrhée. Elle s'appellera, dans la situation, Maddy. Elle est transférée dans le service pour rapprochement familial. Elle a à présent douze jours. Pour les parents, c'est un deuxième enfant. Sa maman ne peut être présente en général avant 17 heures. Elle a repris le travail et s'occupe

de son autre enfant âgé de 5 ans. A ce jour, elle me demande comment se porte Maddy, je lui donne alors des nouvelles sur sa prise de poids, les biberons qu'elle a pris dans la journée et le bain qu'elle a eu ce matin. Elle se met alors à pleurer et me confie qu'elle ne se sent pas vraiment « maman » de Maddy car elle ne peut pas lui prodiguer tous ses soins. Je lui ai donc proposé que le prochain bain soit effectué lors de sa présence dans le service. Elle s'est alors sentie soulagée et plus intégrée dans la prise en soins de son enfant.

Je me suis alors posée plusieurs questions :

- A partir de quel moment, la puéricultrice peut intégrer les parents dans les soins à leur enfant ?
- En quoi l'intégration des parents lors des soins d'Aron s'est-elle bien déroulée ?
- Quelles sont les limites de l'intégration des parents dans les soins prodigués par la puéricultrice à leur enfant ?
- Quel est le rôle de la puéricultrice dans l'accompagnement des parents lors des soins à leur enfant ?

Au regard de ces différentes questions, je me demande en quoi l'intégration des parents par la puéricultrice impacte la prise en soins d'un nouveau-né ?

1. Cadre de référence

1.1 La prématurité

1.1.1 Définition de la prématurité

Mon sujet porte sur la prise en soins de nouveau-nés prématurés en service de Néonatalogie, c'est pourquoi je trouve important d'inclure dans mon mémoire une partie clarifiant ce qu'est la prématurité.

Dans un premier temps, un nouveau-né est défini selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) comme « *prématuré s'il naît avant 8 mois et demi de grossesse* »¹ soit avant 37 semaines d'aménorrhée.

L'INSERM a répertorié les trois niveaux de prématurité :

- La prématurité moyenne qui représente une naissance entre la 32^{ème} semaine d'aménorrhée et la 36^{ème} semaine d'aménorrhée ;
- La grande prématurité qui signifie une naissance entre la 28^{ème} et la 32^{ème} semaine d'aménorrhée ;
- Enfin, la très grande prématurité qui désigne une naissance avant 28 semaines d'aménorrhée.²

1.1.2 Epidémiologie de la prématurité

La prématurité est un enjeu majeur en termes de santé publique. En effet, les naissances prématurées « *concernent dans le monde environ 15 millions d'enfants par an – soit 11% des naissances vivantes, - dont 60 000 en France.* »³

¹ INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Prématurité, ces bébés qui arrivent trop tôt [en ligne]. (INSERM), mis à jour le 01/12/2015 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite> >

² IBID

³ H. Torchin, P.-Y. Ancel, P.-H. Jarreau, F. Goffinet. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. *Epidémiologie de la prématurité : prévalence, évolution, devenir des enfants* [en ligne], 24/09/2015, (vol. 44), n°8, pages 723-731, [Consulté le 23/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.em-consulte.com/article/1004230/epidemiologie-de-la-prematurite%C2%A0-prevalence-evolut> >

Parmi ces naissances prématurées, selon l'INSERM les prématurés moyens représentent « 85% de ces naissances. 10% sont des grands prématurés et 5% sont de très grands prématurés ». ⁴

Selon l'INSERM, aucun nouveau-né n'a survécu en dessous de 23 semaines d'aménorrhée. ⁵

La prématurité représente alors un enjeu majeur dans notre société.

1.1.3 Etiologies de la prématurité

Les Départements Hospitaliers Universitaires exposent qu'il existe deux types d'étiologies à la prématurité : « *la prématurité induite et la prématurité spontanée* ». ⁶

La prématurité est dite « *induite ou iatrogène* » quand elle correspond à une naissance provoquée par raison médicale car la survie de l'enfant et/ou de la mère sont engagés. Les médecins vont alors décider de déclencher l'accouchement ou de pratiquer une césarienne. Elle représente en moyenne 40% des accouchements prématurés. ⁷

Selon l'INSERM, les causes d'une naissance prématurée provoquée peuvent être liées à « *un retard de croissance grave du fœtus, une hypertension artérielle sévère chez la mère, ou une hémorragie maternelle dont l'origine n'est pas expliquée* ». Selon cet institut, 20% des accouchements prématurés avant 32 semaines d'aménorrhées sont causés par de l'hypertension maternelle sévère.

⁴ INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Prématurité, ces bébés qui arrivent trop tôt [en ligne]. (INSERM), mis à jour le 01/12/2015 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite> >

⁵ IBID

⁶ DEPARTEMENTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES. Prématurité. La définition de la prématurité [en ligne]. 2013 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <http://www.dhu-risques-grossesse.org/fr/thematiques/prematurite> >

⁷ IBID

Il existe d'autres causes étiologies à cet accouchement prématuré : « *les infections génito-urinaires ou généralisées, les anomalies de l'utérus et du placenta (comme le placenta praevia qui peut se compliquer d'une hémorragie), le diabète maternel ou encore l'hématome rétro-placentaire (détachement prématuré du placenta accompagné d'un hématome).* »⁸

Alors qu'une prématurité est dite « *spontanée* » quand « *le travail débute avant le terme de la grossesse. On ne connaît pas toujours les raisons à l'origine de ce travail avant terme, mais elles peuvent être liées à un environnement infectieux. La rupture prématurée des membranes est également à l'origine de la prématurité spontanée.* » Elle représente 60% des accouchements prématurés.⁹

1.1.4 Facteurs de risque

Il existe de nombreux facteurs de risques à un accouchement prématuré comme « *les conditions socio-économiques défavorables, l'âge plus avancé des mères, le stress ou encore la consommation de tabac.* »¹⁰

La prématurité peut être également causée par « *les antécédents obstétricaux de la mère, les antécédents d'interruption volontaire de grossesse, la primiparité et une surveillance prénatale insuffisante* ». ¹¹

⁸ INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Prématurité, ces bébés qui arrivent trop tôt [en ligne]. (INSERM), mis à jour le 01/12/2015 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite> >

⁹ DEPARTEMENTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES. Prématurité. La définition de la prématurité [en ligne]. 2013 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <http://www.dhu-risques-grossesse.org/fr/thematiques/prematurite> >

¹⁰ DEPARTEMENTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES. Prématurité. La définition de la prématurité [en ligne]. 2013 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <http://www.dhu-risques-grossesse.org/fr/thematiques/prematurite> >

¹¹ L. Foix-L'Hélias, P.-Y. Ancel, B. Blondeel. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. *Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite* [en ligne], 08/03/2008, (vol. 29), n°1, page 55, [Consulté le 23/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.em-consulte.com/article/113917/resume/facteurs-de-risque-de-prematurite-en-france-et-com> >

1.1.5 Conséquences de la prématurité

Selon l'Etude Epidémiologique sur les petits âges gestationnels (Epiage 2), les conséquences de la prématurité à court terme sont la mortalité néonatale qui « *concerne plus de 10% des enfants grands prématurés, 2-3% des prématurés modérés et 0,5-1% des enfants nés à 34-36 semaines contre moins de 2 enfants pour 1000 nés à terme.* »¹²

Sur le long terme, les conséquences peuvent être « *le handicap moteur et la déficience intellectuelle.* »¹³

1.1.6 Service de Néonatalogie

Les nouveau-nés prématurés ont souvent besoin d'une surveillance accrue ou de soins car leurs systèmes sont immatures. Leurs systèmes nerveux central, pulmonaire, cardio-respiratoire, digestif, hépatique par exemple sont immatures et requièrent parfois des assistances.

La prise en charge des prématurés dépend de leur stade de prématurité. Par exemple, « *les prématurés extrêmes et les grands prématurés sont accueillis en service de réanimation néonatale où ils reçoivent les soins nécessaires et adaptés [...]. Ils sont ensuite orientés vers les soins intensifs, puis en service de néonatalogie quand leur état de santé est stable.* »¹⁴

¹² SOCIETE FRANCAISE DE NEONATALOGIE. Carte des maternités [en ligne]. 04/07/2016 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <https://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/carte-des-maternites-type-i-ii-iii-2> >

¹³ SOCIETE FRANCAISE DE NEONATALOGIE. Carte des maternités [en ligne]. 04/07/2016 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <https://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/carte-des-maternites-type-i-ii-iii-2> >

¹⁴ INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Prématurité, ces bébés qui arrivent trop tôt [en ligne]. (INSERM), mis à jour le 01/12/2015 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite> >

Il existe trois types de maternité :

- Type I : unité obstétrique avec prise en charge de grossesses normales.
- Type II : unité obstétrique avec unité de néonatalogie. Elle prend en soins des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés qui ont besoin d'une surveillance rapprochée sans réanimation :
 - Niveau IIa et IIb : unité de néonatalogie ayant des lits de soins intensifs, de néonatalogie. Elle assure une surveillance rapprochée et prise en charge de pathologies modérées.
- Type III : unité obstétrique, unité de néonatalogie et réanimation néonatale. Elle peut prendre en soins des grossesses à risques et des nouveau-nés ayant des détresses graves ou des pathologies plus lourdes.¹⁵

Les nouveau-nés prématurés sont donc parfois redirigés vers des unités de soins de néonatalogie plus adaptées à leurs besoins. Ils seront donc séparés de leurs parents.

Selon Anthony Cloux, l'environnement d'un service de Néonatalogie peut impressionner les parents notamment à cause des machines, sondes, incubateurs... Celui-ci va être une source d'angoisse pour les parents pendant le séjour mais également à la sortie car les enfants ne seront plus sous surveillance rapprochée.¹⁶

La prise en soins de ces nouveau-nés va donc limiter la relation parents – enfants. Les parents peuvent alors avoir le sentiment d'être dépossédés de leur rôle de parent. C'est pourquoi nous allons développer ce concept de parentalité.

¹⁵ SOCIETE FRANCAISE DE NEONATALOGIE. Carte des maternités [en ligne]. 04/07/2016 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <https://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/carte-des-maternites-type-i-ii-iii-2> >

¹⁶Anthony Cloux. Des lieux d'accueil atypiques, *Métiers de la petite enfance – Eveil et développement de l'enfant*, Avril-Mai 2020, N° 280-281, p32-35.

1.2 La parentalité

1.2.1 Législation

La notion juridique qui correspond à la parentalité est la notion d'autorité parentale. Celle-ci se retrouve dans le code civil, article 371-1 « *L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.* »¹⁷

Législativement, être parent, nous rend responsable de l'enfant que ce soit pour son bien-être mais aussi pour satisfaire tous ses besoins.

