



HAL
open science

Les soins de développement : une philosophie de soins au cœur de la pratique professionnelle de la puéricultrice

Hélia Yekrangi Edlinger

► To cite this version:

Hélia Yekrangi Edlinger. Les soins de développement : une philosophie de soins au cœur de la pratique professionnelle de la puéricultrice. Pédiatrie. 2020. dumas-03182339

HAL Id: dumas-03182339

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182339>

Submitted on 26 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



YEKRANGI ép. EDLINGER Hélia

Promotion 2019/2020

Projet Professionnel

LES SOINS DE DEVELOPPEMENT :

Une philosophie de soins au cœur de la pratique professionnelle de la puéricultrice

Ecole de puéricultrices

Ifsanté Lomme

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à exprimer mon entière reconnaissance à la référente de mon Projet Professionnel, Mme LAUGEL Christine, qui a su, par son expérience, me guider sur le bon chemin. Je la remercie pour sa patience, sa disponibilité, ses précieux conseils qui m'ont permis de m'épanouir dans ce travail.

Un grand merci également à Mme DESHAYES Marie, documentaliste au Centre de Ressources d'Ifsanté qui m'a accompagnée avec gentillesse, patience et professionnalisme dans mes recherches documentaires.

Je tiens, bien entendu, à remercier les différentes professionnelles qui ont accepté de participer aux entretiens en donnant de leur temps.

Une pensée particulière pour mes consœurs et amies de promotion, Mélodie, Faustine et Marie qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de cette formation et de l'écriture de ce projet.

Enfin, je tiens tout particulièrement à dire un grand merci à mes trois enfants, Emilie, Cédric et Cécile, ainsi qu'à leur père, pour leur patience, leurs encouragements et leurs sourires qui m'ont accompagnée dans les périodes d'incertitude.

Un grand MERCI à tous !

SOMMAIRE

Introduction	1
Etape I : La problématisation	2
1. Les deux situations d'appel.....	2
1.1 La première situation d'appel :	2
1.2 La deuxième situation d'appel :	4
2. Le questionnement initial et le cheminement vers la question de départ :	6
Etape II : Le cadre contextuel	8
1. L'infirmière puéricultrice diplômée d'Etat.....	8
1.1 L'infirmière diplômée d'Etat.....	9
1.2 La puéricultrice diplômée d'Etat	9
1.3 La puéricultrice en service de néonatalogie : un rôle indispensable	12
2. Le service de néonatalogie.....	13
2.1 Les spécificités de la néonatalogie	13
2.2 La prématurité.....	17
3. Des concepts de soins	22
3.1 Les soins de développement : plus qu'un concept, une philosophie de soins	22
3.2 Les soins de soutien au développement par le programme NIDCAP	23
3.3 Le développement sensori-moteur de l'enfant par André Bullinger	27
3.4 La place des parents dans les soins de développement	29
3.5 L'approche du toucher	32
Etape III : Le cadre conceptuel	34
1. L'autonomie.....	34
2. Les représentations.....	38
Etape IV : La formulation d'hypothèses de recherche.....	40
Etape V : La phase exploratoire	40

1. La méthodologie de l'enquête.....	40
1.1 Le choix de l'outil de l'enquête	40
1.2 Les objectifs de l'enquête	41
1.3 Les structures investiguées	41
1.4 La population cible	41
1.5 Les critères d'inclusion et d'exclusion	42
1.6 La grille d'entretien	42
1.7 Les limites de l'enquête	42
1.8 Les difficultés rencontrées lors des entretiens	42
2. L'analyse des résultats de l'enquête et la mise en lien avec le cadre de référence.....	43
3. La validation ou non de l'hypothèse.....	49
Etape VI : La réflexion professionnelle et le positionnement.....	49
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	52
Annexe I : La grille d'entretien	I
Annexe II : Tableau analyse croisée des entretiens.....	II
Annexe III : Retranscription entretien n°3 (référente en soins de développement).....	IV

Introduction

Dès notre entrée en formation infirmière puéricultrice, nous sommes sollicitées afin de mener une réflexion sur une situation de soin, vécue le plus souvent, et qui nous questionne. Cette réflexion va mener à une démarche de recherche dans le domaine du soin et constituer mon projet professionnel qui sera le fruit d'une année de travail aboutissant au diplôme d'Etat de puéricultrice.

L'objet de mon travail porte sur les soins de développement chez un prématuré au sein d'un service de néonatalogie et questionne quant à la pratique professionnelle de la puéricultrice.

Avant de rédiger l'écrit final, j'ai repris à plusieurs reprises mon projet professionnel et j'ai réajusté mes propos, ma réflexion, pesé mes mots pour mieux cibler le sujet et fournir un travail de qualité. J'ai choisi de traiter un sujet qui peut paraître complexe mais qui est très enrichissant car il s'agit d'une approche de plus en plus répandue mais qui amène une réflexion sur la pratique de la puéricultrice et de son investissement pour l'intérêt supérieur de l'enfant et de sa famille.

Voulant continuer à être une professionnelle réflexive, une future puéricultrice compétente et rigoureuse, cet écrit va me permettre d'apporter une vision juste de ma profession d'aujourd'hui vers lequel je me dirige demain.

Dans une première étape, j'exposerai la problématisation qui englobe les deux situations d'appel et le questionnement initial menant à la question de départ. Ensuite, dans la deuxième étape de mon travail qui est le cadre contextuel, je décrirai tout d'abord, l'infirmière, l'infirmière puéricultrice et son rôle en néonatalogie ; ensuite, j'évoquerai les spécificités du service de néonatalogie et de la prématurité ; enfin, je développerai les concepts de soins de développement à travers le programme NIDCAP, l'approche Bullinger, la place des parents dans ces soins et l'approche du toucher. Puis, dans une troisième étape qui correspond au cadre conceptuel, je décrirai les concepts d'autonomie et de représentations. Une hypothèse de recherche sera formulée dans la quatrième étape. La cinquième étape correspond à la phase exploratoire, avec la méthodologie de l'enquête, l'analyse des résultats et la mise en lien avec le cadre théorique, et la validation ou non de l'hypothèse. Enfin, avant de conclure ce travail de recherche, j'exposerai la réflexion professionnelle dans une sixième et dernière étape.

Etape I : La problématisation

1. Les deux situations d'appel

Tout en mettant en lien ce qu'il me semble essentiel d'approfondir et d'explorer en tant qu'étudiante puéricultrice avec mes expériences professionnelles, j'ai choisi de décrire deux situations vécues à deux périodes différentes et qui m'ont interpellée tant par leur singularité que par leur complexité. Ces deux récits évoquent l'approche du toucher, d'une part, chez un nouveau-né et d'autre part, chez un enfant né prématurément. Bien que ce soit deux prises en soin d'enfants complètement différentes, elles n'en restent pas moins similaires et se rejoignent sur différents aspects.

1.1 La première situation d'appel :

Lors de ma formation infirmière, j'ai effectué un stage de cinq semaines en Protection Maternelle et Infantile (PMI) en troisième et dernière année. Durant ce stage, j'ai pu découvrir la prise en soin de l'enfant par des infirmières puéricultrices¹, de la naissance (de quelques jours en général) à six ans, hors du contexte hospitalier. Elles ont un rôle primordial dans la prévention, la protection et l'éducation de l'enfant auprès des familles. Elles effectuent des consultations infantiles avec le médecin de PMI. Elles participent à l'agrément et le suivi des assistantes maternelles mais également d'assistantes familiales. Elles réalisent des visites à domicile post-partum. Enfin, elles organisent des temps d'échanges avec les familles pour les conseiller sur les soins à apporter à l'enfant.

Ainsi lors de ce stage, j'ai effectué différentes visites à domicile avec une puéricultrice (ma tutrice de stage) pour vérifier le développement staturo-pondéral de l'enfant, observer les liens parent-enfant, prodiguer des conseils sur différentes thématiques telles que l'alimentation lactée, le couchage, le sommeil et l'éveil, les soins à l'enfant, les vaccinations, etc.

Au cours de la deuxième semaine de stage, la puéricultrice m'a emmené en visite à domicile chez une mère primipare d'une petite fille d'environ un mois et demi, qui se prénomme Zoé². La grossesse s'était bien déroulée et il n'y avait pas eu de problème lors de l'accouchement. Elle la suivait depuis la sortie de la maternité. Il s'agissait d'une troisième visite au sein de cette famille. Les fois précédentes, la puéricultrice avait pesé, mesuré l'enfant et répondu aux interrogations de la mère sur différentes thématiques. Au cours de la dernière visite, la mère

¹ Lire indifféremment infirmier/infirmière et infirmière puéricultrice/infirmier puériculteur tout au long de ce travail.

² Tous les prénoms des personnes rencontrées sont changés afin d'anonymiser le contenu de ce travail.

expliquait à la puéricultrice les différentes choses qu'elle mettait en place lorsque son enfant était éveillée pour interagir avec elle. Elle mettait, notamment, de la musique. Elle-même chantonnait, la portait dans ses bras et lui racontait des histoires ou même dansait. Mais elle se questionnait sur ce qu'elle pouvait faire d'autre. La puéricultrice avait alors évoqué ses compétences dans le domaine du toucher et du massage du nouveau-né. Elle avait d'ailleurs, suivi une formation pour appréhender le toucher chez les tous petits enfants. Cela avait suscité beaucoup d'intérêt chez cette mère qui découvrait pour la première fois la maternité et avait l'envie d'essayer cette approche avec son enfant. Elle avait expliqué être très tactile et avoir ce besoin de toucher son enfant pour son bien-être mais aussi pour partager un moment privilégié avec elle. Elle était avide d'apprendre et surtout de bien faire les gestes pour ne pas faire mal à Zoé. C'est ainsi que la puéricultrice était revenue une troisième fois chez cette mère.

Pour montrer la technique du toucher à la mère, la puéricultrice avait apporté un poupon pour lui montrer les gestes. Comme cette visite était prévue pour initier la mère, nous étions venues à un moment de la journée où l'enfant était éveillée et disposée à recevoir ce soin.

Tout d'abord, la puéricultrice a expliqué les gestes qui pouvaient être faits, les parties du corps qu'il est possible de masser, de manipuler. Elle a énoncé différents bienfaits de ce toucher sur l'enfant. Puis, elle a commencé à montrer quelques gestes sur le poupon en commençant par le visage tout en expliquant qu'il ne s'agit pas de faire forcément exactement de la même manière qu'elle mais plutôt d'échanger avec son enfant, de l'écouter et de suivre son rythme. A son tour, la mère a réalisé les gestes sur sa fille Zoé.

Pendant cet échange entre la professionnelle de santé, la mère et l'enfant, j'observais la situation. J'ai remarqué que la mère avait l'air contente d'apprendre ces gestes et que l'enfant était calme, apaisée, détendue. Elle gesticulait par moment mais n'avait pas un faciès qui montrait un inconfort. La puéricultrice semblait bien maîtriser son sujet. Elle donnait quelques astuces sans pour autant imposer les choses ce qui m'a semblé très bienveillant de sa part. J'ai trouvé cette approche par le toucher très intéressante tant sur le plan personnel que professionnel. Pour la mère, cela permet de favoriser les échanges avec son enfant, de la conforter dans son rôle de parent et d'installer un climat de confiance avec la puéricultrice. En effet, cette méthode de communication et d'interaction répond aux besoins actuels de cette mère. L'une des missions de la puéricultrice est d'être à l'écoute des besoins et des ressentis des parents d'un nouveau-né.

1.2 La deuxième situation d'appel :

Durant ma formation actuelle d'infirmière puéricultrice, j'ai réalisé mon premier stage dans un service de réanimation néonatale auprès d'enfants nés prématurément. Ainsi, j'ai été confrontée à un service où subsiste l'alliance entre des soins techniques et des soins relationnels à travers la prise en soin des enfants nés bien plus tôt que prévu et à l'accompagnement des parents se sentant démunis face à leur enfant, cet être inconnu et fragile.

Lors de mon troisième jour de stage, j'ai pris en soin Noé, un nouveau-né de 25 semaines et 4 jours, avec un poids de naissance de 840g. Il est le premier jumeau d'une grossesse gémellaire. Son frère est né six heures après lui. Il s'agit d'une première grossesse. La mère a eu de multiples hospitalisations pour menace d'accouchement prématuré (MAP) depuis 22 semaines d'aménorrhées (SA)³. Elle a été hospitalisée une énième fois pour MAP.

Noé est né dans la matinée et a été transféré du bloc obstétrical dans le service où j'effectue mon stage. Il est installé dans un incubateur. Il est intubé et ventilé sous appareil ventilatoire. Il est « scopé ». C'est-à-dire que ses paramètres vitaux sont sous surveillance permanente (rythme cardiaque, pouls, taux d'oxygène dans le sang, tension artérielle ou encore température) grâce à un moniteur qui est relié à l'enfant par des électrodes.

Très rapidement, après la naissance du frère de Noé, le père est venu voir ses fils dans le service puis quelques jours après la mère est venue également dès que son état de santé est devenu stable. Ce sont deux jeunes parents d'une vingtaine d'année qui viennent tous les jours pour voir leurs fils. Ils assistent aux soins et parlent avec l'équipe médicale et paramédicale. Ils restent durant plusieurs heures auprès de l'un puis de l'autre enfant, à tour de rôle. La mère désire allaiter ses enfants mais ne peut pas le faire pour le moment en raison de leur grande prématurité. Elle part régulièrement tirer son lait en salle d'allaitement maternel et revient auprès d'eux. Donc, ils sont très présents et soucieux de l'accompagnement et du devenir de leurs fils.

Lors des soins à l'enfant, les professionnels de santé essaient le plus possible de faire participer les parents. Cela fait d'ailleurs partie des soins de soutien au développement mis en place dans le service à travers l'approche d'André Bullinger⁴ et de ses recherches sur le développement sensorimoteur de l'enfant (de la naissance à deux ans). Cette approche permet de favoriser une adaptation optimale du prématuré à des conditions de vie difficile et d'adapter les soins, mais

³ Aménorrhées : absence des règles ou des menstruations.

⁴ Neuropsychologue suisse et professeur de psychologie expérimentale et des sciences de l'éducation (1941-2015).

également l'environnement du nouveau-né, pour un meilleur confort. Cette méthode permet également de rendre les parents acteurs de la prise en soin de leur enfant et met en avant l'importance de la parentalité. Ainsi, cette réflexion autour de la triade enfant et ses deux parents s'inscrit dans le renforcement du processus d'attachement.

Cependant, j'ai remarqué que lorsqu'une soignante leur propose de faire un soin tel qu'un change, une prise de température en axillaire ou de mettre leurs mains dans l'incubateur pour envelopper l'enfant lors des soins, les parents de Noé refusaient timidement, presque gênés. Je suis surprise de voir ces parents qui n'osent pas toucher leur enfant, qui n'arrivent pas à mettre leur main dans cet incubateur qui entoure leur enfant. Ils observent les soins avec beaucoup d'attention, posent de nombreuses questions, s'intéressent de très près aux différents appareils dans le box. Parfois, lors des soins, ils interviennent en demandant : « Pourquoi faites-vous ainsi ? » ; « Est-ce que ça lui fait mal ? » ; « Pourquoi l'alarme sonne tout le temps ? ». Ils communiquent énormément à leurs enfants avant, pendant et après les soins. Pour autant, ils ne veulent pas intervenir dans les soins. La plupart du temps, ils disent ne pas vouloir faire le soin et prétextent : « C'est vous la professionnelle, vous avez l'habitude et vous savez mieux que nous comment faire » ; ou encore : « J'ai peur de lui faire mal, de mal faire en le touchant, en le mobilisant, en le retournant ».