1.2.2 Définition

Être parent ne signifie pas simplement le fait de concevoir un enfant. C'est un concept psychologique qui apparaît aussi dans le langage juridique. Il a évolué ces dernières années avec les nouvelles familles possibles (familles recomposées, adoption, homoparentalité, procréation médicalement assistée, ...).¹⁸

La parentalité se définit tout d'abord en 1980 comme « *la qualité de parent, de père, de mère* ». ¹⁹ Ce concept se définit sous différents domaines.

Du point de vue psychanalytique, la parentalité correspond à un processus développemental psycho-affectif ou plus précisément à « *l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant à trois niveaux : le corps (soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique* ». ²⁰

La parentalité serait alors le développement psycho-affectif qui permettrait aux parents d'assurer les besoins de leur enfant.

¹⁷ LEGIFRANCE. *De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant*. Code Civil – Article 371-1, modifié par LOI n°2019-721 du 10 Juillet 2019 – Art. 1. Disponible sur : < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038749626&cidTexte=LEGITEX T000006070721&dateTexte=20190712> >

¹⁸ Rémy Barbe. *Psychothérapies. Parentalités* [en ligne], 2012, (vol. 32), pages 1 à 2, [Consulté le 27/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2012-1-page-1.htm> >

¹⁹ CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MERE-ENFANT SAINTE-JUSTINE. *Accompagnement des parents dans les unités néonatales* [en ligne]. Février 2014 (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : < <https://www.chusi.org/getmedia/be33f93a-72c8-4659-a735-cb2021b97a9d/Accompagnement-des-parents-dans-les-unites-neonatales.pdf.aspx> >

²⁰ IBID

Selon Didier Houzel et son groupe de travail et de recherche, la parentalité est un concept qui est construit autour de trois axes :

- « *L'axe de l'exercice de la parentalité, qui se rapproche du domaine juridique puisqu'il regroupe l'ensemble des droits et des devoirs qui se rattachent à la fonction parentale et à la filiation ; à titre d'exemples on peut citer l'autorité parentale ou encore la transmission du nom.*
- *L'axe de l'expérience de la parentalité, qui concerne le vécu subjectif conscient et inconscient de devenir parent et de remplir les rôles parentaux qui est concerné.*
- *L'axe de la pratique de la parentalité, qui est constitué par l'ensemble des soins quotidiens, psychiques ou physiques, que les parents doivent accomplir auprès de leur enfant. »²¹*

La parentalité est donc un concept qui est encadré par des droits et des devoirs (ce qui correspond à la responsabilité parentale), une expérience (qui rend compte des décalages entre le bébé imaginaire et le bébé réel) et une pratique (soins quotidiens) qui permettent aux adultes de devenir parents et de satisfaire les besoins de leur enfant.²²

Cette expérience et la pratique de la parentalité peuvent être altérées en service de Néonatalogie avec les nouveau-nés prématurés. En effet, les parents ne peuvent plus subvenir à tous les besoins de leur enfant. Les nouveau-nés ont besoin d'une surveillance médicale plus rapprochée et parfois des traitements qui peuvent être invasifs.

Les parents peuvent alors se sentir impuissants et avoir l'impression de ne plus posséder leur rôle parental. Ils peuvent également faire face à de la culpabilité à la suite de l'hospitalisation de leur enfant.²³

²¹ Rémy Barbe. Psychothérapies. *Parentalités* [en ligne], 2012, (vol. 32), pages 1 à 2, [Consulté le 27/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2012-1-page-1.htm> >

²² Cathernie Sellenet. « Parentalité », *Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition) ins Monique Formarier, Association de Recherche en Soins Infirmiers*, 2012, p231-232.

²³ Isabelle Conti. La communication avec le bébé à l'hôpital, *Revue Soins Pédiatrie/Puériculture*, Mai-Juin 2014, n°278.

La grossesse fait aussi partie du processus de parentalité. En effet, selon Anthony Cloux, la grossesse est une période importante pour les futurs parents dans la mise en place de l'accueil de leur enfant. Cette période permet de « *s'imaginer l'enfant, de lui accorder une place et de s'y attacher bien avant la grossesse, dès que le couple envisage un enfant* ». Une naissance prématurée pourrait bouleverser ce processus. C'est pourquoi il est important de les accompagner et de les rassurer dans leur parentalité.²⁴

Selon Anthony Cloux, « *les mères privilégieraient les stratégies de coping centrées sur les émotions* ». Elles font face à cette hospitalisation en cherchant un soutien moral dans leur entourage qui leur permettra d'exprimer leurs vécus, affects et souffrances.

Selon son étude, les mères se poseraient davantage de questions sur les causes de cet accouchement prématuré et culpabiliseraient à ce sujet. Il est donc important d'expliquer les raisons de l'accouchement prématuré aux parents et ainsi les déresponsabiliser.²⁵

Les pères, selon cette étude, auraient un rôle majeur dans la transmission d'informations à la mère qui est hospitalisée en maternité. Ils vont faire des liens entre les soignants et les mères. Ils sont plus dans la recherche d'informations et de supports auprès des soignants. Ils sont plus centrés sur le problème.²⁶

Le rôle des soignants comprend les soins aux nouveau-nés prématurés mais aussi l'accompagnement et le soutien des parents dans les soins à leur enfant pour favoriser le lien entre l'enfant et ses parents. C'est le lien d'attachement.

²⁴ Anthony Cloux. Des lieux d'accueil atypiques, *Métiers de la petite enfance – Eveil et développement de l'enfant*, Avril-Mai 2020, N° 280-281, p32-35.

²⁵ Anthony Cloux. Des lieux d'accueil atypiques, *Métiers de la petite enfance – Eveil et développement de l'enfant*, Avril-Mai 2020, N° 280-281, p32-35.

²⁶ IBID

1.3 Le lien d'attachement

1.3.1 Définition

L'attachement selon Bowlby est un « *besoin primaire* » qui est inné chez le nouveau-né. Il explique que l'enfant est en capacité de se faire comprendre par sa figure d'attachement ou la proximité de l'adulte pour qu'il puisse répondre à ses besoins.²⁷

Mary Ainsworth a défini les trois formes d'attachements possibles. En effet, il existe l'attachement dit « *sécure* », « *l'attachement insécure évitant* » et enfin « *l'attachement insécure ambivalent* ».

L'attachement est sécure quand la figure d'attachement répond quotidiennement aux besoins de l'enfant. Elle est disponible pour lui et répond avec amour quand il en a besoin.²⁸

L'attachement permet « *la survie de l'espèce : il donne une protection physique au bébé, il contribue à sa régulation physiologique et à la régulation de ses émotions négatives comme la peur, la colère ou la tristesse.* » En effet, selon Winnicott, le bébé ne peut pas exister seul. Il dépend d'une personne adulte pour subvenir à ses besoins.²⁹

Les personnes qui s'occupent du nouveau-né les premiers mois de sa vie (parents, substituts parentaux, grand-parents, ...) deviennent progressivement des figures d'attachement. Cette figure d'attachement se construit progressivement sur neuf mois (si les parents sont séparés de l'enfant quelques jours voire semaines, cela ne va pas perturber le développement de l'attachement). Le « *caregiving* » se définit comme un « *système d'alerte aux besoins des autres* ». Le parent a pour objectif principal, en terme de « *caregiving* », de protéger l'enfant et de se rapprocher de lui. Mais il a aussi pour objectif de répondre aux besoins de l'enfant pour qu'il se sente en sécurité, réconforté et autonome.³⁰

²⁷ Anne-Marie Mottaz, Agnès Pyz. « Attachement ». *Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition) ins Monique Formarier, Association de recherche en soins infirmiers*, 2012, p79-81.

²⁸ IBID

²⁹ Nicole Guédeney, Violaine Beckechi, Anne-Sophie Mintz, Anne-Lise Saive. Devenir. *L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 9 à 34, [Consulté le 27/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-9.htm> >

³⁰ NICOLE GUEDENEY. L'attachement un lien vital [en ligne]. 2007 (Consulté le 05/01/2020). Disponible sur : < https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/TA_Lattachement_un_lien_vital_WEB.pdf >

Ce processus d'attachement contribue à la régulation du fonctionnement psychophysiologique de l'enfant, plus particulièrement sur le système du stress. Il aide aussi à développer les compétences personnelles de l'enfant.³¹

Il existe quatre phases au processus du lien d'attachement. La première dure du premier jour de vie à trois mois. Le nouveau-né est dépendant de son environnement et des personnes adultes. Il va avoir des préférences discrètes pour des caractéristiques d'origine prénatale comme la voix et l'odeur de sa mère.³²

La deuxième se déroule entre trois et six mois. L'enfant se développe et commence à contrôler les systèmes de comportement. Il est capable de différencier les personnes qui lui sont familières des étrangers. Il développe des comportements de recherche de proximité : sourire social sélectif (entre trois et quatre mois), continuité des cris qui favorisent le rapprochement de l'adulte, il réclame la mère qui quitte la pièce (vers quatre-cinq mois).³³

La troisième phase se déroule donc entre six et neuf mois et elle dure jusqu'au début de la troisième année. Elle est marquée par des changements dans les capacités de l'enfant : motrices, cognitives et de communication. Ces capacités lui permettent de gérer la distance entre lui-même et sa figure d'attachement. Il différencie ses figures d'attachement des autres personnes et réagit de différentes manières face à elles.³⁴

La quatrième phase, le partenariat émergent, débute après ses deux ans. L'enfant peut négocier avec l'adulte pour un plan partagé, pour obtenir ou maintenir une proximité avec lui. Un partenariat corrigé commence après ses quatre ans. Il commence à anticiper et à planifier des comportements. Le développement du langage permet aussi de comprendre les sentiments, attitudes et désirs des autres et de lui-même. Il arrive à différencier ses propres sentiments de ceux de la figure d'attachement.³⁵

³¹ NICOLE GUEDENEY. L'attachement un lien vital [en ligne]. 2007 (Consulté le 05/01/2020). Disponible sur : < https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/TA_Lattachement_un_lien_vital_WEB.pdf >

³² IBID

³³ IBID

³⁴ IBID

³⁵ IBID

Le lien d'attachement paraît plus difficile à débiter en cas de naissance prématurée. Selon Paul Orly, « *La séparation obligatoire de l'enfant avec ses parents empêche les premiers liens de se créer.* »³⁶

Les soignants auront donc pour rôle d'accompagner les parents à devenir les parents de leur enfant. Ils deviennent alors « *partenaires* » des soins. Ils peuvent aider les parents à exprimer leur « *caregiving* » et à comprendre, détecter les besoins d'attachement de l'enfant afin d'y répondre le plus adéquatement possible.³⁷

Parfois, l'hospitalisation en réanimation des nouveau-nés peut empêcher les parents d'avoir leur rôle de protection. « *Elle peut empêcher physiquement la mère d'y pourvoir mais aussi, lui faire ressentir qu'elle est peu utile au maintien en vie de l'enfant.* »³⁸

Mais cette période est aussi difficile pour les parents car ils doivent faire face à un environnement stressant qui peut amener à des peurs comme la peur de la mort ou des handicaps futurs par exemple.³⁹

Naturellement, la préoccupation première pour l'enfant est celle de la mère qui s'occupe de lui. Or, dans le cas où l'enfant est hospitalisé en Néonatalogie, la préoccupation primaire devient médicale.⁴⁰ En effet, la présence constante des soignants autour de l'enfant rend les parents dépendants à l'indispensable équipe médicale. Toutes ces contraintes peuvent entraîner des troubles de l'attachement.