Par la suite, au cours du stage, j'ai remarqué que d'autres parents réagissent également ainsi. Ces parents ressentent la même chose : une certaine angoisse, inquiétude, à s'approcher et à toucher son enfant né prématurément. Ce n'était peut-être pas formulé ou présenté de la même manière, mais il subsiste comme une sorte de blocage, d'obstacle physique, qui s'est dissipé au fur et à mesure du séjour de leur enfant, laissant place au toucher et à la mise en place du peau à peau. Ces parents sont encouragés et accompagnés par les soignants dans une optique de bien-être non seulement pour l'enfant mais également pour les parents.

Au fur et à mesure des jours et des semaines, les jeunes parents de Noé ont réussi à surmonter leur angoisse d'approcher de près leurs deux fils. Ils ont apprivoisé le contexte dans lequel ils grandissent grâce à l'accompagnement des professionnels de santé, à travers les soins de développement mais aussi grâce au développement de leurs connaissances sur la prématurité de leurs fils. Ils ont participé progressivement aux soins, de manière active. Ils effectuent les changes de l'enfant ; ils prennent la température en axillaire ; ils sont les deux mains qui enveloppent l'enfant quand l'infirmière puéricultrice change l'interface du système de ventilation CPAP (Continuous Positive Airway Pressure : pression positive en continue). Ils sont très volontaires pour les soins qu'ils ont la capacité de réaliser et que les soignants leur ont

montrés. Ils prennent de plus en plus confiance en eux et surtout une confiance dans les capacités et les compétences de leurs fils.

2. Le questionnement initial et le cheminement vers la question de départ :

J'ai élaboré mon questionnement à partir de ces deux situations significatives et représentatives de l'accompagnement des parents par une infirmière puéricultrice.

D'une part, dans la première situation, il y a cette approche du toucher à laquelle la puéricultrice est formée et dont elle se sert pour répondre à un besoin d'une mère d'un nouveau-né.

D'autre part, dans la deuxième situation, il y a ce couple de jeunes parents de deux enfants nés prématurément et qui se retrouve dans un service de réanimation néonatale à devoir, malgré eux, participer aux soins dans les premiers jours de vie de leurs fils.

Ces deux situations m'ont permis de prendre conscience de mes propres représentations de l'accompagnement des parents dans la prise en soin de l'enfant, ou encore celle du toucher chez l'enfant. Le toucher semble être une démarche facile pour cette mère qui veut découvrir son enfant et interagir davantage avec lui. Alors que cela est compliqué, aux premiers abords, pour les deux parents des enfants prématurés. Cette vision de l'accompagnement est non seulement différente pour les parents mais également pour les soignants qui gravitent autour des familles.

Les soins réalisés dans les services néonataux s'inscrivent de plus en plus dans une démarche de développement sensorimoteur de l'enfant pour lui permettre de grandir harmonieusement dans un contexte de prématurité, dans un environnement qui est souvent rempli de stimuli agressifs. Alors comment répondre aux besoins de chaque parent ? Comment accompagner chaque parent dans sa singularité mais également dans une prise en soin collective, dans une démarche de soin de développement ? Comment réaliser des soins réfléchis en équipe tout en répondant aux besoins des parents face à une individualisation des soins ?

Globalement, où se situe la singularité de la prise en soin dans ces programmes d'accompagnement des familles ? Quel est le rôle de la puéricultrice dans ces programmes : est-ce de suivre à la lettre ces démarches qui sont basées sur des recherches scientifiques et qui ont prouvé leur efficacité ou existe-il une part de liberté pour la soignante afin qu'elle puisse prendre en compte les besoins spécifiques d'une famille, à un moment donné ? Quelle place peut-on laisser à l'autonomie des soignants ? Peut-elle suivre son intuition de professionnelle et accompagner les parents selon leurs besoins ou doit-elle se soumettre à ce qui est mis en place dans le service ?

Toutes ces questions m'interrogent sur mon rôle de future puéricultrice. Lors de cette formation, j'apprends et je m'approprie de nombreuses méthodes d'accompagnement des parents et de leur enfant qui me semblent très intéressantes, très passionnantes et constructives. Il existe, par exemple, des techniques comme le NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program) qui est un programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement. Il existe aussi l'approche sensorimotrice du développement de l'enfant de Bullinger, ou encore le label IHAB (Initiative Hôpital Amis des Bébé) qui offre un accompagnement optimal des parents à la naissance de leur enfant et qui soutient notamment l'allaitement maternel. Tous ces programmes ont prouvé leur efficacité et, nous le savons, ont un impact majeur sur le développement global des enfants. Il existe donc tous ces concepts de soins mais il y a également des parents, jeunes ou âgés, avec ou sans expérience, qui eux, vont avoir d'autres besoins, vont vouloir autre chose, et qui ressentent et voient différemment leur propre accompagnement de leur enfant. Je m'aperçois, à travers ce stage effectué en réanimation néonatale, que cela ne va pas toujours ensemble. Alors comment faire ? Qu'en pensent les parents ? Est-ce que c'est ce qu'ils attendent de la part des soignants pour la prise en charge et l'accompagnement ?

J'ai peu d'expérience dans ce domaine. Je suis même plutôt novice et je vais être une jeune professionnelle travaillant dans le domaine de la puériculture. Dois-je adhérer en tout point à ces différents programmes quand j'intègre un service ? Puis-je m'écarter de cela et accompagner les parents en suivant mon intuition, mes ressentis, le peu d'expérience que j'ai acquis en stage ? Les parents, ont-ils le choix d'adhérer ou non à ces démarches de soins ? Finalement, quelle place puis-je laisser aux parents ? Quelle place je leur donne ou je leur laisse dans la prise en soin de leur enfant ? Sont-ils en tout point et à tout moment du séjour de leur enfant acteurs de la prise en soin ?

Globalement, il existe aujourd'hui ces approches de soins que les professionnels de santé ont fini par intégrer à leur prise en soin puisqu'elles ont prouvé leur efficacité à travers les recherches scientifiques. Nous savons que les soins sont adaptés à chaque personne et répondent à ses besoins. Est-ce qu'accompagner des parents dans leur rôle, dans le processus d'attachement, c'est faire en sorte qu'ils intègrent ces concepts de soins à tout prix ? Ou est-ce qu'accompagner signifie permettre aux parents de choisir ce qui leur correspond dans ces concepts et de ne pas imposer des choix même justes et réfléchis en équipe ? Nous pouvons nous demander si finalement cette ligne de conduite de la prise en charge laisse place à l'individualisation des soins, à la singularité de chaque situation ? Est-ce possible de faire des

soins au cas par cas, dans des services où il existe des méthodes de soins suivis par tous ? Et dans tout cela, l'infirmière puéricultrice peut-elle, voire doit-elle, s'appuyer sur ses intuitions, ses représentations, ses ressentis, ses croyances pour accompagner de manière optimale des parents et leur enfant ? Quelle est la marge de manœuvre ?

Finalement, qu'est-ce qui permet à l'infirmière puéricultrice d'un service de néonatalogie d'accompagner des parents dans la prise en soin de leur enfant né prématuré tout en respectant la singularité de chaque famille et de chaque situation ?

La problématique est donc de savoir comment la puéricultrice peut à la fois s'appuyer sur ces différents concepts de soins qui existent dans les services et à la fois s'en extraire pour accompagner de manière individuelle chaque famille ?

De toutes ces interrogations émergent une piste de réflexion sur une question de départ :

En quoi la mise en place des soins de développement interroge l'individualisation des soins par l'infirmière puéricultrice auprès d'un nouveau-né prématuré en service de néonatalogie ?

Ainsi, de cette question de départ et de ce travail de recherche, nous pouvons extraire différents concepts en soins infirmiers tels que l'autonomie, les représentations et les croyances. Tout cela s'inscrit au sein d'un service de réanimation néonatale, à travers des concepts de soins tels que les soins de développement, NIDCAP, Bullinger, mais également par l'approche du toucher. Dans ce contexte, il est important de s'interroger sur le rôle de l'infirmière puéricultrice.

Etape II : Le cadre contextuel

Pour débiter le cadre contextuel, il est important d'évoquer la puéricultrice, infirmière par sa formation initiale, ainsi que son rôle au sein d'un service de néonatalogie. Tout en décrivant les spécificités d'un tel service hospitalier, il sera question de la place de la prématurité dans notre société. Par la suite, seront développés des concepts de soin tels que les soins de développement mais également le toucher.

1. L'infirmière puéricultrice diplômée d'Etat

Afin de comprendre le métier de puéricultrice diplômée d'Etat, il est nécessaire de faire un bref focus sur l'infirmière diplômée d'Etat.

1.1 L'infirmière diplômée d'Etat

L'infirmière diplômée d'Etat est, une personne qui a suivi une formation de trois ans afin de pouvoir prodiguer des soins et ainsi préserver la santé des patients dont elle a la charge. Sa qualification est sanctionnée par un diplôme d'Etat⁵. C'est une professionnelle du soin qui, légalement est autorisée à dispenser des soins qualifiés de « soins infirmiers », tels que définis par le Code de la Santé Publique⁶. Elle a un rôle propre⁷ et un rôle sur prescription médicale⁸ qui lui permettent d'exercer au sein de différentes structures. Elle travaille en collaboration, en délégation et en partenariat avec différents acteurs de soins tout au long de sa carrière. Il existe de nombreuses définitions de l'infirmière que nous pouvons retrouver dans différents ouvrages tels que le Larousse, ou bien expliquées par de nombreux auteurs, ou encore détaillées sur le site des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), ainsi que d'autres sites dédiés à la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Ordre Infirmier, etc. qu'il n'est pas nécessaire de citer dans ce travail car très fastidieux et sans intérêt pour la suite. Cependant, une auteure, Dorothea Orem⁹, distingue les infirmières à travers leurs connaissances en sciences infirmières et leur capacité à déployer leurs connaissances et leur habilités spécialisées en vue de prodiguer des soins infirmiers dans différents types de situations. Cette vision de l'infirmière décrite par cette américaine est intéressante dans la poursuite de ce travail car elle met l'accent sur les connaissances et les habilités propres aux infirmières et à son raisonnement clinique pour chaque situation rencontrée.

Tout au long de sa carrière, l'infirmière peut évoluer et se former. Elle peut se spécialiser notamment dans le domaine de l'enfance et devenir infirmière puéricultrice diplômée d'Etat¹⁰.

1.2 La puéricultrice diplômée d'Etat

La formation de puéricultrice est une des spécialisations¹¹ de la formation infirmière. Le diplôme de puéricultrice diplômée d'Etat a été institué par le décret du 13 août 1947 par Robert Pringent, Ministre de la Santé. C'est notamment le professeur Marcel Lelong¹², pédiatre qui

⁵ Arrêté du 23 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier.

⁶ Code de la Santé Publique, article L.4311-1.

⁷ Code de la Santé Publique, article R.4311-5.

⁸ Code de la Santé Publique, article R.4311-5.

⁹ Dorothea Orem (1914-2007) est une infirmière théoricienne américaine qui a conçu le modèle de soins infirmiers, entre 1958-1965 appelé « Modèle Orem » ou « Théorie des soins infirmiers de déficit autosoins » (« Self-Care Deficit Theory of Nursing »).

¹⁰ Code de la Santé Publique, article R.4311-13.

¹¹ Au même titre que les infirmières anesthésistes, les « IADE » et les infirmières de bloc opératoire, « les IBODE ».

¹² Médecin et professeur agrégé de clinique, de pédiatrie et de puériculture à la Faculté de médecine de Paris de 1946 à 1963. Il était également membre de l'Académie nationale de médecine (1892-1973).

« fait valoir auprès du ministère de la Santé le besoin de « techniciennes » du soin aux enfants fragiles, malades ou prématurés et qui légitime la création de cette nouvelle profession¹³ ». Il fut donc un grand précurseur dans le développement des soins auprès des enfants prématurés et un des principaux créateurs de la profession de puéricultrice, avec d'autres pédiatres comme le professeur Robert Debré¹⁴. À cette époque, le diplôme s'adressait aux assistantes sociales, sages-femmes et infirmières. Il leur permettait de se spécialiser pendant une année afin d'assister les pédiatres et de participer à la prévention au sein des hôpitaux. Actuellement, cette spécialité s'adresse aux infirmières et sages-femmes. Il est important de préciser que ce décret a été promulgué deux ans après l'apparition de l'ordonnance du 2 novembre 1945. Cette ordonnance est créée après la seconde guerre mondiale en France afin d'instaurer des mesures de protection en faveur de la mère et de l'enfant et de lutter contre la mortalité et la morbidité infantile, et une natalité très basse après-guerre. C'est notamment la création de la Sécurité Sociale et de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui vont permettre d'améliorer la prise en charge des enfants et des familles. Puis, le 8 janvier 1947, est créé le Conseil Supérieur de l'Enfance dont la mission principale est de s'intéresser à l'enfance tant par l'approche législative, qu'éducative et sanitaire. Donc, au regard de ces circonstances, ce diplôme permet d'avoir recours à un personnel paramédical hautement spécialisé et qualifié dans le domaine de l'enfance.

Actuellement, afin de devenir puéricultrice, l'infirmière peut passer le concours d'infirmière puéricultrice soit dans la continuité de la formation initiale, soit après avoir acquis une expérience professionnelle. La réussite à ce concours permet d'intégrer une école de formation spécialisée, agréées par le Ministère des Solidarités et de la Santé. Cette formation dure douze mois : 1500 heures de formation au total, réparties entre enseignement théorique et pratique à l'école (650 heures), des périodes de stage (710 heures) et des temps dédiés aux travaux dirigés et aux évaluations (140 heures). Cet enseignement permet d'obtenir un diplôme d'Etat et de garantir un niveau d'expertise dans les soins spécifiques à donner pendant l'enfance afin d'exercer dans différents lieux prenant en soins des enfants de la naissance à l'adolescence voire jusqu'à leur majorité (pour certains lieux), tout en accompagnant et orientant les parents. Les études s'articulent autour de diverses thématiques autour de l'enfant et de la famille, allant de l'enfant sain à l'enfant atteint d'une ou plusieurs pathologies, en passant par la psychologie de

¹³ GASSIER, jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR, Colette. Guide de la puéricultrice. 3^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008, p.12.

¹⁴ Médecin, pédiatre français, considéré comme l'un des fondateurs de la pédiatrie moderne (1882-1972).

l'enfant et les différentes étapes de développement de l'enfant sur différents plans : staturo-pondéral, psychomoteur, alimentaire, etc.

Les connaissances les plus récentes, les savoir-faire, les observations et les expériences acquis tout au long de cette formation permettent, à la puéricultrice en devenir, une meilleure approche, une dynamique d'accompagnement pour comprendre les besoins de l'enfant, les différents processus de son développement. Cette exigence que confère cette formation spécifique met en exergue le fait que « *chaque enfant est un être unique, en pleine évolution, avec ses propres besoins physiologiques, psycho-affectifs et sociaux indissociables*¹⁵ ». La qualité de l'attention apportée à chaque enfant et la qualité de la réponse à ses besoins est le reflet du développement harmonieux de l'enfant.

Être puéricultrice, ce n'est pas seulement s'occuper d'un enfant mais c'est également une prise en soin globale de l'enfant, de ses parents et de la fratrie. D'ailleurs, Donald Winnicott¹⁶ souligne le fait qu'un bébé ne peut pas exister seul et fait partie d'une relation avec son environnement. Au-delà du fait que l'enfant dès sa naissance ne peut exister sans la figure maternelle ou tout substitut maternel qui en prend soin, l'enfant a besoin d'interagir avec son environnement, et l'un des premiers environnements reste sa famille. D'où l'importance, pour nous, professionnels, d'accompagner l'enfant et sa famille dans des moments particuliers de leur vie et de leur histoire de vie. Donc, la profession de puéricultrice s'exerce autant auprès des adultes que des enfants puisque l'accompagnement de l'enfant ne peut se faire sans l'accompagnement de ses parents.