³⁶ PAUL ORLY. L'accueil des parents en néonatalogie : apprendre une activité « banale » [en ligne]. 2017 (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : < <https://www.erudit.org/fr/revues/phro/2017-v6-n3-phro03140/1040624ar.pdf> >

³⁷ NICOLE GUÉDENEY. L'attachement un lien vital [en ligne]. 2007 (Consulté le 05/01/2020). Disponible sur : < https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/TA_Lattachement_un_lien_vital_WEB.pdf >

³⁸ Nicole Guédeney, Violaine Beckechi, Anne-Sophie Mintz, Anne-Lise Saive. Devenir. *L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 9 à 34, [Consulté le 27/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-9.htm> >

³⁹ M. Tombeur, E. Lempereur, Marie-Paule Durieux. Cahiers de psychologie clinique. *Le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé* [en ligne], 2007, n°28, pages 221 à 238, [Consulté le 29/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-221.htm> >

⁴⁰ IBID

Les parents peuvent avoir des difficultés à trouver leur place auprès de l'enfant mais aussi dans le service. Ce sont les soignants qui vont permettre aux parents de « *s'approprier pleinement leur rôle de parents au sein du centre néonatal* ». ⁴¹

1.4 L'intégration des parents dans les soins

Il est important d'intégrer au plus vite les parents dans les soins aux nouveau-nés prématurés car cela permet un meilleur développement pour le nouveau-né et ce qui favorise le lien d'attachement entre les parents et l'enfant.

1.4.1 Définition de la notion d'intégration

Je me suis rendue compte au fur et à mesure de la conception de mon cadre théorique que le terme d'intégration ne correspondait pas à ce que je pensais. En effet, le terme intégration correspond selon Durkheim à « *un groupe, ou une société, est intégré quand ses membres se sentent liés les uns aux autres par des valeurs, des objectifs communs, le sentiment de participer à un même ensemble sans cesse renforcé par des interactions régulières* ». ⁴² Ce terme ne correspond donc pas à cette participation des parents aux soins infirmiers.

Durant mes recherches, j'ai identifié des termes qui pourraient correspondre à la situation.

L'inclusion est l'un des termes retrouvés dans certains documents. Il signifie selon le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale « *l'action d'inclure quelque chose dans un tout ainsi que le résultat de cette action* ». ⁴³ Cette notion d'inclusion concerne les secteurs économiques, sociaux, culturels et politiques de la société. Ce terme ne correspond donc pas à ce que je recherche.

⁴¹ M. Tombeur, E. Lempereur, Marie-Paule Durieux. Cahiers de psychologie clinique. *Le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé* [en ligne], 2007, n°28, pages 221 à 238, [Consulté le 29/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-221.htm> >

⁴² CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET L'EXCLUSION SOCIALE. Insertion sociale, intégration sociale [en ligne]. 19 Septembre 2014 (Consulté le 05/02/2020). Disponible sur : < <https://www.cnle.gouv.fr/insertion-sociale-integration.html> >

⁴³ CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET L'EXCLUSION SOCIALE. Inclusion sociale [en ligne]. 19 Septembre 2014 (Consulté le 05/02/2020). Disponible sur : < <https://www.cnle.gouv.fr/inclusion-sociale.html> >

L'accompagnement est l'un des concepts que j'ai pu retrouver également lors de mes recherches. Selon Paul « *l'accompagnement constitue une posture spécifique au centre d'actions déterminées par des pratiques définies. Ainsi, la notion d'accompagnement fédère un ensemble de pratiques qui lui sont co-existantes : counselling, coaching, mentoring, tutorat, parrainage, compagnonnage* ». ⁴⁴ L'accompagnement serait donc une méthode pour aider la personne, la soutenir tout en gardant une posture éthique et réflexive, puisqu'elle va favoriser l'autonomie de la personne.

Le partenariat apparaît en sciences infirmières comme « *l'association d'une personne, de ses proches, des infirmières, qui reconnaissent leurs expertises et leurs ressources réciproques dans la prise de décision par consensus visant la réalisation du projet de vie de la personne. Le partenariat s'actualise par l'appropriation de compétences nécessaires menant à l'autodétermination de chacun.* » ⁴⁵ Le partenariat est donc un processus qui se met en place par le soignant et le parent volontaire et informé. Il respecte l'autonomie (du parent), le partage du processus de décision (négociation des modalités du soin, rythme du parent), le partage du pouvoir (place du parent et du soignant dans le soin) et de la relation (relation de triade entre parent-soignant-enfant).

Ce terme semble correspondre à cette « intégration » que je voulais exprimer. En effet, par un partage de savoirs, une bonne organisation, une négociation, le partenariat permet aux parents de pouvoir prendre place dans la prise en soins de l'enfant.

La collaboration est à différencier du partenariat. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit la collaboration comme la « *Participation à l'élaboration d'une œuvre commune* ». ⁴⁶ Ce terme signifie donc plutôt une association de plusieurs personnes qui ont pour but de réaliser une action commune.

⁴⁴ Anne-Marie Mottaz. « Accompagnement ». *Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition) ins Monique Formarier, Association de recherche en soins infirmiers, 2012, p42-43.*

⁴⁵ Fabienne Teike-Lüthi, Serge Galant. « Partenariat ». *Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition) ins Monique Formarier, Association de recherche en soins infirmiers, 2012, p234-235.*

⁴⁶ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. Collaboration [en ligne]. 2012 (Consulté le 05/02/2020). Disponible sur : < <https://www.cnrtl.fr/definition/collaboration> >

Mes recherches m'ont donc permis de trouver le concept qui correspond le mieux au sujet que je voulais traiter : le partenariat.

1.4.2 Cadre législatif en lien avec ce concept

La participation des parents aux soins est étroitement liée à la Charte de l'Enfant Hospitalisé qui fait état des droits de l'enfant.⁴⁷ Cette charte écrite en 1988 par des associations Enfants à l'Hôpital, expose les droits des enfants hospitalisés :

« [...] 3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'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.

4. 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 essaie de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

5. Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. [...]

8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille [...] ».⁴⁸

Les parents doivent donc faire partie intégrante des soins et des décisions concernant leur enfant. Mais les soignants doivent pouvoir leur apporter toutes les informations nécessaires à la prise en soins de leur enfant. Les soignants ont également un rôle de soutien psychologique et émotionnel auprès des parents et de l'enfant.

⁴⁷ Isabelle Conti. La communication avec le bébé à l'hôpital, *Revue Soins Pédiatrie/Puériculture*, Mai-Juin 2014, n°278.

⁴⁸ SPARADRAP. Charte Européenne des droits de l'enfant hospitalisé [en ligne]. 2018 (Consulté le 07/02/2020). Disponible sur : < https://www.sparadrap.org/system/files/inline-files/Charte%20enfant%20hospitalise2017_2018.pdf >

Par ailleurs, il existe une circulaire qui précise cette implication dans les soins. Selon la circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 « *Les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas gênant* ». ⁴⁹ La Haute Autorité en Santé précise, en 2000 dans le Guide Enjeux et Spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissements de santé, que « *Le ou les parents peuvent participer si le parent est bien préparé ou volontaire* ». ⁵⁰

Il faut donc inclure les parents dans nos soins s'ils ont eu une explication éclairée des soins, de leur rôle et s'ils sont consentants à cette participation.

1.4.3 Méthodes de soins en lien avec ce partenariat

Il existe des méthodes qui permettent de favoriser l'implication des parents dans les soins aux nouveaux nés prématurés.

La méthode NIDCAP (programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement) est une pratique qui vise à centrer les soins sur la famille. Elle comprend une « *observation du bébé et de ses comportements de stress mais aussi de bien-être face aux soins* ». ⁵¹ Les parents sont alors invités à observer et à participer à cette prise en soins.

Par exemple, lors de soins au nouveau-né, les parents préviennent l'équipe lorsque l'enfant est éveillé afin de favoriser ces moments pour prodiguer les soins. La professeure Als, déjà en 1994, déclarait que cette méthode permettait de « *proposer des soins individualisés et centrés sur la famille où les parents sont considérés comme les corégulateurs essentiels de l'enfant, et deviennent ainsi des partenaires de l'équipe soignante et non plus de simples visiteurs* ». ⁵²

⁴⁹ Isabelle Conti. La communication avec le bébé à l'hôpital, *Revue Soins Pédiatrie/Puériculture*, Mai-Juin 2014, n°278.

⁵⁰ IBID

⁵¹ Charlotte Casper. Devenir. *La place des parents en néonatalogie : introduction* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 5 à 7, [Consulté le 29/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-5.htm> >

⁵² Isabelle Glorieux, Nathalie Montjoux, Marie-Claude Bloom, Charlotte Casper. Devenir. *Quelles sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 45 à 53, [Consulté le 08/02/2020]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-45.htm#> >

La méthode NIDCAP propose des soins de développement adaptés aux réactions comportementales du nouveau-né :

- « *Instaurer un environnement calme, reposant et exempt de toute sur-stimulation*
- *Favoriser en permanence le positionnement physiologique et confortable de l'enfant né prématuré.*
- *Cela consiste aussi à un respect du rythme du bébé en favorisant un maximum de sommeil ininterrompu, en soutenant et aidant le nouveau-né à effectuer les transitions entre les différents stades de veille-sommeil. C'est aussi le respect de son rythme alimentaire en fonction de ses capacités et de ses besoins.*
- *La famille a une place prépondérante dans les soins donnés à leur enfant : un travail a été nécessaire pour l'accueillir et lui donner la place de partenaire dans les soins. »⁵³*

Les stratégies environnementales et comportementales à adopter auprès de l'enfant sont également définies par ce programme :

- « *Réduction des stimuli nocifs ;*
- *Diminution globale du niveau lumineux, création d'un cycle jour nuit ;*
- *Diminution du bruit lié au matériel et au personnel ;*
- *Diminution des manipulations, regroupement des soins ;*
- *Limitation des procédures douloureuses diagnostiques ou thérapeutiques à celles qui influencent réellement sur l'état de santé. »⁵⁴*

Le projet NIDCAP permet aux soignants et aux parents de déceler et interpréter les comportements du nouveau-né.