Selon le référentiel d'activité de la puéricultrice, « *l'infirmière puéricultrice est une infirmière spécialisée qui a développé des compétences d'expertise clinique spécifiques à la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence, et à la santé de sa famille* ». Les différentes missions de la puéricultrice sont de contribuer à « *prendre soin des enfants pour maintenir, restaurer et promouvoir la santé, le développement, l'éveil, l'autonomie et la socialisation. Les activités de l'infirmier/ère puériculteur/trice concourent à l'accompagnement de la fonction parentale et participent, dans le cadre de projets de soins et de projets éducatifs pluri professionnels à la protection des enfants, à leur intégration dans la société, à la lutte contre les exclusions* ». Globalement, les activités de la puéricultrice sont à visée préventive, curative et éducative.

¹⁵ Extrait du Préambule de l'arrêté du 13 juillet 1983 relatif au programme d'étude préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice.

¹⁶ Pédopsychiatre et psychanalyste britannique (1896-1971).

La puéricultrice effectue ses activités d'accompagnement, d'éducation à la santé, et de soins, dans différents services de promotion et de protection de la santé de l'enfant et de sa famille. Elle œuvre dans des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et au sein de services d'accueil des enfants de la naissance à l'adolescence. Elle travaille en équipe pluridisciplinaire et en collaboration, en partenariat dans les réseaux. La puéricultrice peut exercer notamment dans un service de néonatalogie où elle s'occupe principalement d'enfants nés prématurément.

Avant de faire une partie sur la néonatalogie et pour comprendre la poursuite de ce travail, il est important, dans la continuité de cet écrit sur la puéricultrice de faire un point sur son rôle spécifique au sein d'une unité de néonatalogie.

1.3 La puéricultrice en service de néonatalogie : un rôle indispensable

Le rôle de la puéricultrice en néonatalogie est de répondre aux différents besoins du nouveau-né prématuré en prodiguant des soins de confort et des soins médicaux. Parallèlement, elle accompagne les parents et favorise la mise en place de la relation parent-enfant, du lien d'attachement mère-enfant en les incluant dans la prise en soin.

Dans un service de néonatalogie, l'infirmière puéricultrice s'inscrit dans une dynamique d'équipe dont l'ambition, au-delà de la survie de l'enfant, est de permettre à celui-ci de se construire au sein d'une famille, et vice et versa, en dépit d'une naissance prématurée et dans des conditions souvent difficiles. La professionnelle, ainsi que les autres professionnels de santé vont ainsi permettre, au-delà des soins, de favoriser des moments privilégiés entre les parents et le nouveau-né pour encourager la découverte de l'autre. La puéricultrice va faire le lien entre l'enfant et ses parents et va faire la transition entre l'accouchement et le moment où les parents découvrent la néonatalogie. Elle sera ainsi un repère sur lequel les parents pourront s'appuyer et pourra répondre à leurs interrogations. Elle est au plus près de l'enfant : elle observe et connaît au fur et à mesure les besoins de l'enfant prématuré ce qui permet d'asseoir une relation de confiance avec les parents. Les professionnels de santé travaillant dans ce type de service s'efforcent de répondre au mieux aux besoins de l'enfant, de comprendre son comportement, de repérer ses compétences, de mettre en place des méthodes de communication, de relation afin de favoriser le développement de ses capacités et son adaptabilité à son nouvel environnement. Il y a donc l'idée que ces professionnels, particulièrement l'infirmière puéricultrice, doivent innover et être en perpétuelle recherche de connaissances sur la prise en soin de ces enfants car cette prise en charge évolue de jour en jour.

Afin de comprendre et de mieux cerner le rôle de la puéricultrice, il est nécessaire d'évoquer la néonatalogie, d'en expliquer les spécificités et d'aborder la prématurité pour comprendre les enjeux de ce travail.

2. Le service de néonatalogie

« *Pénétrer dans un service de néonatalogie pour la première fois est une expérience sensorielle forte. Au milieu des couveuses, des parents et des soignants, face à la question des origines et devant le mystère de la conception, l'angoisse aux yeux est apparue. Nous pouvions voir des corps qui auraient dû être à l'abri des regards pour des semaines encore*¹⁷ ». Cette vision décrite comme une expérience hors du commun correspond en tout point à ce que j'ai ressenti la première fois que je suis allée dans un service de réanimation néonatale.

Les parents sont « *contraints de rencontrer leur bébé au sein du service de néonatalogie sous le regard permanent des soignants, des autres parents, coupés de leur groupe familial*¹⁸ ».

Il est essentiel de découvrir et comprendre les spécificités de ce service pour pouvoir se représenter la vision, la perception qu'un parent pourrait avoir.

2.1 Les spécificités de la néonatalogie

Dans les années 50, à la suite de la lutte contre la mortalité infantile, se développe une branche de la pédiatrie : la médecine néonatale qui s'intéresse aux enfants prématurés en particulier. Les différents équipements de ces services néonataux ainsi que le personnel adapté et qualifié ont permis d'améliorer la survie d'enfants autrefois condamnés.

Un grand bond en avant pour ces enfants repose sur la mise au point, au début des années 60, de techniques de réanimation et d'assistance respiratoire permettant de sauver les enfants en détresse vitale majeure. En France, en 1969, le père fondateur de la réanimation pédiatrique, le professeur Gilbert Huault¹⁹, a pratiqué et adapté aux enfants les techniques de réanimation utilisées en réanimation adulte. Ces techniques utilisant une intubation trachéales prolongée et adaptée avec un contrôle des gaz du sang et une ventilation assistée a permis de sauver la vie de nombreux nouveau-nés.

¹⁷ HUGUIER, Stéphanie, MOULIN, Géraldine. Dans l'intimité d'un service de néonatalogie », Dialogue 2016/2 (n° 212), p. 93 à 104, (consulté le 21/04/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2016-2-page-93.htm>.

¹⁸ Ibid. p. 93 à 104.

¹⁹ Pédiatre et réanimateur français (1932-2013).

De meilleures connaissances sur les mécanismes d'adaptation du nouveau-né et la physiopathologie néonatale ont permis de développer de nouvelles méthodes de réanimation et de prise en charge. La néonatalogie requiert une médecine de pointe, de haute précision avec des compétences spécifiques. C'est une discipline qui a évolué au fil du temps avec les progrès de la médecine.

Le terme « *néonatalogie* » a été utilisé pour la première fois en 1963 par un pédiatre américain, Alexandre Shaffer, dans un traité de médecine néonatale et concerne les affections néonatales et leur traitement. Auparavant, jusqu'aux années 50, les soins aux nouveau-nés n'étaient que du domaine des obstétriciens et non des pédiatres. Cette spécialité naissante autour de la médecine périnatale s'intéresse à la médecine du fœtus et du nouveau-né et permet la collaboration des obstétriciens et des pédiatres néonatalogues dans la prise en charge de l'enfant. Cela explique la concertation entre obstétriciens et néonatalogues et la création de ce service autour de cette spécialité hospitalière.

La mise en place d'une nouvelle organisation des soins, les plans périnataux²⁰ ainsi que les données épidémiologiques ont considérablement amélioré le pronostic de ces enfants, notamment avec la distinction des maternités en trois catégories distinctes²¹ permettant d'orienter les femmes enceintes vers le niveau de soins adapté aux risques identifiés pendant la grossesse.

Le nouveau-né, selon son terme de naissance et son état de santé, est pris en charge par une maternité dont les soins sont adaptés à ses besoins. Les maternités sont classées en trois types : type I, type II et type III. Le deuxième type se divise en deux catégories, II A et II B.

Type I : correspond à une maternité avec un service obstétrique sans hospitalisation néonatale. Elle prend en charge des grossesses dites « normales » et des nouveau-nés « bien portants » à partir de 37 SA pour des soins de puériculture.

Type II A : correspond à une maternité avec un service obstétrique et un service de pédiatrie néonatale accueillant des futures mères dont la grossesse et l'accouchement ne présentent à priori aucun risque et prenant en soins des nouveau-nés prématurés (terme supérieur à 34 SA et poids estimé supérieur à 1500g) ou à terme ayant besoin d'une courte hospitalisation.

²⁰ Dernier plan périnatal en 2016.

²¹ Classification selon le Plan de Périnatalité de 1994 et selon le décret du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

Type II B : correspond à une maternité avec un service obstétrique, un service de pédiatrie néonatale et une unité de soins intensifs prenant en charge les grossesses à risque et les menaces d'accouchement prématuré à partir de 32 SA.

Type II : correspond à une maternité avec un service de réanimation néonatale prenant en soins les grossesses pathologiques ou à risque (hypertension sévère, diabète, etc.), quel que soit le terme et accueillant les nouveau-nés présentant une défaillance des fonctions vitales et nécessitant une surveillance et des soins spécifiques.

Donc, le service de néonatalogie n'existe qu'au sein des maternités de type II et III. Les nouveau-nés, qui ont des difficultés d'alimentation ou ont contracté une infection à la naissance peuvent être pris en charge dans une maternité de type II alors que les maternités de type III qui disposent d'une unité de réanimation néonatale sont les seules en mesure d'accueillir des grands prématurés (terme inférieur à 32 SA et poids estimé inférieur à 1500g).

L'unité de néonatalogie est un service qui accueille des enfants nés prématurés, des enfants hypotrophes²² ou des enfants nés à terme mais qui présentent des pathologies à la naissance ou dans les jours qui suivent. Ces nouveau-nés nécessitent une surveillance très rapprochée avec des soins techniques spécifiques, des soins de confort et d'hygiène adaptés et personnalisés.

La néonatalogie prend en soin des enfants prématurés ou à terme, de la naissance à vingt-huit jours, qui présentent des pathologies néonatales ou chirurgicales telles qu'un retard de croissance intra-utérin, une détresse respiratoire, une souffrance cérébrale néonatale, des infections, des ictères sévères, une ou plusieurs pathologies malformatives (cardiaque, digestive, rénale, faciale, etc.) ou des troubles métaboliques.

Généralement, l'unité est divisée en plusieurs secteurs :

- La **réanimation néonatale** qui prend en charge des bébés très prématurés ou avec de grandes détresses vitales et qui ont besoin d'une surveillance rapprochée et des soins adaptés à la gravité de leur état de santé telles que la ventilation assistée, invasive ou non-invasive et la réanimation circulatoire ;
- Les **soins intensifs** qui prennent en soins des enfants plus stables mais avec un besoin de soins en continu ;

²² L'hypotrophie néonatale ou Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) caractérise des enfants ayant des mensurations de naissance, tels que le poids, la taille et le périmètre crânien, inférieures au 10^{ème} percentile, selon les courbes de référence de croissance fœtale.

- La **pédiatrie néonatale** ou **médecine néonatale** qui accueille les nouveau-nés qui ne relèvent ni de la réanimation ni des soins intensifs mais qui ont besoin de soins. Cela correspond à l'étape présortie et prépare au retour à domicile.

Les services de néonatalogie sont organisés sous forme de box vitrés pour pouvoir avoir en permanence un regard sur l'enfant ainsi que sur les appareils de surveillance et les perfusions. Par ailleurs, il existe dans ces services (dans les maternités de type II et III), quelques chambres mère-enfant, souvent appelées « unité mère-enfant²³ » ou « unité kangourou » pour les enfants modérément prématurés ou nécessitant des soins particuliers. Ces enfants sont accueillis dans ces unités avec leur mère afin de maintenir le lien parent-enfant et éviter toute séparation précoce. Dans ces unités faisant partie de la médecine néonatale, les soins sont réalisés en totalité ou pour partie dans la chambre et la mère est invitée à y participer. Ces chambres mère-enfant sont actuellement en plein développement puisqu'elles favorisent au maximum les liens d'attachement et l'autonomisation de la mère dans les soins à apporter à son enfant.

Le personnel en néonatalogie est une équipe pluridisciplinaires qui se compose de plusieurs pédiatres formés spécifiquement à la néonatalogie, d'un cadre infirmier ou d'un surveillant, d'infirmières et de puéricultrices, d'auxiliaires de puéricultures et d'aides-soignantes, de psychologues, de secrétaires médicales, mais aussi de spécialistes médicaux (ophtalmologues, cardiologues, psychiatre, radiologues, etc.) et paramédicaux (psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) et d'assistantes sociaux. La néonatalogie travaille également avec des partenaires extérieurs tels que les réseaux de périnatalité (la Protection Maternelle et Infantile (PMI), les maternités, le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), etc.), les associations (SOS Préma, SOS Allaitement, la Société Française de Néonatalogie, etc.) et des services administratifs et publics pour les démarches administratives (l'Etat Civil, Caisse d'Allocation Familiale (CAF), etc.).

L'équipe médicale et paramédicale accompagne les parents en leur donnant les moyens d'être progressivement autonome dans la prise en charge de leur enfant et en renforçant leurs liens. Dès les premiers jours de vie, les soins à l'enfant sont proposés sans être imposés aux parents car leur participation reste essentielle. Ils sont soutenus tout au long du séjour de l'enfant dans

²³ Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique, (consulté le 02/05/2020), disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

le service afin de devenir jour après jour de plus en plus autonome et mieux appréhender la prématurité de leur enfant.

Afin de poursuivre cet écrit, il est intéressant d'appréhender les grandes lignes concernant la prématurité et ses enjeux.

2.2 La prématurité

En 2019, 753 000²⁴ bébés sont nés en France. Si certaines naissances arrivent au terme de 41 SA, certains enfants arrivent plutôt.

Selon l'OMS, chaque année, 15 millions d'enfants naissent dans le monde prématurément, soit plus d'un enfant sur dix. En France, il y a plus de 60 000 naissances prématurées par an²⁵.

L'OMS considère une naissance prématurée lorsqu'elle survient avant 37 SA. Au-delà de 42 SA, il est question de post maturité. Trois niveaux de prématurités peuvent être distingués :

- La **prématurité moyenne** qui correspond à une naissance intervenant entre la 32^{ème} et la 36^{ème} SA + 6 jours, c'est-à-dire 7 à 8 mois de grossesse (85 % des prématurés²⁶) ;
- La **grande prématurité** qui correspond à une naissance se produisant entre la 28^{ème} et la 31^{ème} SA + 6 jours, soit 6 à 7 mois de grossesse (10 % des prématurés)²⁷ ;
- La **très grande ou extrême prématurité** qui correspond aux naissances survenant avant 28 semaines, soit avant 6 mois de grossesse (5 % des prématurés)²⁸.

En France, la limite de viabilité est fixée à 24 SA, bien qu'il existe des situations exceptionnelles où des nouveau-nés sont venus au monde plus tôt et ont survécu, mais aucune survie n'a été obtenue avant 23 SA (5 mois de grossesse)²⁹, car en France, aucune intervention n'est tentée sur les prématurés nés à 23 semaines, au vu des complications et des séquelles. La prise en charge d'un prématuré extrême résulte d'une décision collégiale, c'est-à-dire si les professionnels de santé l'estiment pertinente et si les parents le souhaitent également.

Par ailleurs, il est important de préciser que dans la prématurité moyenne, les nouveau-nés ont en grande partie un pronostic favorable, puisque 95 % vont survivre et seuls 5 % auront des séquelles. En revanche, les grands et très grands prématurés ont un pronostic moins favorable

²⁴ Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

²⁵ Etude EPIPAGE 2, (consulté le 02/05/2020), disponible sur : <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr>.

²⁶ Source INSERM : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite> (consulté le 02/05/2020).

²⁷ Ibid. (consulté le 02/05/2020).

²⁸ Ibid. (consulté le 02/05/2020).

²⁹ Ibid. (consulté le 02/05/2020).

et cela dépendra notamment de l'âge gestationnel. En effet, le pronostic est d'autant moins favorable que l'âge gestationnel est bas (les séquelles peuvent atteindre jusqu'à 15 à 30 % des survivants chez les très grands prématurés). Pour ces deux catégories de prématurité, les progrès de la médecine néonatale et la croissance de la prise en charge périnatale ont été très importants.

Les causes de la prématurité sont multiples mais pourtant il subsiste toujours de nos jours des zones d'ombre ne permettant pas de connaître les raisons de cette venue précoce au monde chez certaines femmes.

Les naissances prématurées peuvent être divisées en deux catégories : la prématurité spontanée avec un début de travail inopiné et la prématurité provoquée, induite avec intervention médicale et médicamenteuse.

La **prématurité spontanée** (50% des cas)³⁰ est due à des contractions précoces dont la cause n'est pas identifiée. Mais la plupart du temps, elle est due à des anomalies maternelles ou ovulaires telles qu'une rupture prématurée des membranes, une anomalie de l'utérus, une infection génito-urinaire (streptocoque B) ou généralisée (grippe, rubéole, toxoplasmose, etc.) une hydramnios (excès de liquide amniotique) ou a contrario une oligoamnios (diminution de la quantité de liquide amniotique), une primiparité (premier accouchement), des antécédents d'accouchement prématuré, des grossesses multiples (un tiers des enfants prématurés issus de ces grossesses) ou des avortements, une béance cervico-isthmique, un fibrome, du diabète, etc. A cela peut s'ajouter les âges extrêmes (une mère très jeune, moins de 18 ans ou très âgée, plus de 38 ans), la pénibilité du travail, des conditions socio-économiques défavorables, du stress physique et psychique, ou encore les intervalles entre les grossesses (grossesse rapprochée, moins d'un an ou au contraire très grand écart avec plus de dix ans) mais également la consommation d'alcool, de drogues et le tabagisme.

L'autre moitié des naissances prématurées correspond à une **prématurité provoquée** sur décision médicale. Il y a déclenchement de l'accouchement avant terme lorsqu'il existe un risque de complications graves, voire de décès du fœtus et/ou de la mère. Ce risque peut être lié chez le fœtus à un retard de croissance grave, à une souffrance fœtale, et chez la mère à une hypertension artérielle sévère pouvant conduire à des complications graves telles qu'une prééclampsie, voire une éclampsie avec convulsions et souffrance cérébrale, à un hématome rétro-placentaire (détachement prématuré du placenta accompagné d'un hématome), un

³⁰ Source INSERM : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite> (consulté le 02/05/2020).

placenta prævia (localisation anormalement basse du placenta) qui peut être responsable d'hémorragies sévères, ou encore un diabète maternel instable.

La prématurité engendre de multiples conséquences plus ou moins graves, à court et à long terme selon l'âge gestationnel du nouveau-né. Le nourrisson prématuré n'est pas capable de vivre dans le monde extérieur à l'utérus de la mère parce qu'il présente de nombreuses immaturités de ses fonctions vitales.

Sans entrer dans le détail et faire une énumération insipide, il est cependant nécessaire de citer brièvement les différentes immaturités des prématurés par système anatomique pour mieux en comprendre les complications et les conséquences. Une naissance prématurée interrompt le développement in utero des organes déjà constitués du nouveau-né. Cette immaturité touche quasi tout le système du nouveau-né prématuré et est la cause principale de mortalité et/ou de difficultés de développement. Il y a l'immaturité pulmonaire qui engendre des défaillances de la fonction respiratoire ; l'immaturité neurologique avec une immaturité du système nerveux central et de la commande neuro-respiratoire ; l'immaturité cardiorespiratoire avec l'immaturité du système de contrôle du rythme cardiaque qui provoque des ralentissements de la fréquence cardiaque, des bradycardies ; l'immaturité digestive avec le réflexe de succion-déglutition-respiration qui n'est pas encore acquis et une fonction digestive immature ; l'immaturité hépatique entraîne, plus rapidement chez le prématuré, un ictère ; l'immaturité rénale qui augmente la vulnérabilité aux modifications hémodynamiques, à la toxicité médicamenteuse ; l'immaturité de la peau qui entraîne également une immaturité au niveau de la thermorégulation ; l'immaturité du système immunitaire qui peut entraîner des infections graves.

En somme, les progrès de la médecine néonatale permettent aujourd'hui de pallier ces immaturités, au moins en partie, et d'en réduire les conséquences. Pourtant, selon l'OMS, « environ un million de nourrissons prématurés meurent chaque année ³¹ » dans le monde. Parmi ceux qui survivent, certains auront des séquelles irréversibles et souffriront d'incapacités à vie, non seulement sur un plan physique mais également neurologique. Les séquelles neurologiques sont très fréquentes et peuvent se manifester par des troubles moteurs avec un retard ou des difficultés à marcher, mais également des troubles cognitifs avec des difficultés de langage ou des troubles de l'attention et des troubles sensoriels, visuels ou auditifs. L'OMS estime que « les trois quarts de ces enfants prématurés pourraient survivre s'ils avaient accès

³¹ Source OMS : https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/fr/ (consulté le 03/05/2020).

*à des soins peu coûteux et à l'efficacité avérée : chaleur, aide à l'allaitement au sein et soins de base pour les infections et les difficultés respiratoires*³² ». De plus, la prévention des risques de prématurité, des décès et des complications dues à ces naissances prématurées permet d'avoir une grossesse en bonne santé, un suivi de grossesse et des soins de qualité avant et pendant la grossesse afin de garantir à toutes les femmes une expérience positive de la grossesse.

Les recherches dans ce domaine se poursuivent pour améliorer davantage la prise en charge de ces enfants. En effet, des études épidémiologiques nationales sur les petits âges gestationnels sont réalisés pour mieux connaître le devenir des enfants prématurés. Une première étude, nommée Epipage 1, est menée en 1997, par une équipe de recherche épidémiologique de l'INSERM³³, acteur majeur des progrès dans la recherche sur l'évolution et le devenir des prématurés. L'objectif est d'étudier la mortalité périnatale et néonatale des enfants grands prématurés en fonction de l'âge gestationnel, du poids de naissance et du type de naissance. Cette étude porte sur les enfants nés entre 22 et 32 semaines et dans neuf régions de France. Elle démontre une survie plus faible chez les nouveau-nés vivants avec un poids inférieur au 10^e percentile pour les âges gestationnels inférieurs à 32 semaines. De plus, la mortalité hospitalière est plus élevée pour les naissances multiples que pour les naissances uniques alors que la mortinatalité est plus faible. Près de 40% des enfants grands prématurés présentaient une déficience motrice, sensorielle ou cognitive à l'âge de cinq ans contre seulement 11% des enfants du même âge nés à terme. Donc, au total, le risque de déficience était environ quatre fois plus élevé chez les grands prématurés par rapport aux enfants nés à terme. Cependant, les formes sévères de déficiences ne concernaient que 5% des enfants. A partir de 32 semaines de grossesse, le risque de complications immédiates et à long terme est nettement réduit mais n'est pas nul : 4% des enfants nés à 32 SA présentent une paralysie cérébrale à 5 ans. De plus, les taux d'hospitalisations des enfants nés à 38 semaines sont encore supérieurs à ceux observés chez les enfants nés à terme (8,8% contre 6,4%). La prématurité modérée ne doit donc pas être banalisée pour autant³⁴.

Une deuxième étude, Epipage 2, est réalisée en 2011 et les premières données montrent une amélioration significative, depuis 1997, de la survie des enfants nés entre 25 et 31 SA. En effet, la prise en charge de la prématurité a changé depuis les années 90 : le nombre de cas a augmenté et les pratiques médicales en obstétrique et en néonatalogie ont évolué. L'étude Epipage 2 met

³² Sources OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>, (consulté le 08/05/2020).

³³ Institut national de la santé et de la recherche médicale.

³⁴ Source Epipage : <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etude-epipage1> (consulté le 08/05/2020).

à jour les données sur la survie de ces enfants prématurés de la naissance à douze ans. Ces données montrent une augmentation de survie après 25 SA : 59% à 25 semaines, 75% à 26 semaines, 94% entre 27-31 semaines et 99% entre 32 et 34 SA. Le taux de sortie de l'unité de néonatalogie sans pathologie grave est de 30% à 25 semaines, 48% à 26 semaines, 81% entre 27-31 semaines et 97% entre 32-34 SA. Néanmoins, le pronostic des enfants avant 25 semaines de gestation demeure très incertain³⁵.

L'évolution de la santé dépend de chaque enfant et peu d'indicateurs permettent de savoir avec précision si un enfant prématuré va développer des complications et des séquelles à long terme. Néanmoins, certains facteurs sont plus favorables que d'autres, notamment un âge gestationnel plus avancé, un poids de naissance supérieur à la normale pour l'âge gestationnel. Les risques de détresse respiratoire sévère ou d'atteinte neurologique, et les durées moyennes de séjour dans une unité d'hospitalisation néonatale diminuent avec l'âge gestationnel. La durée d'hospitalisation des prématurés est très variable et dépend de l'évolution de son état de santé. Le pédiatre validera la sortie lorsqu'il juge que l'état de santé de l'enfant est compatible avec une vie en dehors de l'hôpital. En général, un enfant peut sortir de l'hôpital lorsqu'il est devenu autonome du point de vue respiratoire et digestif. Après la sortie de l'hôpital, il va être suivi jusqu'à sept ans (correspond au début de la scolarisation et le début des apprentissages scolaires) afin de déceler les conséquences de la prématurité et observer la croissance de l'enfant. Ce suivi, qui n'est pas obligatoire, peut être réalisé par la PMI, le CAMSP, un pédiatre libéral, le médecin généraliste, etc. Cependant, il s'agit parfois d'un suivi insuffisant ou inégal dû à un manque de moyens et une pénurie de professionnels de santé. Il est important de savoir que la croissance staturo-pondérale du prématuré est plus rapide que celle de l'enfant né à terme. Pendant les 2 premières années de l'enfant, le médecin référent tiendra compte de son « âge corrigé » c'est-à-dire l'âge qu'il aurait s'il était né à la date prévue et non de son « âge réel » ou « âge civil » (âge chronologique) qui correspond au temps passé depuis sa naissance. Cet « âge corrigé », permet de déterminer si l'enfant prématuré a atteint les étapes du développement, les acquisitions psychomotrices et la croissance tel que c'est attendu. La plupart des enfants prématurés se développent comme les autres enfants de leur âge.

Progressivement, des réseaux de périnatalité se sont mis en place et continuent à s'organiser toujours. Ils favorisent l'accès aux soins des femmes et des nouveau-nés et permettent d'améliorer la prise en charge mère-enfant autour de la naissance. Ces réseaux ont également

³⁵ Source Epipage : <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/> (consulté le 08/05/2020).

permis d'œuvrer autour de la prématurité en créant des associations, des organismes, des fédérations, etc. Il existe, notamment, l'association SOS Préma, créée en 2004, par des parents d'enfants prématurés qui accompagne, écoute, conseille et oriente. Puis, en 2007, est née la Fondation PremUp. il s'agit d'une fondation de coopération scientifique qui a pour mission la protection de la santé de la femme enceinte et du nouveau-né. Elle est dédiée également à la recherche autour de la prématurité et a pour ambition de réduire la prématurité par un meilleur diagnostic et une meilleure prise en charge des grossesses pathologiques. D'autres organismes existent et contribuent à l'amélioration de la prise en charge des nouveau-nés prématurés tant par les parents que par les professionnels de santé (l'association Sparadrap, la EFCNI³⁶, etc.)

En outre, la prise en charge des enfants a considérablement évolué et tend à s'intégrer dans le plus grand respect possible de leur rythme veille/sommeil, de leurs besoins et réduire le stress et l'anxiété générés par les stimulations extérieures. C'est dans cette optique que s'organisent des concepts de soin, tels que les soins de développement.

3. Des concepts de soins

Il existe de nombreuses approches de soins. J'ai fait le choix de centrer ce travail de recherche sur les soins de développement qui est l'essence même de cet écrit.

3.1 Les soins de développement : plus qu'un concept, une philosophie de soins

Lorsqu'il naît, l'enfant fait l'expérience de nouvelles stimulations sensorielles, différentes de celles qu'il percevait dans le ventre de sa mère. Ces stimuli sont souvent inadaptés chez les enfants, en particulier ceux nés prématurément car source d'inconfort, d'insécurité et cela empêche une bonne adaptation à son nouvel environnement. Cela peut nuire également à son développement global par la dystimulation, par des situations qui peuvent dépasser ses capacités et ses compétences.

Depuis quelques années, les services de néonatalogie mettent en place des programmes de soins afin de limiter les différentes sources de stimulation et veillent à garantir le plus possible le confort du nouveau-né. Ce sont les « soins de développement » ou soins de soutien au développement de l'enfant. Cela regroupe l'ensemble des stratégies environnementales et comportementales mises en place par les unités de néonatalogie afin de favoriser un développement harmonieux d'un enfant prématuré ou né à terme. Cette approche est personnalisée, individualisée et privilégie des soins centrés sur les besoins de l'enfant et sur la

³⁶ European Foundation for Care of Newborn Infants ou Fédération européenne d'associations de parents d'enfants prématurés.

famille. Les soins réalisés sur le nouveau-né sont adaptés à son comportement et non sur des tâches à suivre. Au-delà d'une technique de soins, c'est une philosophie de soins. Il s'agit de penser le soin au cœur même de la technique et de la médecine. D'un point de vue philosophique, c'est une approche réflexive qui interroge la pratique du soignant, qui l'initie à se décentrer des techniques médicales pour reconnaître l'existence et la légitimité des besoins de l'enfant pris en soin.

Les soins de développement permettent donc d'individualiser au mieux la prise en soin après une observation attentive par les soignants du nouveau-né prématuré. La forme la plus « aboutie » avec un haut niveau de preuves scientifiques est le NIDCAP.

3.2 Les soins de soutien au développement par le programme NIDCAP

Le NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program ou Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement) est une approche scientifique centrée sur l'enfant et sa famille. Elle est née aux États-Unis grâce aux travaux de Heidelise Als³⁷.

Dans les années 80, Als développe avec Thomas B. Brazelton³⁸ un instrument diagnostique par l'intermédiaire d'une grille d'évaluation neurocomportementale globale et systématique des nouveau-nés prématurés et à terme, appelée Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB) ou Evaluation du Comportement du Nouveau-né Prématuré. En effet, selon cette psychologue américaine, les nombreuses agressions extérieures subies par le nouveau-né prématuré en réanimation néonatale tels que les nombreuses manipulations, la douleur, l'excès de bruit et de lumière, le non-respect du cycle veille/sommeil ainsi que la séparation avec la mère peuvent être des stimuli nocifs pour le développement de ces enfants dont tous les organes, et en particulier le système nerveux, sont encore immatures. C'est pourquoi, en 1986, en complément des mesures mises en place sur l'amélioration de l'environnement en réanimation appelées « soins du développement », elle crée le programme NIDCAP. Il s'agit à la fois d'une théorie synactive du développement, d'un outil d'observation comportementale, d'une méthode (avec les soins de développement) et d'une évaluation médico-économique. Ce programme novateur tient compte du nouveau-né prématuré dans sa globalité afin d'améliorer son développement dans ses composantes physiologiques, neurologiques, comportementales et relationnelles. Le prématuré est considéré comme acteur de son propre développement puisque les soins sont

³⁷ Psychologue américaine et professeure en psychologie à la faculté de médecine à l'université Harvard (1940-).

³⁸ Pédiatre américain et fondateur de « l'échelle de Brazelton » (ou Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale, BNBAS), outil d'évaluation du comportement du nouveau-né dès 1973 (1918-2018).

individualisés grâce à la grille d'observations comportementales APIB. Cette philosophie de soins intègre les parents qui deviennent coacteurs de la prise en soin de l'enfant et tend à donner plus d'humanité, de bienfaisance et de bienveillance à des soins conventionnels, sans être délétère.