Il existe aussi la méthode COPE (Creating Opportunities for Parents Empowerment), qui est un programme d'éducation pour les parents comprenant « *la participation des parents aux soins, l'établissement de la relation parent-enfant durant le séjour et de la satisfaction des besoins de leur enfant* ». ⁵⁵

⁵³ PR PICAUD, PR CAMBONIE. Soins de développement en Néonatalogie. Guide pratique à l'attention des soignants [en ligne]. 2015 (Consulté le 08/02/2020). Disponible sur : < https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/DO_445_PUBLICATION_L_GIRARD.pdf >

⁵⁴ IBID

⁵⁵ CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MERE-ENFANT SAINTE-JUSTINE. Accompagnement des parents dans les unités néonatales [en ligne]. Février 2014 (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : <

Cette méthode « se définit comme une approche innovante pour organiser, réaliser et évaluer les soins, développée pour un partenariat et un bénéfice mutuel entre patients, familles et soignants. »⁵⁶ C'est donc un moyen pour associer les parents aux soins, pour réaliser des soins adaptés aux nouveau-nés prématurés et pour installer un lien d'attachement entre les parents et l'enfant. Le Docteur Melnyk, en 2006, explique que « Dans les unités utilisant ce programme, on a pu mettre en évidence une réduction du stress maternel pendant le séjour en unité de soins intensifs ainsi qu'une réduction significative du score de dépression et d'anxiété maternelle ». Elle indique aussi qu'il existe de meilleures interactions entre la mère et l'enfant, que l'assurance parentale et la connaissance des besoins de l'enfant par ses parents sont également plus importants.⁵⁷

L'Association Sparadrapp (association pour les enfants malades et hospitalisés) a créé des outils permettant d'expliquer aux parents leur rôle pendant les soins. Ces outils peuvent être alors proposés aux parents lors de l'hospitalisation de leur enfant.⁵⁸

Les soignants, pour favoriser l'inclusion des parents dans les soins, proposent aux parents de pratiquer le peau-à-peau. Depuis 1991, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande le peau-à-peau entre le nouveau-né et ses parents. Il fait ainsi partie des recommandations françaises depuis 2002. Ce processus de peau-à-peau est à mettre en valeur auprès des parents car il a beaucoup de bénéfices. En effet, il permet de favoriser le lien d'attachement entre les parents et l'enfant et de faciliter le début de l'allaitement. En peau-à-peau, la température entre la poitrine de la mère et le nouveau-né augmente, la mère réchauffe ainsi son enfant. Il permet également de favoriser une meilleure organisation motrice de l'enfant et une meilleure organisation du sommeil à cinq heures de vie. Il peut aussi diminuer le nombre d'heures nécessaire pour la photothérapie en cas d'ictère du nouveau-né. Il réduit les manifestations douloureuses chez le nouveau-né.

<https://www.chusj.org/getmedia/be33f93a-72c8-4659-a735-cb2021b97a9d/Accompagnement-des-parents-dans-les-unites-neonatales.pdf.aspx> >

⁵⁶ IBID

⁵⁷ Isabelle Glorieux, Nathalie Montjaux, Marie-Claude Bloom, Charlotte Casper. Devenir. *Quelles sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 45 à 53, [Consulté le 08/02/2020]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-45.htm#> >

⁵⁸ Isabelle Conti. La communication avec le bébé à l'hôpital, *Revue Soins Pédiatrie/Puériculture*, Mai-Juin 2014, n°278.

Le peau-à-peau influence positivement les interactions entre la mère et l'enfant, un développement mental et cognitif ainsi que l'organisation de son sommeil jusqu'à ses dix ans.⁵⁹

L'inclusion des parents dans les soins a donc des effets positifs sur le devenir développemental et psychique de l'enfant. Selon le Professeur Jotzo, les parents à la suite de cet accouchement prématuré sont en stress post-traumatique. Ce stress se définit en général par « *la perte du rôle parental, l'aspect et le comportement de leur bébé* ». Plusieurs études ont été menées et ont prouvé l'importance d'humaniser l'environnement de l'enfant où les parents peuvent être présents auprès de leur enfant. Selon ces études, les parents ont exprimé le besoin d'établir une relation de confiance avec le personnel, d'avoir des informations sur la santé de leur enfant, d'être inclus dans les soins et dans les prises de décisions concernant leur nouveau-né.⁶⁰

Le soignant doit s'adapter au rythme du parent et négocier avec lui les différentes participations aux soins. Il doit s'assurer de la bonne compréhension des informations, il doit également rassurer sur l'environnement qui peut être stressant pour le parent. Ces méthodes permettent au parent de développer ses compétences parentales.⁶¹

Le partenariat soignant-parent permettrait donc aux parents de se sentir informés et plus en confiance dans leurs compétences parentales. Ils comprendraient alors mieux le comportement et les besoins de leur enfant. Grâce à ces méthodes, le taux d'allaitement maternel augmente alors que le taux de dépression diminue.

⁵⁹ LAURENCE GIRARD. Peau à peau... Et vous, dans votre équipe, vous en êtes où ? [en ligne]. 2015 (Consulté le 08/02/2020). Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/DO_445_PUBLICATION_L_GIRARD.pdf>

⁶⁰ Isabelle Glorieux, Nathalie Montjaux, Marie-Claude Bloom, Charlotte Casper. Devenir. *Quelles sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 45 à 53, [Consulté le 08/02/2020]. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-45.htm#>>

⁶¹ M. Tombeur, E. Lempereur, Marie-Paule Durieux. Cahiers de psychologie clinique. *Le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé* [en ligne], 2007, n°28, pages 221 à 238, [Consulté le 29/12/2019]. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-221.htm>>

« Cette implication permet aussi une amélioration du vécu parental de l'hospitalisation, une réduction du stress, une amélioration des interactions parents-enfant, un retour plus précoce et plus serein à domicile ». ⁶²

Comme dans toutes les situations de soins, il existe des limites. Nous allons donc voir quelles sont celles-ci.

1.4.4 Les limites de ce partenariat

Comme nous avons pu le constater auparavant, ce partenariat nécessite certaines conditions qui doivent être respectées. Cette démarche peut prendre du temps, de la réflexion et de l'organisation. De plus, elle implique que l'infirmière puéricultrice soit disponible et souhaite partager cette expérience avec le parent. Elle doit pouvoir prendre le temps de superviser et de soutenir le parent. ⁶³

Cette organisation peut demander un effort réel des soignants mais permet aux enfants de se sentir en sécurité et ainsi favoriser la construction du lien d'attachement. ⁶⁴

Il est donc important de favoriser les contacts corporels et affectueux. Les soins « kangourou » ou « peau-à-peau » permettent d'entretenir le lien parent-enfant. Inclure les parents comme partenaires de la prise en soins de leur enfant et assurer un réconfort aux parents durant leur séjour en Néonatalogie sont des points essentiels pour assurer leur rôle parental et le lien d'attachement avec leur enfant.

⁶² Isabelle Glorieux, Nathalie Montjoux, Marie-Claude Bloom, Charlotte Casper. Devenir. *Quelles sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 45 à 53, [Consulté le 08/02/2020]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-45.htm#> >

⁶³ CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MERE-ENFANT SAINTE-JUSTINE. Accompagnement des parents dans les unités néonatales [en ligne]. Février 2014 (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : < <https://www.chusj.org/getmedia/be33f93a-72c8-4659-a735-cb2021b97a9d/Accompagnement-des-parents-dans-les-unites-neonatales.pdf.aspx> >

⁶⁴ Sarra Mougel, Catherine Devoldère, La famille au cœur des soins. *Revue Soins Pédiatrie/Puéricultrice*, Mars Avril 2014, p14-18.

2. Problématique et hypothèse

2.1 Introduction

Le thème de mon mémoire est « l'intégration des parents par la puéricultrice dans les soins au nouveau-né ». Le sujet traite de la question de recherche suivante : « en quoi l'intégration par la puéricultrice des parents impacte la prise en soin du nouveau-né ? ».

Tout d'abord, j'ai effectué des recherches sur différents mots clés. Ainsi j'ai souhaité définir la prématurité. Un nouveau-né est considéré comme prématuré s'il naît avant 37 semaines d'aménorrhée. Il existe différents niveaux de prématurité qui vont induire plus ou moins une hospitalisation en service de Néonatalogie. Ces services de Néonatalogie sont des services spécialisés dans les soins aux nouveau-nés prématurés. La nécessité de soins plus ou moins invasifs peut entraîner chez le parent un sentiment d'impuissance et perte de son rôle de parent.

C'est pourquoi, dans une seconde partie, j'ai développé le concept de parentalité. Ce terme signifie des droits et des devoirs, une expérience et une pratique qui permettent aux adultes de devenir parents et ainsi de devenir responsable de la sécurité et de la satisfaction des besoins de leur enfant.

La prématurité et l'hospitalisation dans un service de soins peuvent entraîner une altération du lien d'attachement entre le parent et son enfant. J'ai donc réalisé une troisième partie sur le lien d'attachement. Ce lien débute dès la conception de l'enfant. Celui-ci est nécessaire et indispensable à l'enfant pour lui permettre de se développer en toute sécurité, réconforté et dans le respect de son autonomie.

Cependant, l'association de la peur des parents, des contraintes médicales et de l'environnement stressant peuvent parfois compliquer la création de ce lien d'attachement. Il est donc indispensable pour les soignants de rassurer les parents et de les intégrer dans leurs soins. C'est pourquoi, j'ai voulu réaliser une dernière partie sur l'intégration des parents dans les soins. Au fur et à mesure de mes recherches, j'ai réalisé que le terme d'intégration ne correspondait pas à ce que je souhaitais transmettre. Grâce à celles-ci, j'ai identifié le terme de partenariat. En effet, considérer les parents comme partenaires des soins est indispensable. Il faut, sous certaines conditions, inclure les parents dans les soins pour qu'ils puissent se réapproprier leur rôle de parent et ainsi consolider le lien d'attachement qui se crée entre l'enfant et le parent.

2.2 Question centrale de recherche et hypothèses

Je me suis alors posée d'autres questions :

- Comment passer de l'accompagnement des parents au partenariat puéricultrice-parents ?
- Quelles sont les pratiques que les puéricultrices mettent en place afin de favoriser ce partenariat ?

Ma question centrale de recherche est « *en quoi l'infirmière puéricultrice entreprenant un partenariat avec les parents en service de néonatalogie favorise le lien d'attachement entre les parents et le nouveau-né prématuré ?* »

A la suite de mon cadre théorique, j'ai pu identifier deux hypothèses :

- La puéricultrice met en place un partenariat avec les parents afin de les rassurer dans leur rôle parental.
- Le partenariat avec les parents et la puéricultrice inclut les parents dans la prise en soins de leur enfant.

3. Exploration de terrain

3.1 Choix de la population

Les entretiens se dérouleront dans un seul et même service de Néonatalogie de soins continus avec quatre puéricultrices. J'ai contacté la cadre du service par téléphone qui a ensuite demandé à voir la grille d'entretien et une explication de mon sujet. Elle a ensuite accepté que je passe mes entretiens au sein de son service. J'ai pu contacter l'équipe et voir avec celle-ci quand je pouvais appeler pour pouvoir pratiquer mes entretiens.

J'ai décidé de pratiquer des entretiens avec des puéricultrices aux expériences différentes. En effet, A. Anger indique que « *le chercheur interroge telle ou telle personne parce que cette personne possède telle caractéristique, parce qu'elle appartient à telle couche sociale, parce qu'elle a connue tel type d'expérience* ». ⁶⁵ J'ai donc choisi d'effectuer mes entretiens dans un service de Néonatalogie avec des puéricultrices d'expériences différentes, avec ou sans formation complémentaire.