Depuis plusieurs décennies, le NIDCAP s'est développé sur différents territoires, notamment l'Amérique du Nord, la Scandinavie, la Belgique et l'Angleterre. En France, dans les années 90, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brest a été le premier à importer ce programme et est devenu centre formateur certifié, unique centre à cette époque sur le territoire français. Progressivement, les services de réanimation pédiatrique et de néonatalogie se sont formés aux soins de développement et des équipes de plusieurs hôpitaux ont été certifiées NIDCAP. Parmi les premiers hôpitaux à développer ce concept, figurent Montpellier et Toulouse (en 2007), Besançon (en 2008), Strasbourg (en 2009) ou encore Valenciennes (en 2016) dans le Nord et bien d'autres. Rappelons qu'en 2017, le CHU de Toulouse a ouvert également un centre de formation NIDCAP. Ainsi, l'Europe compte trois centres de formation : à Brest, Toulouse et Bruxelles.

La formation NIDCAP s'adresse à toute une équipe de professionnels de santé et non pas à un soignant isolé. L'implantation de ce type de projet nécessite l'adhésion et l'implication de toute une équipe pluridisciplinaire. Cet approche se réfléchit et s'approfondit en équipe avec un objectif commun : améliorer la prise en soin de l'enfant prématuré à travers un développement harmonieux. Il existe un guide complet de la formation NIDCAP, rédigé par la Fédération Internationale NIDCAP (NFI) qui explique en détail les démarches à suivre pour réaliser cette formation spécifique (qui comporte trois niveaux de formation) et tous ses enjeux. L'apprentissage peut durer de quelques semaines (douze semaines pour le niveau 1 à plusieurs années (trois ans pour le niveau 3) afin d'appréhender les soins de développement, les compétences pratiques nécessaires à ceux-ci, l'observation comportementale du nouveau-né et la mise en place de cette pratique dans un service de néonatalogie. Une formation spécifique sur l'allaitement maternel dans un contexte de prématurité est également proposée. Cet enseignement NIDCAP peut être complété par une formation APIB (méthode d'évaluation rationnelle du comportement du nouveau-né). Un programme de certification NIDCAP est possible par la suite afin de reconnaître l'excellence du service de néonatalogie d'un hôpital dans l'application du programme néonatal individualisé d'évaluation et de soutien du développement pour les nouveau-nés et leurs parents. L'éligibilité à la certification NIDCAP des unités de néonatalogie répond à un cahier des charges précis sous les recommandations de

la NFI que je ne détaillerai pas dans cet écrit car très fastidieux mais qui peut être consulté sur le site de NIDCAP³⁹.

En pratique, le NIDCAP repose sur des stratégies environnementales et comportementales avec des objectifs parfois méconnus ou exagérés, comme penser qu'il faut simplement mettre un enfant prématuré dans l'obscurité. Il s'agit de mener, le plus possible en présence des parents, une observation répétée et formalisée du comportement de l'enfant en réponse à des stimulations et/ou au repos. Cette observation permet d'apporter des pistes de réflexion afin de diminuer les comportements de stress, améliorer le bien-être de l'enfant et favoriser un comportement d'autorégulation et de stabilité. L'amélioration de ces connaissances concernant son comportement lui permet de bénéficier d'un développement global harmonieux et de répondre à ses besoins spécifiques et son rythme. En fonction du comportement de l'enfant, les soins sont individualisés et adaptés à ses compétences physiologiques. Il s'agit d'un travail précis et fastidieux à mettre en place. Il est nécessaire d'en expliquer la synthèse aux parents et de transcrire les observations régulières dans le dossier de l'enfant. Donc, cela peut devenir chronophage et demande une coordination et une motivation de toute l'équipe médicale et paramédicale pour la réussite de ce projet.

Le comportement du nouveau-né prématuré est observé selon cinq composantes : le système végétatif qui permet la régulation cardio-respiratoire, le système moteur, le rythme veille-sommeil, le système d'auto-régulation et l'attention/l'interaction. Les compétences de l'enfant sont observées au travers de comportements d'approche et de retrait.

Les **stratégies environnementales** reposent sur une réduction et une adaptation des niveaux sonores excessifs des différents appareils entourant l'enfant ainsi que les bruits émis par les soignants et les parents. Les stimuli sonores démesurés ont un impact négatif sur la stabilité cardio-respiratoire et des effets néfastes à long terme sur le plan développemental. Les matériaux des unités de soins sont repensés pour absorber le plus possible le bruit. Il est important également de réduire et d'adapter l'intensité de la lumière pendant et en dehors des soins. L'exposition du nouveau-né à une lumière adaptée et contrôlée permet de se rapprocher le plus possible de son stade de développement et aux différents moments de la journée. Une attention toute particulière est apportée à la protection de la rétine en évitant de diriger la lumière dans les yeux même si les paupières sont fermées. L'environnement global de l'enfant

³⁹ Source NIDCAP : <https://nidcap.org/fr/programs-and-certifications/nidcap-nursery-assessment-and-certification/overview-4/> (consulté le 09/05/2020).

est repensé afin de proposer un cadre soutenant le lien parents/enfant en facilitant l'accès et l'accueil des familles dans la structure et le service, la possibilité de dormir, de se relaxer et de se restaurer sur place. L'organisation des unités de soins tend à avoir des unités avec chambres mère/enfant afin de favoriser le développement émotionnel de l'enfant et de ses parents et faciliter les liens d'attachement qui peuvent être biaisés dans cette période particulière.

Les **stratégies comportementales** reposent sur une observation précise du comportement de l'enfant et le respect des cycles de veille et de sommeil. Ces stratégies supposent une modification de l'organisation des soins et la nécessité d'individualiser les soins à chaque nouveau-né et à chaque famille. Les soins doivent être à la fois regroupés pour diminuer le nombre de manipulations et répartis (fractionnés) sur la journée afin de préserver les phases de récupération et de sommeil. Certains enfants parmi les plus prématurés ne supportent pas les soins prolongés. Il est nécessaire de tenir compte des besoins des parents, d'adapter les horaires des visites et de ne pas les limiter. La présence des parents est la clé du succès des soins et un soutien de l'adaptation, de l'autorégulation et la stabilité du prématuré. La succion non-nutritive déclenchée par l'utilisation d'une tétine physiologique, de saccharose ou l'odeur du lait maternel a un effet apaisant sur le prématuré.

La posture du nouveau-né prématuré est essentielle lors du couchage et durant les soins. En effet, une posture en flexion et une position regroupée sont favorisées avec un enveloppement à l'aide d'un lange, avec l'utilisation de cocons et de nids ou encore grâce à une contention manuelle. Cela permet de délimiter un environnement immédiat secure pour l'enfant, d'améliorer l'autorégulation (mains au visage et à la bouche) et de diminuer le stress et une douleur aiguë provoquée par des soins de routine comme un change, une pesée. La pratique du « peau à peau » est très encouragée car elle favorise un soutien postural et enveloppement, mais également l'implication des familles. Il a un impact positif sur la stabilité cardio-respiratoire et thermique, le sommeil, la mise en place des liens d'attachement et l'allaitement maternel.

Globalement, comme toute technique de soins, une évaluation des résultats obtenus est nécessaire pour déterminer son impact sur le prématuré et sa famille. Les prématurés qui ont bénéficié de ce type de programme ont fait un séjour hospitalier plus court que des nouveau-nés soignés de manière conventionnelle : moins de complications médicales, une meilleure croissance (prise de poids, taille, etc.) et une accélération du passage à une alimentation orale, un meilleur développement neurocomportemental, une durée de ventilation artificielle et une oxygénothérapie plus courtes, une diminution des apnées, des bradycardies et des régurgitations sont observés. Du côté des parents, certains auteurs soulignent une diminution du stress chez

des parents impliqués dans ces soins. Ils ont une meilleure compréhension de l'enfant et une amélioration du lien d'attachement avec l'enfant est constatée. Ils ont davantage confiance en eux, dans leur rôle de parents et dans les compétences de leur enfant. Les conditions de retour à domicile du prématuré sont plus favorables et l'allaitement maternel est prolongé également. Un des objectifs essentiels de cette démarche est de diminuer les troubles du comportement et les difficultés d'apprentissage, plus présents chez des enfants nés prématurément. Cependant, il n'y a pas encore assez de recul avec les études actuelles pour confirmer une telle diminution à long terme. Certaines études ont néanmoins mis en avant les effets positifs sur les capacités mentales, motrices et organisationnelles. En ce qui concerne les équipes soignantes, leurs pratiques de soins et leur expertise dans ce domaine s'améliorent et tend vers une démarche de bienveillance et de qualité. Elles comprennent davantage les besoins du prématurés, bénéficient du soutien parental et mettent en place une relation de confiance renforcée.

Enfin, le NIDCAP est un concept éthique et une aventure humaine se voulant comme une philosophie de soins qui place l'enfant prématuré et sa famille au centre du soin. Il entre dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la démarche qualité. Néanmoins, ce n'est pas l'unique approche de soins qui tente de correspondre au plus près avec l'environnement intra-utérin. Tout en partageant des objectifs communs à ce programme, l'approche sensorimotrice de Bullinger est une autre manière d'envisager les soins de soutien au développement.

3.3 Le développement sensori-moteur de l'enfant par André Bullinger

L'approche sensorimotrice ou sensori-tonique du professeur André Bullinger est issue de la psychologie du développement qu'il a créée initialement pour la prise en charge d'adolescents porteurs de handicap. En se fondant sur ses différents travaux, en 2004, cette approche amène une nouvelle perspective sur le développement sensorimoteur de l'enfant, à travers des points de vue théoriques et cliniques. Ces soins sensori-moteurs s'appuient sur les dimensions sensorimotrices et tonico-émotionnelles de l'évolution d'un enfant. Pour Bullinger « *le développement de l'enfant est un processus et non un état* ». Les troubles sensorimoteurs peuvent provoquer des déséquilibres importants dans le développement précoce de l'enfant : des difficultés motrices, des troubles relationnels et du comportement et des troubles d'organisation spatiotemporelle. Avec cette approche, les professionnels de santé et les parents peuvent intervenir en s'appuyant sur le développement et les acquisitions de l'enfant. Il s'agit, par exemple, de repenser l'installation de l'enfant dans différentes positions, de réfléchir aux appuis lors de postures facilitatrices, de prendre en compte tout l'environnement de l'enfant.

L'enfant devient auteur et acteur de son développement comme de ses soins. Son développement précoce est dépendant des influences sensorielles du milieu dans lequel il grandit, de la posture corporelle que l'entourage lui procure et des changements tonico-émotionnels qui l'envahissent. L'apparition de symptômes et de réactions est le résultat d'un processus d'adaptation à toute cette instabilité. L'identification des besoins spécifiques de l'enfant permet de réajuster cet environnement fluctuant afin de favoriser un développement harmonieux.

Le bilan sensorimoteur de Bullinger est issu et associé à cette approche. Il s'agit d'un outil d'évaluation globale et spécifique qui permet d'identifier les compétences motrices, posturales et sensorielles de l'enfant dans une perspective cognitive, émotionnelle (et tonico-émotionnelle) et relationnelle. Il est réalisé avec l'aide et le soutien des parents. Il intègre également, les répercussions sur l'activité psychique, sociale et émotionnelle.

L'application de l'approche sensorimotrice trouve place dans le champs des handicaps moteurs et sensoriels, mais également des troubles et déficits instrumentaux des troubles du développement et du comportement, du retard mental de la perte d'autonomie à tous les âges de la vie. Plus précoces sont l'intervention et l'identification des risques, plus il est possible de limiter l'installation d'un déficit ou d'un trouble, et même de l'éviter. Cette pratique ne peut se réaliser sans le concours de toute une équipe pluridisciplinaire et sans faire l'économie du temps.

Dans le cas de la prématurité, le modèle de soins sensorimoteurs ou de soins de soutien au développement proposé par Bullinger « *vise à stabiliser l'équilibre sensori-tonique du bébé en aménageant l'environnement et la qualité des soins. Il ne s'agit pas de recréer les conditions de vie in utero mais de proposer les appuis adaptés et les sollicitations ajustées aux besoins du bébé⁴⁰ »*. Ce modèle s'inspire des travaux réalisés par Als abordés précédemment. Bullinger met en exergue l'importance « *d'organiser un environnement physique et social adapté au système nerveux immature de l'enfant⁴¹ »* mais également « *de proposer des expériences sensorimotrices qui, par leur adéquation aux besoins de l'enfant, vont participer à la maturation du système nerveux central⁴² »*. Cela rejoint l'approche d'Als sur la mise en place de stratégies environnementales et comportementales, tout en incluant une dimension

⁴⁰ KLOECKNER, Anja. Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. *Contraste* 2008/1-2 (N° 28-29), p 157 à 178, (consulté le 09/05/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-contraste-2008-1-page-157.htm>.

⁴¹ Ibid. (consulté le 09/05/2020).

⁴² Ibid. (consulté le 09/05/2020).

sensorimotrice et tonico-émotionnelle. En effet, dans cette perspective, Bullinger insiste sur l'importance de la prévention des troubles du développement dus aux perturbations somatiques, sensorimotrices et psychologiques. Il est nécessaire « *d'accueillir l'enfant prématuré en tenant compte de sa sensibilité, de ses compétences motrices, de sa capacité à être en relation, ce qui nous amène à le considérer non seulement dans l'état présent mais aussi à le projeter dans l'avenir en tant qu'être en évolution constante, engagé dans un processus*⁴³ ». Cela souligne la nécessité de la mise en place de soins préventifs qui empêchent ou freinent l'installation de désorganisations et de répercussions à différents niveaux du développement (postural, praxique, affectif) de l'enfant.

Cette approche propose des objectifs relevant d'actions mises en place : adapter l'environnement en repérant les situations dystimulantes, intégrer les soins sensorimoteurs dans les projets de soins et favoriser le partenariat avec l'enfant lors des soins et encourager la relation parentale.

Toute cette réflexion autour des soins de soutien au développement met l'accent sur des acquisitions qui restent fragiles durant cette période particulière de la prématurité. L'objectif est d'assurer un environnement adapté à la maturation, aux besoins et au rythme de l'enfant prématuré. C'est dans cette perspective que la construction de l'équilibre sensori-tonique du bébé se met en place et se consolide progressivement. Le prématuré devient l'instigateur de son développement et reprend sa place au sein de sa famille, auprès de ses parents. Des parents qui par ailleurs ont une place capitale dans ces soins de développement.

3.4 La place des parents dans les soins de développement

L'implication des parents dans les soins de développement du prématuré est fondamentale. En effet, non seulement c'est la clé du succès des soins, mais cela leur permet de mieux comprendre les comportements de leur enfant.

La prématurité et l'univers de la néonatalogie engendrent très souvent chez les parents un sentiment d'angoisse, de culpabilité inévitable et des difficultés à mettre en place des interactions avec l'enfant. La réciprocité des interactions entre cet enfant prématuré et les parents est un élément précurseur au processus d'attachement. Ce processus ne peut se développer sans la présence des parents auprès de l'enfant. Ainsi, les soins de développement permettent de centrer les soins sur la famille et rendre la place qui incombe aux parents, co-

⁴³ Ibid. (consulté le 09/05/2020).

régulateurs essentiels de l'enfant. Puisqu'il s'agit de soins individualisés centrés sur le nouveau-né et sa famille, la prise en charge doit également se focaliser sur les besoins des parents en tenant compte de leurs forces, leurs faiblesses et leurs difficultés. Lorsqu'il y a une naissance prématurée, les parents ont besoin d'un certain temps pour se préparer à leur nouveau rôle de parents, et pour se faire à l'idée que la réalité est différente de ce qu'ils imaginaient : ils s'attendaient à avoir un enfant né à terme alors que leur enfant est arrivé plutôt, il est petit et fragile. Avant la naissance, il y a cet enfant imaginaire, notion développée par Serge Lebovici⁴⁴. Il s'agit de l'enfant de l'inconscient, des rêveries. L'enfant imaginaire « *est celui dont toute petite fille a rêvé. Il est l'enfant supposé tout réparer, tout combler*⁴⁵ ». La mère va rêver de son futur bébé, va se créer des représentations autour de cet enfant : son physique, sa personnalité, son avenir, etc. Après la naissance, les parents sont confrontés à l'enfant réel qui a des besoins propres. Avec la prématurité, cette image de l'enfant réel est d'autant plus brutale que les parents n'ont pas eu le temps de s'y préparer. Ils sont émotionnellement bouleversés. C'est en ce sens que les soins de développement permettent d'accompagner les parents en leur laissant le temps et l'espace pour s'impliquer auprès de leur enfant. Par ailleurs, les soignants savent que cette rencontre soudaine et surprenante avec leur enfant peut perturber les parents et de ce fait, ils leur laissent du temps pour s'impliquer dans les soins de développement. Afin de participer et d'adhérer à ces soins, les parents doivent être prêts physiquement et psychiquement. Une fois qu'ils sont disposés à cela, une infirmière (ou puéricultrice) du service les guidera et leur expliquera les différents comportements, compétences et besoins de l'enfant afin qu'ils puissent l'accompagner au mieux. Cependant, il arrive que des parents ne souhaitent pas participer aux soins, du moins de suite. L'idée de ces soins est de proposer mais pas d'imposer. Chaque parent a sa propre opinion, sa propre histoire et fait des choix suivant ses capacités. Le rôle des professionnels de santé est d'accompagner ces parents, sans les culpabiliser pour qu'ils puissent devenir autonomes.

Les parents ont un rôle soutenant et une place essentielle et inhérente dans les stratégies mises en place par les soins de développement. Leur participation aux soins et à la prise de décision reste néanmoins importante. Les différents soins doivent être réalisés, dès que possible, avec leur concours et avec un soutien adapté de la part de l'équipe soignante. Ils sont garants de la continuité des soins et du processus de guérison : ils observent leur enfant et le connaissent quasi parfaitement au fil du temps et donc peuvent transmettre des informations précieuses aux

⁴⁴ Psychiatre, professeur de psychiatrie et psychanalyste Français (1915-2000).

⁴⁵ Cf. cours Mme Delobelle (psychologue) du 30/09/2019 « Notions de psychologie et parentalité ».

différentes équipes qui interagissent autour de l'enfant. Les équipes soignantes peuvent changer régulièrement et quotidiennement, mais les parents, eux, sont toujours là tout au long de l'hospitalisation, au plus proche de l'enfant.

Les parents de nouveau-nés qui ont pu bénéficier des soins de développement quels qu'ils soient (Bullinger, NIDCAP) se sentent davantage investis dans leur rôle et ont trouvé plus facilement leur place auprès de leur enfant et dans ce type de service. Grâce aux soins centrés sur la famille et à la compréhension des besoins individuels de l'enfant, les mères qui ont le projet d'allaiter, ont senti leur allaitement mieux géré et soutenu. Par ailleurs, le lait maternel est indispensable pour nourrir un enfant extrêmement prématuré car il présente de nombreux bienfaits, notamment pour le développement neurologique de l'enfant. Dans le cadre des soins de développement, afin de favoriser les montées de lait chez la mère, la mise en contact rapproché est recommandée.

En effet, le contact de l'enfant avec les parents est très fortement encouragé sous la forme de « peau à peau ». Cette méthode est également appelée méthode « kangourou », créée en 1978 en Colombie par le pédiatre Edgar Rey Sanabria⁴⁶. Au départ, cette pratique est mise en place comme mesure d'urgence pour maintenir la température des enfants prématurés en l'absence d'incubateur et limiter la séparation mère-bébé. Ce contact très rapproché permet à l'enfant d'améliorer son bien-être : être rassuré, apaisé et réduire son stress. Les nouveau-nés prématurés (et également à terme) ayant bénéficié du peau à peau avec leurs parents ont une évolution favorable. Selon l'OMS, le portage en peau à peau « *est défini par le portage d'un enfant, en position ventrale, vêtu uniquement d'une couche et d'un bonnet entre les seins de sa mère ou contre le torse du père, strictement peau contre peau* »⁴⁷. Il est préconisé le plus tôt possible, dès la naissance et le plus longtemps possible. Il présente de nombreux bénéfices, scientifiquement prouvés, que ce soit pour l'enfant mais aussi pour ses parents. Sur un plan physiologique, il améliore le rythme cardiaque, la fréquence respiratoire, la saturation, la température, la prise de poids, la montée de lait chez la mère, etc., et donc de se réguler. Les risques infectieux sont également réduits. Au niveau comportemental, il diminue les pleurs de

⁴⁶ HURAUX-RENDU, Christiane, CHARPAK, Nathalie. La méthode kangourou : pour la restauration d'un lien prématurément interrompu. *Bébés et cultures* (2008), p. 117 à 120, (consulté le 02/05/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/bebes-et-cultures--9782749210131-page-117.htm>.

⁴⁷ Source SOSPREMA : <https://www.sosprema.com/page/177691-les-soins-de-developpement>, (consulté le 10/05/2020).

l'enfant, les cris, l'angoisse, l'inconfort. Et sur un plan psycho-social, il permet au nouveau-né d'interagir avec ses parents, de les sentir, de favoriser les liens d'attachement.

Globalement, les soins de développement permettent d'une certaine manière de restaurer l'unité parent-enfant et de donner une place déterminante aux parents. Leur présence permet de faire du peau à peau, approche psychocorporelle bénéfique pour le développement du nouveau-né. Les programmes de soins de développement recommandent « *une gestion optimale des stimulations sensorielles et de la plasticité cérébrale. Ils ont pour but de limiter le stress de l'enfant prématuré, d'améliorer son environnement et ainsi de contribuer à son bien-être et son développement*⁴⁸ ». Ces méthodes intègrent également, en plus du peau à peau, le toucher comme élément essentiel.

3.5 L'approche du toucher

Le toucher fait partie intégrante des soins de développement puisqu'il favorise non seulement les interactions du nouveau-né avec son environnement mais aussi l'instauration d'un lien entre le nouveau-né et ses parents. C'est un des premiers moyens de communication (communication non verbale) qui est mis en place très précocement. En effet, « *in utero, les sens ne se développent pas simultanément mais plutôt de manière successive : d'abord le toucher, puis l'olfaction, le goût, l'audition et enfin la vision*⁴⁹ ». D'ailleurs, certains récepteurs du toucher apparaissent dès la 4^{ème} semaine de grossesse. Ces récepteurs se multiplient et évoluent au fur et à mesure du développement du fœtus lui permettant de percevoir et de ressentir la température interne, les vibrations, les pressions, la douleur, etc. Ces récepteurs tactiles se trouvent sur l'ensemble du corps : sur la peau (qui est le plus grand organe du toucher), mais également à l'intérieur de certains organes, des muscles et des articulations. L'ensemble du corps du fœtus va réagir aux différents stimuli tactiles. Cependant, il est important de préciser que certaines stimulations tactiles ou une surstimulation peuvent s'avérer inappropriées chez l'enfant prématuré. En effet, même si le prématuré est doté de capacités tactiles précoces, il est très sensible aux stimulations sensorielles, notamment neurosensorielles qui peuvent provoquer un stress et perturber son développement. Ainsi, depuis quelques années, les différentes études et les connaissances scientifiques, notamment en matière de soins de développement ont permis d'avoir un regard critique sur le développement neurosensoriel et les capacités cérébrales des prématurés afin d'améliorer les soins et leur prise en charge, en tenant compte dans les

⁴⁸ LEJEUNE, Fleur, GENTAZ, Edouard. Le toucher chez les enfants prématurés, *Enfance* 2013/1 (N° 1), p. 33-48 (consulté le 09/05/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2013-1-page-33.htm>.

⁴⁹ Ibid. (consulté le 09/05/2020).

programmes d'intervention précoce, du « *rôle crucial dévolu au toucher*⁵⁰ ». Il s'agit de s'appuyer sur la plasticité cérébrale du nouveau-né et d'adapter les stimulations sensorielles, notamment tactiles sans induire de douleur et/ou d'inconfort. Cela peut être mis en place à travers, par exemple, l'introduction d'une pieuvre tricotée (respectant les normes de sécurité) afin de permettre l'agrippement de celle-ci et non des sondes et autres dispositifs médicaux ; ou l'installation du nouveau-né dans un cocon pour qu'il ait des appuis, la pratique des soins avec une tierce personne (soignante ou parent) qui enveloppe l'enfant avec ses mains afin d'instaurer un environnement sécurisé et apaisant. Il est donc question, tout en respectant les besoins du nouveau-né, ses phases d'éveil et de sommeil, de favoriser des stimulations tactiles optimales, « *harmonieuses, équilibrées et non douloureuses*⁵¹ » afin de contribuer à l'amélioration du devenir neurodéveloppemental du nouveau-né prématuré.

Ce toucher peut également être pratiqué à travers la thérapie du massage qui est fondée sur l'approche sensori-moteur et la mise en place de la relation parent/enfant. En effet, cette technique du massage est utilisée de manière réfléchie et adaptée : le prématuré étant fragile et sensible, le massage est effectué par des pressions modérées et durant un temps défini afin de ne pas le désorganiser et le perturber. Il ne s'agit pas d'effleurer ou de caresser le nouveau-né afin de ne pas le dystimuler. Des études⁵² ont démontré les effets bénéfiques de cette thérapie par le massage sur les enfants prématurés dès la période néonatale à travers des prises de poids significatives, la diminution des durées d'hospitalisations dans les services néonataux, la diminution des complications néonatales, un meilleur sommeil, la baisse des comportements de stress et la diminution d'une réponse de douleur lors de certains soins. Ce massage a une influence positive sur le développement cérébral et cognitif. De plus en plus de professionnels des services de néonatalogie sont formés aux massages des nouveau-nés prématurés et peuvent guider les parents. Cela multiplie les modes de communication et d'interaction tout en favorisant la mise en place de l'attachement parent/nouveau-né et l'amélioration de la confiance des parents dans leur rôle. Le toucher mis en place s'accompagne par la parole et renforce ainsi la congruence du message transmis au nouveau-né.

A la suite de cette partie sur les concepts de soins qui posent le cadre contextuel de ce travail et interroge la puéricultrice sur son rôle, nous pouvons nous pencher sur son autonomie et ses représentations quant à une prise en charge individualisée d'un nouveau-né prématuré.

⁵⁰ Ibid. (consulté le 09/05/2020).

⁵¹ Ibid. (consulté le 09/05/2020).

⁵² Ibid. (consulté le 09/05/2020).

Lorsque j'ai élaboré la question de départ (question hypothétique) qui a émergé du questionnement après les deux situations vécues et analysées, en premier lieu est sortie la question suivante : en quoi les soins de développement laissent une part d'autonomie, de liberté à l'infirmière puéricultrice pour prendre en soin un nouveau-né prématuré et s'appuyer sur ces représentations et ces croyances ? De cette question et du questionnement ressort les concepts d'autonomie, de représentations et de croyance. Puis en avançant dans la recherche, j'ai modifié la question de départ vers une question de recherche pour cibler d'avantage l'individualisation des soins tout en gardant les concepts cités précédemment mais qui n'apparaissent plus dans la question mais sont sous-entendus.

Etape III : Le cadre conceptuel

A travers ce cadre conceptuel, il s'agit de comprendre la pratique professionnelle de la puéricultrice en s'interrogeant sur la part d'autonomie qu'elle peut avoir dans les soins, en particulier dans ce contexte de soins de développement mais également de s'interroger sur ses représentations du soin dans cette approche.

1. L'autonomie

Afin de débiter cette partie, il est nécessaire de s'attarder sur une définition du mot « autonomie ». Celle-ci en a de nombreuses qu'il serait fastidieux et inutile de toutes les citer dans cet écrit. Néanmoins, certaines se rapprochent et correspondent à cet écrit que nous allons développer. L'une d'elles décrit l'autonomie comme « la capacité d'agir par soi-même, autrement dit d'agir sans avoir besoin des autres⁵³ », d'agir librement. Il existe donc une notion de liberté, d'indépendance qui se dégage de l'autonomie. Une indépendance morale et intellectuelle qui permet d'avoir une autonomie de la conscience et d'affirmer sa pensée, sa raison et sa volonté. Selon le philosophe Emmanuel Kant⁵⁴, l'autonomie est « *le fait de se donner à soi-même une loi* ». En effet, *-auto* signifie « soi-même » et *-nomos* la loi ou le fait de se gouverner par ses propres lois⁵⁵. Il s'agit de se donner à soi-même une ligne de conduite, de se créer une règle de conduite en s'appuyant sur sa raison. C'est cette raison qui dicte la loi, une manière d'agir éthiquement. Cette éthique de Kant fait partie des nombreuses sources de réflexion sur la prise en compte de l'autonomie dans le cadre des soins. La question de l'autonomie de la personne soignée est très souvent soulignée, respectée et met en avant sa

⁵³ FORAY, Philippe. Autonomie. Le Télémaque 2017/1 (N° 51), p. 19 à 28, (consulté le 10/05/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-telemaque-2017-1-page-19.htm>.

⁵⁴ KANT, Emmanuel. Fondements de la métaphysique des mœurs (1785), Paris, Delagrave.

⁵⁵ CNRTL (en ligne) Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (consulté le 25/05/2020), disponible sur : <http://www.cnrtl.fr>.

capacité à décider par lui-même et pour lui-même. Mais, dans ce projet, il s'agit de s'intéresser à l'autonomie de l'infirmière puéricultrice, notamment lorsqu'il existe dans un service des méthodes de soins, une philosophie de travail comme les soins de développement.

L'autonomie, dans le soin infirmier, c'est « *l'ensemble des habiletés permettant à une personne de gérer ses actes de vie quotidienne, par ses propres moyens, de subvenir à ses besoins personnels*⁵⁶ ». Cette autonomie rentre dans son rôle propre vu précédemment et intègre selon Virginia Henderson⁵⁷ la notion qu'elle « *doit être légalement une praticienne indépendante, ayant la capacité (au sens d'aptitude et juridique du terme) à avoir des jugements indépendants, du moment que cela ne concerne pas la maladie, dont le diagnostic, le pronostic et le traitement relèvent de la fonction du médecin*⁵⁸ ». Donc, l'autonomie de la puéricultrice sous-entend qu'elle peut agir en ayant « *l'autorité pour tout ce qui touche les soins infirmiers* ». Elle a alors la « *faculté à prendre des initiatives et des décisions dans le cadre de la compétence spécifique reconnue par son diplôme de formation initiale et par les textes officiels régissant sa profession*⁵⁹ ». Cette autonomie s'inscrit dans une optique de posture réflexive qui s'appuie sur des pratiques professionnelles évitant de tomber dans une routine de travail, dans un fonctionnement par habitude. C'est-à-dire qu'il s'agit non pas de faire pour faire, mais d'agir avec une posture critique et réflexive en mobilisant les savoirs et l'expérience.