En effet, la première puéricultrice est diplômée infirmière depuis 2013 et diplômée puéricultrice depuis 2014. Elle travaille depuis cinq ans dans le service de Néonatalogie. La deuxième puéricultrice est diplômée infirmière depuis 2001 et diplômée puéricultrice depuis 2013. Elle travaille dans le service de néonatalogie depuis 2017. Elle a également une expérience en tant que puéricultrice aux urgences pédiatriques. Elle a par ailleurs bénéficié de deux formations sur l'allaitement maternel et de la formation Initiatives Hôpital Ami des Bébé. La troisième puéricultrice travaille en néonatalogie depuis 2004. Elle a pu suivre des formations telles que la formation Initiative Hôpital Ami des Bébé, une formation sur les soins de développements et une formation Bullinger. Enfin, la dernière puéricultrice interrogée est diplômée infirmière depuis 2016 et diplômée puéricultrice depuis 2017. Elle travaille depuis lors en service de néonatalogie. Elle suit actuellement un diplôme universitaire en lactation humaine et elle a également suivi une formation Initiatives Hôpital Ami des Bébé.

Ces différentes expériences pourront montrer une plus grande connaissance des différentes pratiques mises en place dans le service.

⁶⁵ ART, LANGAGE, APPRENTISSAGE. Entretien ou questionnaire : quelle méthode de collecte de données pour son mémoire ? 2017 (Consulté le 20/06/2020). Disponible sur : < <https://arlap.hypotheses.org/8170> >

3.2 Présentation de l'outil exploratoire

Les entretiens menés seront semi-directifs avec une grille de questions réalisée au préalable (Cf. : Annexe 1).

Un entretien est « *une méthode de recherche et d'investigation* ». En effet, selon Quivy et L. Van Campenhout, « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles, ou non, leurs lectures de leurs propres expériences* ». ⁶⁶ L'entretien permet donc à l'interviewé et à l'interviewer de se confronter à leurs expériences et d'ainsi les interpréter avec leurs valeurs et connaissances.

Un entretien semi-directif selon Blanchet et Gotman, « *se caractérise par le fait qu'il laisse l'interviewer un espace assez large pour donner son point de vue. L'enquêteur pose des questions et laisse l'enquêté répondre en toute liberté. Le rôle de l'enquêteur dans ce type d'entretien est d'encourager l'informateur à parler et donner davantage d'informations sur la thématique de sa recherche. Les questions posées dans ce type d'entretien sont relativement ouvertes. L'enquêteur doit les recentrer afin de ne pas perdre de vue l'objectif qu'il s'est fixé.* » ⁶⁷ L'entretien semi-directif permet donc à l'interviewé de laisser exprimer son point de vue tout en ne s'éloignant pas de l'objectif fixé par les questions.

Cette grille d'entretien comporte des questions, des questions de relance et les objectifs de ces questions. Ce qui me permettra de faciliter l'analyse de mes entretiens mais également d'étayer les réponses des puéricultrices.

J'ai choisi de poser une question sur leur expérience, l'apport ou non de formations spécifiques afin d'observer si l'expérience ou les formations diffèrent la manière d'appréhender ce partenariat par les soignants.

J'ai ensuite interrogé sur les modalités d'accueil de l'enfant et de ses parents afin de voir ce que les puéricultrices mettent en place pour initier ce partenariat.

⁶⁶ ART, LANGAGE, APPRENTISSAGE. Entretien ou questionnaire : quelle méthode de collecte de données pour son mémoire ? 2017 (Consulté le 20/06/2020). Disponible sur : < <https://arlap.hypotheses.org/8170> >

⁶⁷ IBID

La question suivante porte sur les bénéfices de ce partenariat ainsi que sur les inconvénients identifiés par la puéricultrice.

Puis une question en lien avec les modalités d'inclusion des parents aux soins (évaluation des capacités à participer aux soins, informations données avant cette inclusion).

Enfin, j'ai décidé de poser une dernière question qui leur permet de s'exprimer librement sur le sujet, sur ce qui leur tient à cœur.

Cette grille d'entretien a été réalisée grâce à mon contexte théorique et les mots clés que j'ai pu retrouver lors de mes recherches. Mais elle est également en lien avec ma problématique afin de vérifier mon hypothèse.

A la suite de l'élaboration de cette grille, j'ai pu réaliser un entretien pour tester celle-ci. J'ai pu pratiquer cet entretien via une conversation téléphonique avec une infirmière ayant travaillé en Néonatalogie quelques années.

Les entretiens durent une vingtaine de minutes environ dans une pièce isolée, par téléphone. Au vue du contexte endémique et des règles de visites strictes, je n'ai pas pu réaliser mes entretiens en face à face.

3.3 Déroulement des rencontres avec les professionnels

J'ai contacté les puéricultrices par téléphone lors de leur poste de travail à des moments où elles étaient disponibles. J'ai demandé au début de l'entretien si les puéricultrices acceptaient de se faire enregistrer afin de réaliser ensuite une retranscription de mes entretiens (Cf. : Annexe 2). Je leur ai également exposé le thème de mon mémoire sans leur induire de réponses et j'ai commencé les entretiens.

Le premier entretien s'est déroulé pendant une vingtaine de minutes avec une difficulté : la puéricultrice devait retourner assez rapidement à ses soins. C'est pourquoi, son débit de paroles était rapide.

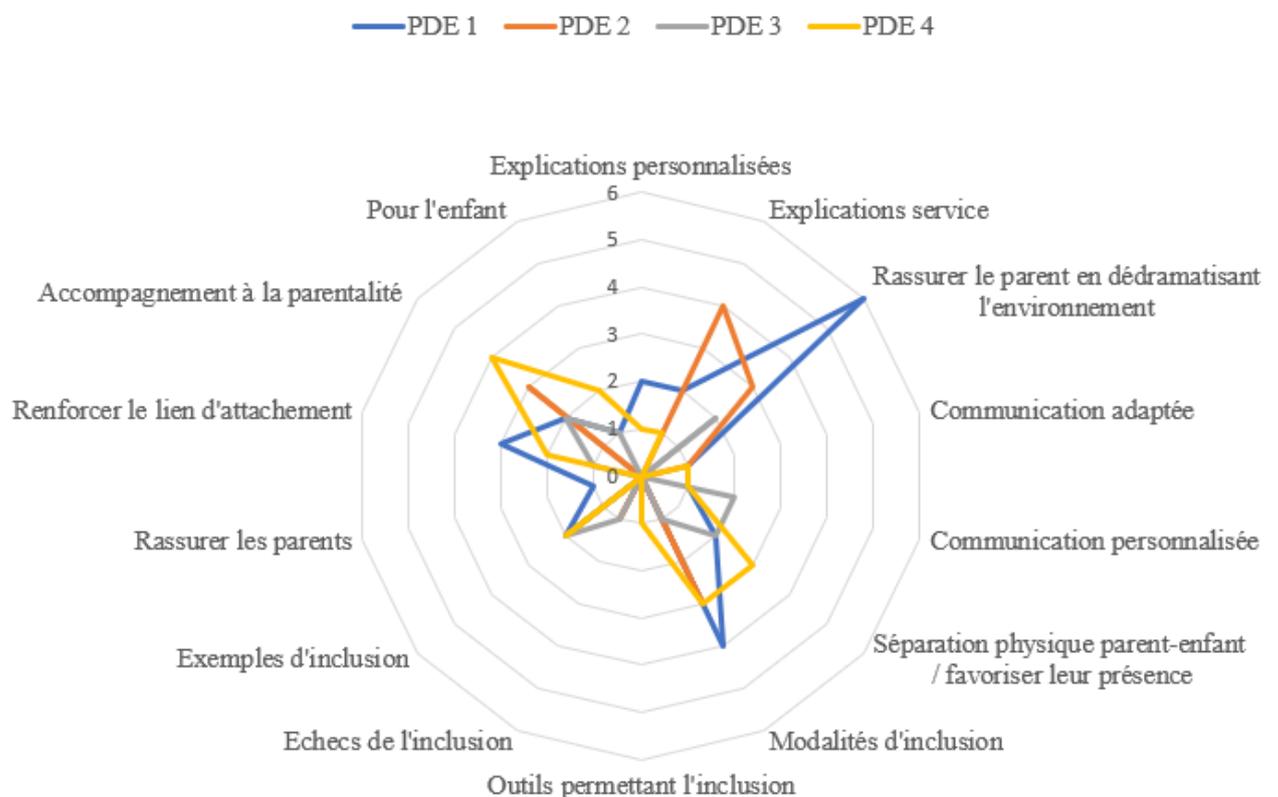
Le deuxième entretien a duré une quinzaine de minutes, la puéricultrice a eu plus de difficultés à trouver des réponses aux questions que je lui posais. Il y a donc eu des temps de réflexion et de pause durant celui-ci.

Le troisième entretien s’est réalisé en quinze minutes également, elle était intéressée par la thématique de mon mémoire et elle avait également des soins à procurer donc le débit de paroles était également assez rapide.

Le dernier entretien a duré une vingtaine de minutes, elle n’a pas eu de difficulté et était disponible pour répondre aux questions.

3.4 Résultats de l’exploration de terrain

J’ai représenté les résultats de l’enquête sous forme d’un radar comparant la fréquence des thématiques selon les quatre puéricultrices. Ce radar nous permet de relever les thématiques qui sont pour elles, importantes.



Graphique n°1 : Radar représentant la fréquence des thèmes de recherche abordés par les puéricultrices lors des entretiens.

La première question en lien avec la thématique de mon mémoire était « que mettez-vous en place à l’arrivée de l’enfant et des parents dans le service ? ».

A cette première question, la puéricultrice 1 a beaucoup insisté sur l’importance d’expliquer aux parents le service et l’installation de l’enfant.

Elle a également précisé que les informations données sont personnalisées selon la raison de l'hospitalisation. Elle a aussi précisé que l'environnement pouvait être impressionnant et très stressant pour les parents. En effet, elle explique « *Le scope est quelque chose d'assez important pour les parents, parce que quand on arrive et qu'on installe l'enfant avec pleins de fils partout, ils ont quand même assez peur, car c'est impressionnant. On leur montre ces fils-là ça montre ça au niveau du scope, là c'est son cœur, là c'est la respiration, ...* ». Elle a également précisé que ces explications devaient être adaptées et avec des mots simples pour que les parents puissent comprendre et retenir les informations qu'on leur donne.

La puéricultrice 2 a également précisé que la présentation du service était primordiale pour l'accueil des parents. Elle leur explique brièvement l'hospitalisation de leur enfant, son avenir, ce qu'on fait avec lui. Elle a, comme la puéricultrice 1, précisé que les informations qu'on leur donne dépendent de la pathologie de l'enfant. Elle a également ajouté qu'il faut expliquer avec des mots simples l'environnement de l'enfant afin de dédramatiser cet environnement et les mettre en confiance.

La puéricultrice 3, quant à elle, a plus insisté sur l'importance d'expliquer aux parents dès leur accueil, que leur présence est indispensable auprès de leur enfant. Elle propose dès que possible de faire du peau-à-peau avec l'enfant.

La puéricultrice 4 explique que la première chose à mettre en place dès l'accueil des parents c'est la communication. Pour elle « *La communication est essentielle auprès des parents* ». Elle exprime aussi que leur but est de « *communiquer un maximum avec les parents et de favoriser leur présence et de les accompagner dans leur parentalité* ». Elle expose aussi que l'explication de l'environnement de l'enfant est important.

La deuxième question des entretiens était « *Quels sont, selon vous, les avantages de l'inclusion des parents lors des soins ?* ».

Pour la puéricultrice 1, l'inclusion des parents dans les soins est indispensable pour la prise en soins d'un prématuré. Notamment pour le lien d'attachement parent-enfant. En effet, elle explique qu'il y a souvent une séparation physique entre les parents et l'enfant ; la maman est en service de Maternité et l'enfant en service de Néonatalogie. Elle explique que pour pouvoir les mettre en confiance et « *trouver sa place en tant que parent* », il faut les inclure dans les soins. Elle explique qu'on va les accompagner dans leur parentalité et les aider à trouver leur place de parents.

Elle exprime aussi que les bénéfiques sont pour les enfants puisque grâce à la présence de leur parent ils vont « *se sentir aimés, sentir que les parents sont là et qu'ils ne sont pas laissés seuls* ».

Pour la puéricultrice 2, il est important de les inclure dans les soins afin de les rendre parents autonomes et qu'ils puissent participer tout de suite aux soins de leur enfant. Elle explique que cette inclusion permet un accompagnement à la parentalité qui leur permet d'être à l'aise avec leur enfant et ses soins.

Pour la puéricultrice 3, il faut que les parents soient présents dans les soins car cela permet de favoriser le lien d'attachement parent-enfant. Elle a également, comme la puéricultrice 1, expliqué que la séparation physique entre l'enfant et son parent était difficile et qu'il fallait favoriser la présence parentale afin de favoriser ce lien. Elle explique par ailleurs que les bénéfiques de cette inclusion sont aussi pour l'enfant car il a besoin de ses parents. Elle exprime même « *On ressent aussi un bien-être de l'enfant quand les parents sont présents* ».

Pour la puéricultrice 4, la présence parentale et l'inclusion des parents dans les soins ont de nombreux avantages. Elle explique que des études sur les soins de développement ont prouvé que « *la présence des parents faisait que la durée de séjour était moins longue* » et que l'enfant au niveau de son développement avait moins de séquelles de la prématurité. Le parent est donc pour elle « *indispensable au sein d'un service de néonatalogie* ». Au-delà des bénéfiques pour l'enfant, cette inclusion permet selon elle de favoriser le lien d'attachement. Elle explique qu'il est donc essentiel de montrer aux parents « *leur importance au-delà de l'alimentation* ».

Ensuite, j'ai posé une question sur les modalités d'inclusion des parents dans les soins « *Que mettez-vous en place pour que les parents puissent participer aux soins ?* ».

La puéricultrice 1 explique qu'il faut montrer une première fois le soin, en leur expliquant et en dédramatisant toujours l'environnement (les fils du scope par exemple qui sont débranchés). Puis, ils le font et on reste derrière eux pour aider si nécessaire. Les explications seront différentes en fonction des parents, de la pathologie de l'enfant et du soin. Elles seront donc personnalisées. Elle exprime : « *On essaie au maximum de les incorporer dans les soins en leur disant que c'est important, que leur enfant, tout comme eux, ont besoin en fait de faire les soins, de s'occuper de leur enfant pour pouvoir créer cette relation qui peut être fragilisée quand ils sont hospitalisés en néonatalogie.* » Elle insiste encore sur l'importance de l'inclusion des parents afin de favoriser le lien d'attachement.

La puéricultrice 2 exprime des difficultés à inclure parfois les parents dans les soins à cause d'un manque d'outils permettant de les faciliter. Dans un ancien service, elle explique qu'ils avaient un tableau où les parents pouvaient mettre s'ils étaient présents pour certains soins à certaines heures. Ce qui permettait aux soignants de ne pas faire le bain le matin par exemple et que les parents puissent le faire dans l'après-midi quand ils sont présents. Dans ce service, elle expose que toutes les informations sont données par transmissions orales et que donc parfois il pouvait arriver que les soins étaient fait une demie heure avant que les parents n'arrivent. Elle explique que quand l'inclusion est possible, ils montrent le soin puis ils encadrent les parents et enfin si le soin a bien été effectué, ils le transmettent et laissent les parents faire en autonomie. Les transmissions sur la capacité des parents à être autonomes se font avec une grille spécifique qui s'appelle : « projet de soins parental » sur leur logiciel de service Hopital Manager.

La puéricultrice 3 explique que l'inclusion des parents dans les soins se fait selon chaque parent. En effet, elle dit qu'il faut échanger avec eux sur leur ressenti. Il ne faut pas les forcer à faire certains soins. Elle explique qu'il faut ensuite les accompagner dans les soins de base et pour qu'ils soient de préférence effectuer par les parents.

La puéricultrice 4 explique que cette inclusion dans les soins peut être compliquée si nous-mêmes en tant que professionnel, nous ne sommes pas à l'aise avec notre savoir et notre savoir-faire. Qu'à partir du moment où nous sommes à l'aise avec cela, l'inclusion est presque normale et habituelle. Pour elle, il faut laisser les parents faire un maximum. Elle explique qu'elle a une posture d'accompagnement à la parentalité. Elle exprime le fait que le principe de montrer, puis évaluer si le parent fait bien les soins ne se fait plus. Elle explique qu'il faut les laisser faire, les encourager et montrer qu'ils peuvent avoir confiance en eux en tant que parents. On va quand même évaluer si les parents se sentent aptes et capables parce qu'il y a des parents qui sont encore sous le choc de la naissance prématurée. Donc, le principe est « *d'aller à leur rythme* ». Elle explique aussi « *qu'on ne naît pas parent, on le devient. Et être parent ce n'est pas si simple que ça. C'est une découverte et on les laisse découvrir* ».

Enfin, j'ai posé une dernière question pour savoir s'ils souhaitaient insister ou ajouter quelque chose par rapport à ma thématique.

La puéricultrice 2 a voulu insister sur le fait qu'il est important de « *mettre à l'aise les parents et de leur dire qu'on ne naît pas parents, qu'on le devient.* »

La puéricultrice 3, quant à elle, a expliqué qu'on peut toujours en faire plus au niveau de l'inclusion des parents dans les soins et que pour elle, « *il y a encore beaucoup de moments, où on fait à la place des parents alors qu'il faudrait les favoriser encore plus* ».

La puéricultrice 4 a expliqué que l'inclusion des parents et la présence parentale sont indispensables surtout que nous savons que les liens d'attachement se créent dès les premiers jours de vie. Elle a exprimé une grande difficulté en cette période endémique car les parents ne pouvaient pas forcément être présents à cause des règles strictes qui ont été posées. « *On conçoit que c'est difficile et on partage leur peine et comprend que cette situation est difficile pour les parents et les enfants* ».

3.5 Confrontation des approches (ressources bibliographiques et personnes rencontrées)

Lors de mes entretiens, j'ai remarqué que les thèmes qui ressortent suivent les mots clés que j'ai recherché dans mes lectures exploratoires.

En premier lieu, au niveau de la prématurité et de ses conséquences, la puéricultrice 4 a exprimé l'importance d'inclure les parents dans les soins afin de pouvoir limiter la durée de l'hospitalisation et la diminution des séquelles de la prématurité.

Les puéricultrices 1, 2 et 4 ont expliqué qu'il était intéressant de présenter le service et les modalités d'hospitalisation afin de mettre les parents en confiance. Il faut donc exposer le niveau IIa de ce service comme présenté dans la première partie du mémoire. C'est une « *unité de néonatalogie ayant des lits de soins intensifs, de néonatalogie. Elle assure une surveillance rapprochée et une prise en charge de pathologies modérées* ». Par rapport à ces explications, les puéricultrices 1 et 4 ont exprimé la nécessité de personnaliser les explications en fonction de la pathologie de l'enfant.

L'environnement du service de Néonatalogie comprend des appareillages et des machines qui sont autour de l'enfant. C'est pourquoi les puéricultrices 1, 2 et 3 expliquent qu'il faut essayer de dédramatiser l'environnement afin de rassurer les parents.

Les infirmières 1, 3 et 4 ont expliqué également qu'il existait une séparation physique entre les parents et l'enfant puisque s'il y a une naissance prématurée, la mère sera en service de maternité et l'enfant en service de néonatalogie.

Enfin la puéricultrice 4 explique qu'ils mettent en place des outils permettant de faciliter la présence des parents auprès des enfants comme les chambres mère-enfant quand le cas le permet. Comme présenté dans mon contexte théorique, la prise en soins de ces nouveau-nés va limiter le lien parent-enfant.

La thématique de la parentalité a été amplement exprimée dans tous les entretiens. Cette thématique semble donc importante pour les puéricultrices. En effet, selon elles et Laurence Lagarde, les parents peuvent ressentir des difficultés à trouver leur place de parents au sein d'un service de Néonatalogie.⁶⁸ C'est pourquoi il est possible que le lien d'attachement soit altéré. L'inclusion dans les soins des parents, permettrait quant à elle de renforcer l'accompagnement à la parentalité. En effet, l'inclusion des parents dans les soins permettrait selon les puéricultrices de rendre les parents autonomes, de leur rappeler leur rôle de parents et ainsi de les laisser découvrir cette parentalité.

De même, le lien d'attachement est une thématique qui a été exposée comme renforcée grâce à l'inclusion des parents dans les soins, notamment par les puéricultrices 1, 3 et 4. Elles expliquent comme Paul Orly que la séparation de l'enfant en néonatalogie et de ses parents était difficile et pouvait altérer le lien d'attachement qui se crée.⁶⁹

Enfin, le partenariat parents-soignants pour les soins aux enfants a été également présenté par les puéricultrices. Il est défini en sciences infirmières comme « *l'association d'une personne, de ses proches, des infirmières, qui reconnaissent leurs expertises et leurs ressources réciproques dans la prise de décision par consensus visant la réalisation du projet de vie de la personne. Le partenariat s'actualise par l'appropriation de compétences nécessaires menant à l'autodétermination de chacun.* »⁷⁰ Les infirmières expliquent également que cette association est une décision qui doit être commune. Il faut informer les parents des tenants et aboutissants du soin. Mais, il faut aussi que le parent se sente prêt et capable de faire les soins. Elles expriment également la nécessité d'aller au rythme du parent.

⁶⁸ Isabelle Conti. La communication avec le bébé à l'hôpital, *Revue Soins Pédiatrie/Puériculture*, Mai-Juin 2014, n°278.