La notion d'autonomie entre également dans la démarche de formation, notamment la formation de puéricultrice. En effet, en tant qu'étudiante puéricultrice, je suis « *acteur à part entière de cet acte volontaire de formation spécialisée*⁶⁰ ». Il existe ainsi une marge d'autonomie et d'initiative dont il faut en assumer la responsabilité. Cette autonomie ne signifie pas avoir une indépendance absolue dans la réalisation des soins par exemple, mais plutôt qu'il existe une certaine liberté de manœuvre avec la notion que cette liberté n'est pas totale et qu'elle est limitée par celle des autres (les équipes soignantes, les différents partenaires pluridisciplinaires, les parents, etc.) mais également par les compétences requises. La possibilité de la mise en place de cette autonomie est envisageable lorsqu'une communication de qualité est présente entre les différentes parties. L'autonomie dans cette démarche de formation permet d'asoir la future autonomie que nous aurons en tant que puéricultrice et de s'approprier des champs

⁵⁶ PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. 4^{ème} éd. : Setes 2018, p.59.

⁵⁷ HENDERSON, Virginia. La nature des soins infirmiers. Présentation des textes par COLLIÈRE, M.F. Paris : Interéditions. 1994.

⁵⁸ PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. 4^{ème} éd. : Setes 2018, p.60.

⁵⁹ Ibid. p.60.

⁶⁰ GASSIER, jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR, Colette. Guide de la puéricultrice. 3^{ème} éd. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008, p.60.

d'intervention possibles. Elle est favorisée par l'acquisition de connaissances, d'apprentissages théoriques et pratiques, ainsi que le développement des postures et des attitudes professionnelles. La formation conditionne également à l'autonomie de l'étudiante d'une part et de la future puéricultrice à venir d'autre part. En effet, cette autonomie, qui évolue au fil du temps et des expériences, va permettre d'acquérir la capacité d'accompagner par exemple au mieux les parents dans l'apprentissage de leur propre autonomie en répondant aux besoins de leur enfant. Il y a là la recherche d'une autonomie professionnelle. Cette autonomie s'acquiert et varie tout au long de l'existence.

Cette autonomie professionnelle s'accompagne d'une certaine responsabilité car même si nous pouvons choisir d'agir de manière autonome avec volonté et discernement, cela ne peut se faire sans répondre de nos actes du fait même de cette liberté de choix et d'action. La responsabilité apparaît comme un « *devoir à l'égard des autres, sans attendre de réciprocité ou de retour* ⁶¹ ». Cela signifie que cette autonomie d'action se fait tout de même en vertu du sens moral et éthique. Cette notion d'autonomie ne peut finalement être dissociée de la responsabilité. Il est question en particulier de la responsabilité morale, c'est-à-dire que la puéricultrice doit répondre de ses actes et ses intentions devant sa conscience. Il y a la notion de valeur et d'éthique qui entre en jeu. Cette éthique est une notion qui s'adapte parfaitement aux soins infirmiers et à la notion du « *care* », et de ce fait au métier de la puéricultrice.

Il me semble important de s'attarder sur l'éthique du *care* qui s'imbrique dans l'autonomie de la puéricultrice. Il s'agit de l'éthique même de la profession, de la préoccupation première qu'est le souci de l'autre, de la sollicitude, de prendre soin de l'autre. Avoir l'autonomie d'agir de telle ou telle manière avec l'ambition de considérer l'autre, l'enfant, le parent comme important. Il existe deux dimensions dans ce *care* et dans l'exercice de la puéricultrice : d'une part, il s'agit de soigner (ce qui correspond à une dimension technique et répond à des compétences), d'autre part, il y a le prendre soin (qui a une dimension relationnelle et souligne de l'empathie). Le *care*, selon Carol Gilligan⁶², se présente comme « *la capacité de prendre soin d'autrui* ». Elle met l'accent sur les rapports humains et sur le bien-être de l'autre avec une attention particulière portée sur autrui. C'est une auteure intéressante à citer car elle conçoit deux types d'éthique du *care* : d'un côté, une éthique « *basée sur la loi, sur le devoir, plutôt*

⁶¹ PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. 4^{ème} éd. : Setes 2018, p.362.

⁶² Philosophe et psychologue américaine (1936-) (consulté le 11/05/2020), disponible sur : <https://chaire-philosophie.fr/ethique-du-care/>.

*masculine dans son acception kantienne*⁶³ » et d'un autre côté, une version plus féminine « *qui intègre l'expérience, les notions de relations humaines et les questions de vulnérabilité, de sensibilité*⁶⁴ ». Il s'agit surtout de donner une place centrale à l'individu en tant que personne singulière. Ce qui évoque la notion d'expérience dans l'autonomie et la singularité de chaque individu. Cette autonomie dans la pratique induit une individualisation (notion importante de cette recherche) des soins par la puéricultrice pour répondre de manière optimale aux besoins de chacun et à la singularité de chaque situation. Dans la profession puéricultrice, le concept du *care* présente des particularités propre à la pédiatrie qui place l'enfant comme sujet du soin. Selon Walter Hesbeen⁶⁵, le « prendre soin » fait référence à une orientation philosophique du soin et non à une orientation scientifique car l'être humain, l'enfant, est considéré comme un sujet singulier et non un objet de soins. Le soin est décrit comme un moyen d'être attentif à l'autre, de faire attention à son bien-être, de son état et de son confort. Il fait la distinction entre « prendre soin » et « faire des soins ». Le *care* en pédiatrie est un concept qui s'appuie sur des théories de soins spécifiques à l'enfant telles que les soins de développement vu précédemment qui portent sur le développement de l'enfant prématuré en réanimation néonatale et sur l'intégration de la famille dans les soins à l'enfant. Les soins aux enfants demandent une performance technique et relationnelle nécessitant des compétences particulières que l'autonomie met en avant. L'autonomie d'agir de la puéricultrice selon son expérience auprès des enfants lui permet d'ajuster sa pratique des soins au gré des réactions et des besoins de l'enfant.

La recherche de cette autonomie professionnelle est un enjeu majeur pour la puéricultrice car elle constitue un certain aboutissement de la professionnalisation de sa pratique. Elle ne s'acquiert pas d'emblée mais nécessite du temps pour se construire. La puéricultrice est amenée à agir de manière autonome non seulement selon ses propres lois (qui font références à la santé) mais également selon un système de dépendance qui comprend tous les acteurs interagissant dans ce système de santé (médecins, infirmiers, institution, etc.), qui, eux aussi, agissent selon leurs propres lois. Même si la puéricultrice reste dépendante du champ médical et paramédical, elle conserve une autonomie au travers du choix de ses orientations, de son jugement clinique.

⁶³ NOEL-HUREAUX, Elisabeth. Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? Recherche en soins infirmiers 2015/3 (N° 122), p. 7 à 17, (consulté le 11/05/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-7.htm>.

⁶⁴ Ibid. (consulté le 11/05/2020).

⁶⁵ Infirmier et docteur en santé publique belge (1954-).

Par ailleurs, elle peut être amenée à disposer de cette autonomie en s'appuyant sur ses représentations.

2. Les représentations

Il existe de nombreuses formes de représentations : les représentations sociales, des soins, de la maladie, de la santé, etc. Celles qui nous intéressent dans ce travail de recherche concernent les représentations que la puéricultrice peut avoir dans le domaine du soin.

Lorsque nous intégrons une formation destinée à travailler auprès d'enfants, nous, étudiantes⁶⁶, avons une image de l'enfant, de sa famille, de notre future profession de puéricultrice parfois idéalisée ou au contraire caricaturée. Ce sont des représentations construites au fil de nos expériences personnelles et professionnelles à travers l'acquisition de connaissances, d'observation sur le sujet. Comme par exemple, les représentations de l'approche du toucher qui peuvent émerger selon sa propre opinion. Il s'agit d'une manière d'interpréter, de penser, de remodeler la réalité qui nous entoure. Cela constitue une forme de maîtrise et de meilleure compréhension, d'explication de notre environnement. Ces représentations peuvent être à la fois individuelles et collectives. Lorsqu'une équipe travaille sur un projet de soin dans son unité, comme par exemple dans notre cas les soins de développement, il est important que les représentations de chacun soient prises en compte afin d'élaborer des représentations communes au groupe de travail et obtenir un consensus afin de fédérer toute l'équipe pour atteindre un objectif de qualité dans la prise en charge des enfants. Ces représentations ont également un caractère parfois symbolique, imagé et même créatif. Elles définissent d'une certaine manière l'identité personnelle de la personne et son identité sociale au sein d'un groupe et d'un environnement. A travers ses représentations, l'individu, et en particulier la puéricultrice dans ce contexte, construit son identité professionnelle, ses savoirs et l'affirmation d'elle-même. En effet, ses représentations ont plusieurs fonctions⁶⁷ : « *une fonction de savoir permettant de comprendre et expliquer la réalité ; une fonction identitaire permettant de définir l'identité d'un groupe professionnel ou social ; une fonction d'orientation guidant les comportements et les pratiques ; une fonction de justification permettant de justifier les prises de position et les attitudes* ». Ces représentations appartiennent aux domaines de la psychologie, de la philosophie et du social. Cependant, elles ne reposent pas sur des connaissances

⁶⁶ Lire indifféremment étudiant/étudiante.

⁶⁷ GASSIER, jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR, Colette. Guide de la puéricultrice. 3^{ème} éd. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008, p.60.

scientifiques mais plutôt sur le sens commun, c'est-à-dire sur des idéologies, des valeurs et des croyances.

Les croyances font partie intégrante de la vie de tous les jours. Dans cet écrit, il ne s'agit pas des croyances religieuses mais plutôt d'une forme de croyance individuelle dans la prise en soin. Ces croyances correspondent à notre réflexion et notre raisonnement. Chaque personne a ses propres croyances importantes pour celles qui y croient et banales ou ridicules aux yeux des autres. Quel que soit la situation rencontrée, la puéricultrice, comme tout individu, fait ce qu'elle croit le mieux pour accompagner, soigner, conseiller, etc. Ces croyances sont propres à la personnalité, l'expérience et les représentations. Elles amènent à la réflexion et l'argumentation de nos actions sans qu'il y ait une notion rationnelle et scientifique. Comme le prétend Emmanuel Bourdieu⁶⁸ « *la croyance précède toujours, pour ainsi dire, les expériences ou les arguments, qu'on invoque, éventuellement pour la justifier* ». Selon Georges Thines et Agnès Lempereur, « *la croyance se fonde sur l'intuition personnelle*⁶⁹ ». C'est cette même intuition qui guide l'infirmière puéricultrice dans sa pratique professionnelle quotidienne.

L'intuition, sur un plan philosophique correspond à « *la connaissance directe et immédiate d'une vérité qui se présente à la pensée avec la clarté d'une évidence, qui servira de principe et de fondement au raisonnement déductif*⁷⁰ ». Autrement dit, il s'agit d'une certitude absolue qui apparaît à la vitesse de l'éclair et nous éclaire dans nos choix et nos actions. Selon les auteurs de La pensée infirmière⁷¹ « *l'intuition est une forme de connaissance issue d'une capacité de comprendre une situation à partir de données imprécises [...] et elle est cruciale pour le développement de l'expertise* ». Il s'agit, à travers cette intuition, de mettre en avant la capacité de la puéricultrice à exercer son jugement clinique. Cette intuition peut se présenter comme une invitation à l'autonomie de la puéricultrice dans les soins et va lui permettre de répondre aux mieux aux besoins de l'enfant et de sa famille.

Les représentations, les croyances et les intuitions guident d'une certaine manière la puéricultrice dans sa pratique et dans l'individualisation des soins apportés aux enfants.

⁶⁸ Emmanuel Bourdieu (1965-), philosophe, dramaturge, scénariste et réalisateur français, fils cadet du sociologue renommé Pierre Bourdieu.

⁶⁹ PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. 4^{ème} éd. : Setes 2018, p.126.

⁷⁰ PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. 4^{ème} éd. : Setes 2018, p.255.

⁷¹ KEROUAC, Suzanne et PEPIN, Jacinthe et al. La pensée infirmière. 3^{ème} éd. Canada : Chenelière Education. 2010.

Pour conclure cette partie sur les concepts qui ont pu éclairer le sujet, nous pouvons poursuivre par la formulation d'une hypothèse de recherche.

Etape IV : La formulation d'hypothèses de recherche

À la suite des recherches et de la rédaction du cadre théorique (contextuel et conceptuel) et afin de répondre à la problématique suivante :

En quoi la mise en place des soins de développement interroge le prendre soin par l'infirmière puéricultrice auprès d'un nouveau-né prématuré en service de néonatalogie ?

J'ai élaboré l'hypothèse suivante :

L'implantation des soins de développement en service de néonatalogie apporte une plus-value à l'autonomie de la puéricultrice et à l'individualisation des soins.

Afin de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de recherche, il est important de préparer la phase exploratoire en construisant la méthodologie de l'enquête.

Etape V : La phase exploratoire

1. La méthodologie de l'enquête

1.1 Le choix de l'outil de l'enquête

J'ai choisi de mener l'enquête avec des entretiens semi-directifs car il s'agit d'une méthode de recueil de données qualitatives qui permet d'obtenir des informations sur un sujet donné et précis en récoltant l'opinion d'une ou plusieurs personnes. Selon le sociologue belge, Luc Van Campenhoudt⁷² : « *L'entretien semi-directif, ou semi-dirigé, est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est pas entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. Mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue. Autant que possible, il « laissera venir » l'interviewer afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte, de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible* ». Ce choix va me permettre en tant qu'enquêteur d'obtenir des réactions et l'avis de l'enquêté

⁷² QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995.

quant aux connaissances que j'ai sur le sujet abordé. L'ordre dans lequel vont être abordés les questions n'aura pas d'importance et me permettra d'avoir une certaine liberté et souplesse pour diriger l'entretien. Pour ce travail, il nous est demandé trois à cinq entretiens.

1.2 Les objectifs de l'enquête

Cet enquête va permettre :

- D'obtenir des informations complémentaires à comparer avec le cadre théorique ;
- D'avoir l'opinion des professionnels de santé sur le terrain ;
- De confirmer ou d'infirmier l'hypothèse ;
- De soulever des *a priori* ou des idées préconçues ;
- D'enrichir mon travail et trouver des axes d'amélioration.

1.3 Les structures investiguées

Afin de pouvoir comparer, j'ai souhaité effectuer les entretiens auprès d'un service de néonatalogie qui pratique les soins de développement, d'une part, et d'un service de néonatalogie labélisé NIDCAP d'autre part afin d'étayer mon projet et d'observer d'éventuelles ressemblances et/ou différences. Début juin, avec l'accord de la référente du projet professionnel, j'ai contacté les cadres de deux services de néonatalogie afin de prendre rendez-vous pour interroger des puéricultrices. Afin de contacter ces services, j'ai demandé les coordonnées à la référente du projet professionnel pour le premier service de soins et pour le second service, j'avais les coordonnées de la cadre puisqu'il s'agit du lieu de mon premier stage de la formation puéricultrice et d'un des lieux de la situation d'appel. Quelques jours après, j'ai pu réaliser les entretiens au sein des deux services.

1.4 La population cible

Dans cette investigation, j'ai souhaité interviewer quatre puéricultrices volontaires et disponibles travaillant en néonatalogie : deux dans chaque service (labélisé ou non), avec à chaque fois une référente et une qui pratique les soins de développement afin d'avoir une vision globale sur le sujet. Cependant, dans le service de néonatalogie labélisé NIDCAP, une des puéricultrices n'a pas pu se rendre disponible car son emploi du temps ne l'a pas permis. Donc, au total, j'ai interrogé trois puéricultrices : une référente NIDCAP, une référence en soins de développement et une puéricultrice pratiquant ces soins. Même si je n'ai pu interviewer cette quatrième puéricultrice pour avoir davantage d'opinion sur sa pratique et enrichir d'avantage mon analyse et la recherche, cela n'a pas posé de problème pour la suite du travail.

1.5 Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les **critères d'inclusion** sont les puéricultrices, la disponibilité de l'interviewé, tous sexe et âge confondus, travail en horaires de jour ou de nuit, professionnels du secteur privé ou public.