⁶⁹ PAUL ORLY. L'accueil des parents en néonatalogie : apprendre une activité « banale » [en ligne]. 2017 (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : < <https://www.erudit.org/fr/revues/phro/2017-v6-n3-phro03140/1040624ar.pdf> >

⁷⁰ Fabienne Teike-Lüthi, Serge Galant. « Partenariat ». *Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition) ins Monique Formarier, Association de recherche en soins infirmiers*, 2012, p234-235.

L'infirmière 4 reprend également cette notion d'expertises et de ressources, en expliquant qu'il fallait être à l'aise avec notre savoir et notre savoir-faire pour pouvoir inclure les parents dans les soins.

Au point de vue des limites de ce partenariat, les infirmières 2 et 3 expliquent qu'il peut avoir des échecs à cette inclusion. Il peut arriver que les parents ne participent pas aux soins.

Les infirmières 3 et 4 expliquent qu'il existe des outils qui peuvent faciliter cette inclusion comme le cahier de vie, un tableau de transmissions entre parents et soignants, un livret d'accueil.

Les méthodes présentées dans le contexte théorique sont aussi reprises par les puéricultrices notamment sur la méthode Initiatives Hôpital Amis des Bébé et les soins de développement expliqués par l'infirmière 4. Ces méthodes permettraient de mieux comprendre les raisons de l'importance du partenariat parents-soignants et les bénéfices qu'elles peuvent engendrer : durée du séjour moins longue, diminution des séquelles de la prématurité, renforcement du lien d'attachement, accompagnement dans la parentalité.

4. Conclusion

En premier lieu, le sujet de mon mémoire est tiré de deux situations qui m'ont interpellé lors d'un stage. Je me suis questionnée sur le partenariat parents-soignant et les caractéristiques de celui-ci. J'ai alors élaboré une première question de départ : « *En quoi l'intégration des parents par la puéricultrice impacte la prise en soins d'un nouveau-né ?* ».

J'ai ensuite identifié plusieurs mots clés. Tout d'abord j'ai défini la prématurité et les conséquences de celle-ci. J'ai relevé le fait qu'elle entraîne des séquelles pour le nouveau-né, mais aussi une hospitalisation avec des restrictions de visites plus strictes qu'un service de maternité. Ces restrictions vont provoquer une séparation entre l'enfant et ses parents. Par conséquent, il est important de favoriser au maximum la présence des parents.

Mon deuxième mot clé était la parentalité. En effet, au regard de l'hospitalisation de leur enfant et de l'environnement, les parents peuvent éprouver une difficulté à trouver leur place dans ce monde médical. C'est pourquoi il est important de pouvoir les accompagner dans leur parentalité afin qu'ils aient confiance en eux.

Puis, j'ai identifié le lien d'attachement comme mot clé de mon mémoire. En effet, la séparation physique entre l'enfant et ses parents peut entraîner des difficultés à construire ce lien. Or, le lien d'attachement peut être favorisé grâce au partenariat parents-soignant.

En effet, inclure les parents dans les soins leur permet de faire les premiers soins à leur enfant et d'être présents pour lui.

Enfin, j'avais, dans un premier temps, identifié comme mot clé l'intégration pour l'intégration des parents dans les soins. Avec mes recherches, j'ai défini que le terme que je cherchais réellement était le partenariat. Celui-ci permet aux parents et aux soignants de décider du rythme des parents à effectuer les soins et de les accompagner dans leur parentalité.

J'ai ensuite posé une question centrale de recherche : « *en quoi l'infirmière puéricultrice entreprenant un partenariat avec les parents en service de néonatalogie favorise le lien d'attachement entre les parents et le nouveau-né prématuré ?* ».

J'ai donc identifié deux hypothèses :

- La puéricultrice met en place un partenariat avec les parents afin de les rassurer dans leur rôle parental.

- Le partenariat avec les parents et la puéricultrice inclut les parents dans la prise en soins de leur enfant.

Afin de vérifier ces hypothèses, j'ai donc réalisé des entretiens semi-directifs avec quatre puéricultrices d'un service de Néonatalogie. Ces entretiens m'ont permis de vérifier mes hypothèses sur le partenariat parents-soignants qui permet d'inclure les parents dans les soins à leur enfant, de les accompagner dans leur parentalité et ainsi de les rassurer dans leur rôle parental. Mais, ils m'ont également permis de comprendre que ce partenariat est d'autant plus important qu'il permet de diminuer les séquelles de la prématurité, de diminuer aussi la durée de l'hospitalisation et de renforcer le lien d'attachement entre les parents et l'enfant.

Mon travail de recherche m'a permis d'enrichir mes connaissances sur la prématurité, les spécificités de la prise en soins et les conséquences de celles-ci. Il m'a permis de réaliser l'importance d'inclure les parents dans les soins grâce à ce partenariat parents-soignant. Il m'a également confirmé l'importance de toujours se questionner et de chercher les nouvelles techniques pour favoriser une bonne prise en soins de l'enfant.

Mon ressenti sur l'importance de l'inclusion des parents dans les soins et de leur présence auprès de l'enfant se sont vérifiés lors de mon stage en Néonatalogie pendant la période de confinement lié à la crise sanitaire du COVID-19 qui a restreint très fortement la présence des parents auprès de leur enfant. Un père m'a expliqué qu'il n'avait pas vu sa fille depuis deux mois, depuis l'accouchement. Cette absence de relation va-t-elle engendrer des difficultés, qu'elles soient psychologiques pour le papa ou relationnelles pour le lien avec sa fille qui ne peut pas se construire durablement à une période de la vie de l'enfant, comme nous l'avons décrit, où tout se joue déjà ?

Nous voyons ainsi que le partenariat soignants-parents est déjà ancré dans les pratiques. Toutefois, il arrive que l'inclusion des parents dans les soins échoue. Peut-être par manque d'outils qui permettraient aux soignants de savoir quand les parents sont présents ? De plus, pendant la période endémique, les visites étaient très strictes. Dans le service de Néonatalogie où j'ai effectué mon stage, les visites étaient autorisées à un parent vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ce n'est qu'à partir du déconfinement que l'autre parent n'a pu venir en visites durant quatre heures.

Bibliographie

Revues

Anne-Marie Mottaz, Agnès Pyz. « Attachement ». *Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition)* ins Monique Formarier, Association de recherche en soins infirmiers, 2012, p79-81.

Anne-Marie Mottaz. « Accompagnement ». *Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition)* ins Monique Formarier, Association de recherche en soins infirmiers, 2012, p42-43.

Anthony Cloux. Des lieux d'accueil atypiques, *Métiers de la petite enfance – Eveil et développement de l'enfant*, Avril-Mai 2020, N° 280-281, p32-35.

Cathernie Sellenet. « Parentalité », *Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition)* ins Monique Formarier, Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, p231-232.

Fabienne Teike-Lüthi, Serge Galalnt. « Partenariat ». *Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition)* ins Monique Formarier, Association de recherche en soins infirmiers, 2012, p234-235.

Isabelle Conti. La communication avec le bébé à l'hôpital, *Revue Soins Pédiatrie/Puériculture*, Mai-Juin 2014, n°278.

Sarra Mougel, Catherine Devoldère, La famille au cœur des soins. *Revue Soins Pédiatrie/Puéricultrice*, Mars-Avril 2014, p14-18.

Textes législatifs

LEGIFRANCE. *De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant*. Code Civil – Article 371-1, modifié par LOI n°2019-721 du 10 Juillet 2019 – Art. 1. Disponible sur : < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038749626&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20190712> >

Documents électroniques

ART, LANGAGE, APPRENTISSAGE. Entretien ou questionnaire : quelle méthode de collecte de données pour son mémoire ? 2017 (Consulté le 20/06/2020). Disponible sur : < <https://arlap.hypotheses.org/8170> >

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MERE-ENFANT SAINTE-JUSTINE. Accompagnement des parents dans les unités néonatales [en ligne]. Février 2014 (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : < <https://www.chusj.org/getmedia/be33f93a-72c8-4659-a735-cb2021b97a9d/Accompagnement-des-parents-dans-les-unites-neonatales.pdf.aspx> >

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. Collaboration [en ligne]. 2012 (Consulté le 05/02/2020). Disponible sur : < <https://www.cnrtl.fr/definition/collaboration> >

CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET L'EXCLUSION SOCIALE. Insertion sociale, intégration sociale [en ligne]. 19 Septembre 2014 (Consulté le 05/02/2020). Disponible sur : < <https://www.cnle.gouv.fr/insertion-sociale-integration.html> >

CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET L'EXCLUSION SOCIALE. Inclusion sociale [en ligne]. 19 Septembre 2014 (Consulté le 05/02/2020). Disponible sur : < <https://www.cnle.gouv.fr/inclusion-sociale.html> >

DEPARTEMENTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES. Prématurité. La définition de la prématurité [en ligne]. 2013 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <http://www.dhu-risques-grossesse.org/fr/thematiques/prematurite> >

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Prématurité, ces bébés qui arrivent trop tôt [en ligne]. (INSERM), mis à jour le 01/12/2015 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite> >

LAURENCE GIRARD. Peau à peau... Et vous, dans votre équipe, vous en êtes où ? [en ligne]. 2015 (Consulté le 08/02/2020). Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/DO_445_PUBLICATION_L_GIRARD.pdf >

NICOLE GUEDENEY. L'attachement un lien vital [en ligne]. 2007 (Consulté le 05/01/2020). Disponible sur : < https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/TA_Lattachement_un_lien_vital_WEB.pdf >

PAUL ORLY. L'accueil des parents en néonatalogie : apprendre une activité « banale » [en ligne]. 2017 (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : < <https://www.erudit.org/fr/revues/phro/2017-v6-n3-phro03140/1040624ar.pdf> >

PR PICAUD, PR CAMBONIE. Soins de développement en Néonatalogie. Guide pratique à l'attention des soignants [en ligne]. 2015 (Consulté le 08/02/2020). Disponible sur : < https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/DO_445_PUBLICATION_L_GIRARD.pdf >

SOCIETE FRANCAISE DE NEONATALOGIE. Carte des maternités [en ligne]. 04/07/2016 (Consulté le 23/12/2019). Disponible sur : < <https://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/carte-des-maternites-type-i-ii-iii-2>

SPARADRAP. Charte Européenne des droits de l'enfant hospitalisé [en ligne]. 2018 (Consulté le 07/02/2020). Disponible sur : < https://www.sparadrap.org/system/files/inline-files/Charte%20enfant%20hospitalise2017_2018.pdf >

Articles électroniques

Charlotte Casper. Devenir. *La place des parents en néonatalogie : introduction* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 5 à 7, [Consulté le 29/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-5.htm> >

H. Torchin, P.-Y. Ancel, P.-H. Jarreau, F. Goffinet. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. *Epidémiologie de la prématurité : prévalence, évolution, devenir des enfants* [en ligne], 24/09/2015, (vol. 44), n°8, pages 723-731, [Consulté le 23/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.em-consulte.com/article/1004230/epidemiologie-de-la-prematurite%C2%A0-prevalence-evolut> >

Isabelle Glorieux, Nathalie Montjoux, Marie-Claude Bloom, Charlotte Casper. Devenir. *Quelles sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 45 à 53, [Consulté le 08/02/2020]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-45.htm#> >

L. Foix-L'Hélias, P.-Y. Ancel, B. Blondeel. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. *Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite* [en ligne], 08/03/2008, (vol. 29), n°1, page 55, [Consulté le 23/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.em-consulte.com/article/113917/resume/facteurs-de-risque-de-prematurite-en-france-et-com> >

M. Tombeur, E. Lempereur, Marie-Paule Durieux. Cahiers de psychologie clinique. *Le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé* [en ligne], 2007, n°28, pages 221 à 238, [Consulté le 29/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-221.htm> >

Nicole Guédeney, Violaine Beckechi, Anne-Sophie Mintz, Anne-Lise Saive. Devenir. *L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving* [en ligne], 2012, (vol. 24), pages 9 à 34, [Consulté le 27/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-1-page-9.htm> >

Rémy Barbe. Psychothérapies. *Parentalités* [en ligne], 2012, (vol. 32), pages 1 à 2, [Consulté le 27/12/2019]. Disponible sur : < <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2012-1-page-1.htm> >

Annexe 1 :

Grille d'entretien mémoire

1. Pouvez-vous vous présenter professionnellement ?

Questions de relance :

- Depuis combien de temps êtes-vous Infirmière puéricultrice ?
- Quelle est votre expérience dans le domaine de la puériculture ?
- Avez-vous suivi des formations en lien avec la néonatalogie ?
- Si oui, lesquelles ?

Objectif : connaître l'expérience de la personne interrogée

2. Que mettez-vous en place à l'arrivée de l'enfant et des parents dans le service ?

Questions de relance :

- L'accueil des parents se fait-il en même temps que l'accueil de l'enfant ?
- Quels sont les outils d'accueil du service (livret d'accueil par exemple) ?
- Comment abordez-vous l'environnement de l'enfant (alarmes, matériel médical...) ?

Objectif : connaître les modalités d'accueil

3. Quels sont, selon vous, les avantages de l'inclusion des parents lors des soins ?

Question de relance :

- Quels sont les inconvénients selon vous de cette présence parentale ?

Objectif : bénéfices de la présence parentale, avantages du partenariat parents-soignant

4. Que mettez-vous en place pour que les parents puissent participer aux soins ?

Question de relance :

- Comment évaluez-vous la capacité des parents à pouvoir participer aux soins ?
- Quelles informations donnez-vous aux parents avant cette inclusion ?

Objectif : Modalités d'inclusion des parents aux soins

5. Avez-vous envie d'ajouter quelque chose ?

Annexe 2 : Entretien choisi le plus cohérent avec mon sujet.

Entretien n°4

Moi : Est-ce que vous pouvez vous présenter professionnellement ?

PDE 4 : Je suis infirmière depuis juillet 2016, j'ai après travaillé 6 mois en Néonatalogie niveau II a, donc 6 mois. Après je suis partie un an en école de puéricultrice où j'ai été diplômée en décembre 2017. Et depuis, je travaille dans le service de niveau II a dans lequel j'avais travaillé les 6 mois.

Moi : D'accord. Avez-vous suivi des formations en lien avec la néonatalogie ?

PDE 4 : Alors, actuellement, je suis un DU en lactation humaine et j'ai également suivi au sein de l'hôpital IHAB qui dure 3 jours qui est une formation de 20h. Et je pense que c'est tout. Au final je n'ai pas eu tant de formations que ça comme ça ne fait que quelques années que je suis sur l'hôpital.

Moi : D'accord. Alors que mettez-vous en place à l'arrivée de l'enfant et des parents dans le service ?

PDE 4 : Alors, ce qu'on met en place déjà c'est la communication. La communication est essentielle auprès des parents. Donc nous tout est informatisé, nous n'avons pas des feuilles dans les chambres qui montrent le poids du jour, comment l'enfant va. En fait notre but ici c'est de communiquer un maximum avec les parents et de favoriser leur présence et les accompagner dans leur parentalité. Donc euh, c'est ça qui explique surtout ce que l'on fait. Euh, quand un enfant arrive, de ce fait, c'est beaucoup dans l'explication de ce que l'on fait et leur expliquer toutes les machines et les appareillages. Et après, les faire participer, effectuer du peau à peau, faire les soins à 4 mains s'ils en ont besoin. Mais bien entendu, on évalue les limites des parents et puis voilà.

Moi : D'accord. Est-ce que vous avez des outils qui vous permettent d'accueillir les parents dans le service ?

PDE 4 : Alors des outils d'accueil, c'est vrai que nous c'est un service 24h/24. Après on va dire que c'est, un nouveau bâtiment depuis septembre 2018. Du coup au niveau architectural c'est beaucoup plus adapté pour accueillir les parents. Notamment car nous avons des chambres mère-enfant, chose qu'on avait dans notre ancien établissement mais de moins bonne qualité.

On a également la maternité qui se trouve juste en face du service, entre le bloc et la maternité donc au niveau des déplacements c'est beaucoup plus simple au niveau architectural. Aussi, bah voilà le peau à peau a été vraiment quelque chose qui a été protocolisé et mis en place et même mis en évidence au sein de l'établissement. On a fait beaucoup de pub là-dessus, on va dire. Donc même si la mère sort de la salle de réveil et que l'enfant est sur la table de réa, elle viendra faire du peau à peau. C'est quelque chose quoi qu'il arrive on le fait. Ca c'est quelque chose qu'on a vraiment mis en place. Après au niveau de l'accueil, c'est vrai qu'un livret d'accueil bah ça serait mais c'est en cours mais les projets sont toujours longs. Mais c'est vrai qu'un livret d'accueil ça serait bien. Et puis outil qu'on a pas mais qu'on utilise quand on l'a de Calais, c'est le cahier de vie.

Moi : D'accord. Du coup comment abordez-vous l'environnement de l'enfant c'est-à-dire le matériel médical, les appareils ?

PDE 4 : On leur explique les choses clairement avec des mots à leur niveau, pas avec du vocabulaire professionnel incompréhensible. Voilà, on va tout leur expliquer. Euh, expliquer pourquoi ils ont besoin de ça surtout. Et aussi dire que les alarmes c'est nous qui les regardons. Et eux ils doivent regarder leur bébé, car ils ont tendance à regarder principalement le scope au lieu de leur enfant, alors que c'est leur enfant qui va tout dire. Parce que l'enfant s'il ne va pas bien, on va le voir sur lui avant la machine. Donc voilà et c'est pas leur rôle. Il ne faut pas qu'ils oublient leur rôle de parents avec tout le matériel médical qu'il y a autour.

Moi : D'accord, quels sont selon vous les avantages de l'inclusion des parents dans les soins ?

PDE 4 : Les avantages sont nombreux. De toute façon il y a pleins d'études sur les soins de développement qui ont montré que la présence des parents faisait que la durée de séjour était moins longue, que l'enfant au niveau de son développement même s'il a des séquelles plus ou moins neurologiques, les terminaisons nerveuses sont faites au fil du temps. Donc plus un enfant va être sollicité plus il va être aimé plus il va échanger avec son parent, tout ce qu'il aurait pu avoir comme séquelles ne va pas avoir de répercussion. Fin voilà, il y a tellement de choses qui font que le parent est indispensable au sein d'un service de néonate. Après on ne peut pas les forcer à être présents, mais c'est vrai que on leur montre leur importance au-delà de l'alimentation. Car c'est vrai que certains parents y attachent beaucoup d'importance, mais lorsque l'enfant ne mange pas, les parents disent qu'ils ne servent à rien. Et bien non, bien au contraire, vous servez à quelque chose même s'il ne mange pas. Et c'est surtout ça qu'il faut leur montrer, c'est qu'ils ont besoin d'eux.

Moi : D'accord. Est-ce que vous voyez des inconvénients à cette présence parentale ?

PDE 4 : Bah moi je n'en vois pas. Parce que je ne conçois pas un soin avec un enfant s'il n'y a pas la famille, sans prendre en compte l'environnement. Après je pense aussi qu'on est à l'aise aussi avec cette famille quand on est à l'aise avec notre savoir et sur notre savoir-faire. Si on est pas à l'aise avec ce qu'on fait et ce qu'on sait sur l'enfant, et donc sur nos connaissances, forcément on ne sera pas à l'aise avec la présence des parents. Mais à partir du moment où on est à l'aise, après notre posture est comme ci de rien était, la présence paraît normale et habituelle.

Moi : D'accord. Que mettez-vous en place pour que les parents puissent participer aux soins ?

PDE 4 : Alors, qu'est-ce qu'on met en place. Bon tout ce qui est couche, euh, fin les basiques quoi ils vont tout faire. Nous on est pas dans le principe où on va tout faire, euh, on laisse faire les choses. D'autant plus avec la démarche IHAB, on est vraiment dans un principe où on est dans l'accompagnement à la parentalité et donc le principe de montrer et après il va faire et évaluer si le parent a bien fait ça ne se fait plus. Maintenant, même si c'est un premier bain, on dit faites le et on va les encourager et montrer qu'il faut qu'ils aient confiance en eux et qu'on va les accompagner.

Moi : D'accord. Donc vous n'évaluez plus forcément la capacité des parents à participer aux soins ?

PDE 4 : Alors, forcément on va évaluer aussi si les parents se sentent aptes et capables parce que forcément il y a des parents qui sont encore sous le choc de la naissance prématurée. Donc on va à leur rythme, on ne va pas les imposer de faire des choses qui ne sont pas capables. Donc non on est plus dans l'évaluation, de toute manière on ne naît pas parent, on le devient. Et être parent c'est pas si simple que ça, et on passe tous par là que ce soit la néonate ou pas, c'est une découverte et on les laisse découvrir. Il y aura toujours des petits accidents où on va dire, ha bah tient, j'aurai pu mieux le faire et après je le ferai mieux. Et puis bah voilà même la couche, la première fois où ils auront un pipi dessus, ils vont comprendre qu'il faut bien mettre la couche hein et puis c'est tout. C'est des petites choses, mais il faut les laisser découvrir et découvrir ce que c'est d'être parent.

Moi : Ok. Avez-vous envie d'ajouter quelque chose ?

PDE 4 : C'est quelque chose d'important mais c'est vrai qu'en cette période particulière, on a été bien embêtés, en cette période de COVID pour assurer une présence parentale. C'est vrai qu'on a eu des règles de visites qui ont été quand même pour nous soignant on a dû l'accepter mais c'est vrai que ça nous a pris à cœur parce que on sait que la présence parentale est indispensable et que quand on sait que les liens d'attachement se créent dès les premiers jours de vie et que ces parents ne peuvent pas être présents, on conçoit que c'est difficile et on partage leur peine et on comprend ce qui est dur.

Moi : Merci beaucoup, l'entretien est terminé. Bonne journée.