Les **critères d'exclusion** sont les infirmières, les cadres de santé.

1.6 La grille d'entretien

La grille d'entretien⁷³ est réalisée sous forme de six questions écrites et ouvertes afin de laisser une certaine liberté d'expression sur le sujet à la personne interrogée. Afin de construire ces questions, je me suis appuyée sur la question de recherche, la problématique et l'hypothèse. A travers ces questions, il s'agit de répondre à la problématique et de savoir si l'hypothèse proposée se vérifie ou non. Avec l'accord des différentes professionnelles, j'ai enregistré les échanges à l'aide d'un dictaphone pour les retranscrire par la suite. L'enregistrement me permet d'être plus attentive et de ne pas omettre des informations qui pourraient être importantes. Il permet également un échange plus fluide et plus agréable pour l'interviewée qui ne se retrouve pas à parler face à une personne qui ne fait qu'écrire. Pendant que la puéricultrice s'exprime, je note quelques notions, quelques mots qui me semblent en rapport avec le sujet ou qui ressortent souvent tout en restant bien à l'écoute. J'ai précisé aux puéricultrices que l'entretien est anonyme et n'est diffusé sur aucun réseau social et sera diffusé seulement sous forme écrite pour l'obtention du diplôme d'Etat de puéricultrice et à des fins pédagogique au sein de l'institut.

1.7 Les limites de l'enquête

L'entretien semi-directif est un outil d'enquête qui laisse, comme vu précédemment, une certaine liberté dans les échanges. Cependant, il est difficile à mener car il ne faut pas trop aiguiller la personne interrogée pour ne pas biaiser les résultats de l'analyse. Il faut rester neutre pour ne pas influencer son discours. En même temps, si la personne s'éloigne du sujet, il faut savoir l'aiguiller. Ce type d'entretien ne doit pas durer longtemps. Il faut donc être vigilant par rapport au temps prévu et ne pas se disperser. De plus, bien que trois entretiens puissent très bien être pertinents pour un sujet de projet professionnel, ils ne représentent qu'un début de recherche et ne balayent pas un large panel.

1.8 Les difficultés rencontrées lors des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans une pièce au sein des services. Même si au préalable j'avais demandé la possibilité d'effectuer les entretiens dans une pièce calme et à l'abri du bruit et de ne pas être dérangé, cela n'a pas été le cas. En effet, pour les trois entretiens, les conditions

⁷³ Cf. Annexe I.

n'ont pas été optimales : les échanges ont été interrompus par les autres professionnels du service, soit pour chercher des documents qui se trouvaient dans la pièce, soit pour demander des informations à la puéricultrice interrogée. Lors d'un des entretiens, le téléphone n'a pas arrêté de sonner. Le service de néonatalogie est une unité où les professionnels de santé sont très sollicités. Il est donc important d'être conscient de cela. Cette interruption a engendré quelques difficultés à la reprise du cours de la pensée de la personne interrogée. De plus, dans un des services, j'ai interrogé deux professionnelles ce qui peut biaiser les résultats de l'analyse car la pratique professionnelle est quasi identique et cela peut restreindre la vision et la pratique du soin.

Comme toute enquête, il est nécessaire d'analyser les résultats obtenus, de les comparer et de les mettre en lien avec la théorie.

2. L'analyse des résultats de l'enquête et la mise en lien avec le cadre de référence⁷⁴

Les personnes interrogées sont trois puéricultrices que je nomme **PDE 1**, **PDE 2** et **PDE 3** pour faciliter l'analyse des entretiens et également afin de garder l'anonymat. Les questions abordées répondent à des objectifs précis que je recherche et qui sont inconnus des puéricultrices.

La question 1 est d'ordre général et permet de débiter l'entretien afin de connaître l'ancienneté de la puéricultrice, son expérience professionnelle.

La **PDE 1** a suivi des études de puéricultrice juste après avoir été diplômée infirmière. Cela fait 11 ans qu'elle est puéricultrice et travaille dans le même service de néonatalogie depuis ce temps-là. Elle a la certification NIDCAP depuis 7 ans et est référente NIDCAP depuis 1 an.

La **PDE 2** a été diplômée infirmière il y a 6 ans. Depuis, elle a travaillé 3 ans et demi en oncologie adulte, notamment en soins intensifs hématologiques, en service de greffe. Puis, elle a travaillé en oncologie pédiatrique pendant 6 mois avant d'entrer en école de puéricultrices. Elle est diplômée depuis 1 an et demi et travaille dans le service de néonatalogie depuis l'obtention du diplôme.

La **PDE 3** est diplômée puéricultrice en 2008. Elle a poursuivi les études de puéricultrice tout de suite après l'obtention du diplôme d'infirmière. Elle est donc puéricultrice depuis 12 ans et travaille dans le même service de néonatalogie depuis ce temps. Depuis ses débuts dans le

⁷⁴ Cf. Annexe II.

service, elle a été formée aux soins de développement et est devenue rapidement référente en soins de développement.

A travers, ces trois témoignages, nous pouvons constater qu'elles n'ont que peu ou pas d'expérience dans les domaines autres que la néonatalogie. Pour la plupart, elles ont continué leurs études après l'obtention du diplôme d'infirmière pour se spécialiser en puériculture. Les PDE 1 et 3 ont une grande expérience (plus de dix ans) dans le domaine néonatal et sont référentes en soins de développement, dont une certifiée NIDCAP. Cette notion d'expérience est importante à relever et à retenir pour la suite du travail car elle sera soulevée à plusieurs reprises par la suite.

Les questions 2 et 3 permettent de découvrir l'impact des soins de développement sur la pratique de la puéricultrice, à travers le prendre soins et le lien qu'elle fait entre sa pratique actuelle et ces soins.

La **PDE 1** décrit le prendre soin comme étant quelque chose de très large. Il s'agit pour elle de s'adapter au rythme et aux besoins du bébé en fonction de son comportement, de ce qu'il montre. Ainsi, elle lui apporte les soins dont il a besoin dans les meilleures conditions, d'une manière optimale. Elle fait en sorte que le bébé soit le moins déstabilisé possible, qu'il soit en position confortable. Lorsqu'elle observe et détecte des petits signes d'inconfort, elle arrête les soins et fait une pause. Elle explique qu'il faut savoir dire stop, s'arrêter et expliquer aux parents que pour répondre aux besoins de leur enfant il faut suivre son rythme et non celui des soins. Selon elle, la labélisation NIDCAP a permis toute cette réflexion et a apporté des changements dans la manière de faire les choses. Elle est plus attentive à ce que l'enfant lui montre. Elle décrit que toute l'équipe est dans cette optique, dans cette façon de faire. Même si tout le monde n'a pas eu la formation, elles ont toutes la même vision de travail. Dès qu'elles intègrent ce service, elles sont baignées dans cette pratique. Ce qui change pour elle en tant que référente, c'est qu'elle est plus dans l'observation que ses collègues et plus autant dans les soins. Elle explique qu'avec le temps et l'expérience, elle a pris de la maturité et se sent plus à l'aise.

Pour la **PDE 2** le prendre soin est quelque chose d'essentiel dans la prise en charge de l'enfant. Ce sont à la fois les soins de confort, les soins d'hygiène et les soins techniques. Pour elle, même si c'est un service avec beaucoup de soins techniques, les soins de confort sont très importants pour le développement de l'enfant et pour son évolution. Elle explique qu'elle a toujours connu les soins de développement, que ce soit durant la formation ou dans ce service. Pour elle, il s'agit d'une formation de base et elle ne connaît pas d'autres manières de travailler

qu'avec ces soins-là. Elle n'a pas d'autres expériences que ce service de néonatalogie. Elle décrit son rôle dans le bien-être et le confort de l'enfant avec l'intégration des parents en les éduquant sur les gestes permettant par la suite de rentrer au domicile. La formation aux soins de développement lui a permis de se sentir plus à l'aise avec les réactions du bébé, de mieux répondre à ses besoins, d'être plus doux dans ses gestes.

Pour la **PDE 3** le prendre soin c'est aider l'enfant à se développer, à grandir, c'est-à-dire à finir ce qui n'a pas pu être fait dans le ventre de sa mère. Pour elle, il s'agit d'un accompagnement. Il y a tout le côté technique du prendre soin et il y a surtout, pour elle, tout le côté cocooning, le peau à peau, les besoins pour son développement qui prennent encore plus de place. Ce qui est important c'est de l'aider dans son développement avec le contact de ses parents. C'est important pour elle de rassurer les parents et de les accompagner. Elle explique que lorsqu'elle était jeune diplômée, elle ne se rendait pas compte de l'importance de l'accompagnement des parents, de tout ce qui tourne autour de la parentalité. Elle était plus centrée sur les soins techniques. Ces soins de développement l'ont sensibilisée et elle explique que lorsqu'on est sensible à une façon de faire, aux soins de développement, on travaille différemment. Elle se sent plus attentive aux besoins des enfants et des parents. Elle les fait plus participer aux soins, elle les attend pour les soins. Elle répète que lorsqu'une personne est sensible à ces soins cela change sa façon de prendre s'occuper du bébé. C'est naturel pour elle. Elle trouve qu'elle travaille mieux dans ces conditions.

Globalement, ce qui ressort dans leur pratique, c'est le confort de l'enfant et l'importance de s'adapter à ses besoins. Cette adaptation, mise en évidence dans cette partie, répond à l'individualisation des soins qui est une notion importante au cœur des soins de développement et au cœur de la prise en soin centré sur le nouveau-né et sa famille. A travers ces échanges, nous observons que la mise en place de ce type de soins dans un service permet de faciliter l'acceptation de cette pratique. Ce qui compte finalement, ce n'est pas que les soins de développement soient acceptés ou non. C'est le respect de l'enfant et de ses parents. Ce dernier passe par le confort, la réponse aux besoins, etc. Les soins de développement en découlent tout simplement. Il s'agit du respect de l'autonomie. Ce respect fait partie du « prendre soin », du *care*, mis en exergue par Carol Gilligan. Selon Walter Hesbeen, le concept du « prendre soin », comme décrit par ces puéricultrices, renvoie à une orientation philosophique du soin et non à une orientation scientifique car l'être humain, ici l'enfant, est considéré comme un sujet singulier et non comme un objet de soins. Les puéricultrices évoquent l'importance du confort

et du bien-être de l'enfant ce qui renvoie au *care*, au « prendre soin », à différencier de « faire des soins » comme Walter Hesbeen en fait la distinction.

Les questions 4 et 5 cherchent à voir l'autonomie de la puéricultrice et l'individualisation des soins au regard de l'hypothèse de recherche.

La **PDE 1** décrit son rôle dans l'accompagnement auprès des parents et revient de nouveau sur le fait qu'il est important de reconnaître les signes d'inconfort et de déstabilisation du bébé, notamment en faisant les soins à quatre mains. Elle insiste sur l'importance de soutenir le bébé lors des soins pour lui permettre de les recevoir. Elle voit une différence entre avant et après la formation NIDCAP. Avant, elle était plus dans les soins, la technicité. Même si elle faisait attention au bébé, cette certification a apporté une autre vision sur la prise en soin du bébé, sur sa communication et sur le message qu'il est capable de faire passer à son niveau. Les soins de développement avec le NIDCAP ont changé sa pratique professionnelle, l'ont fait grandir. Son expérience sur le terrain et les connaissances acquises avec la formation lui ont permis d'être plus à l'aise et de mieux comprendre les réactions du bébé. Elle explique que c'est surtout l'expérience qui fait qu'elle a de l'autonomie. Elle explique que ses collègues n'ont pas toutes eu la formation et pourtant, grâce à leur expérience, elles sont autonomes et savent comment gérer le comportement du bébé, ses réactions et répondent à ses besoins. Pour elle, l'expérience a un grand rôle dans cette autonomie de pratique.

La **PDE 2** explique qu'elle a peu d'expériences dans ce domaine mais pense que si un soignant ne se remet pas en question, il ne peut pas être soignant. Pour elle, cette remise en question, revoir sa pratique, réajuster, c'est améliorer la prise en soin de l'enfant. La mise en place des soins de développement a facilité sa pratique dans le sens où maintenant elle prend le temps de faire les choses car elle sait que c'est important pour le développement et le devenir de l'enfant. Elle explique que tout cela vient avec le temps. Elle essaie le plus possible de faire les soins avec une collègue. Elle prend le temps qu'il faut, celui dont le bébé a besoin. Elle se sent à la fois, assez autonome dans les soins, pas contrainte de travailler comme les autres collègues, en mesure de faire ses propres choix. Tant que le bébé est confortable, qu'il ne crie ou ne pleure pas, elle se sent apaisée. C'est plus confortable pour elle de travailler dans ces conditions que de tout faire vite et déstabiliser le bébé qui va hurler toute la journée. Elle conclut en disant que le confort du bébé, c'est un confort de travail pour elle. Comme ça, elle ne rentre pas stressée après une journée de travail.

Pour la **PDE 3**, ces soins ne présentent pas de difficultés. C'est même une satisfaction pour elle de voir un bébé serein et des parents épanouis. Elle parle d'épanouissement professionnel et personnel. Mais selon elle, tout le monde n'adhère pas à son point de vue de référente. Elle décrit des freins car ce n'est pas toujours facile pour elle de mettre en place ces soins auprès de tous ses collègues. Elle reparle des personnes qui sont moins sensibles, qui ne vont pas faire participer les parents aux soins par manque de temps, car l'organisation du service ne le permet pas. Selon elle, il y a eu beaucoup d'évolution dans les pratiques qui ont permis d'avancer. Il reste quand même du travail à faire en ce sens, par rapport aux soins de développement, par rapport aux mentalités. Mais, de plus en plus de personnes adhèrent au concept et sont contentes de s'améliorer, de mieux prendre en soin les bébés. Elle explique qu'elle a l'impression de mieux faire son travail et se sent plus épanouie quand elle voit l'évolution des bébés avec la démarche des soins de développement. Elle se sent impliquée dans leur devenir. Elle décrit que si le bébé et les parents sont bien, alors elle est bien aussi. Pour autant, elle dit faire ce qu'elle veut sans se sentir bloquée par ces soins. Elle ajoute que la formation l'a peut-être aidé à être plus convaincue car elle comprend plus et mieux les choses. Elle comprend davantage l'intérêt de faire ces soins de développement grâce aux formations suivies. De plus, ces formations légitiment son statut et son discours sur le sujet. Elle rajoute que les jeunes diplômées sont plus sensibles à ces soins de développement, même si elles restent beaucoup dans la technicité au début car elles l'apprennent en formation, en stage puis en travaillant dans ce type de service. Pour elle, ces soins permettent de s'adapter à chaque enfant. Ce n'est pas protocolé. L'organisation de chaque jour est différente pour répondre aux besoins de l'enfant.

Globalement, la notion d'autonomie de la puéricultrice ne ressort pas d'emblée dans cette partie pour toutes les puéricultrices. Ce qui est mis en évidence c'est l'expérience qui s'acquière au fur et à mesure du temps. Cette expérience, comme nous l'avons vu dans la partie conceptuelle, se rattache à l'autonomie et à la singularité de chaque personne. L'autonomie de la puéricultrice dérive de l'expérience acquise avec la pratique des soins de développement. Ces derniers permettent d'avoir une approche plus adaptée à l'enfant et du même coup, de se sentir plus à l'aise avec ces soins. Il y a également la notion d'agir comme elles le sentent. Cela rejoint la définition d'Emmanuel Kant qui décrit l'autonomie comme une manière de se donner sa loi. Ce qui émerge également, c'est l'adhésion de ces trois puéricultrices à ces soins, qu'elles soient référentes ou non. Ce qui permet d'affirmer que le fait d'être plus sensible à cette pratique et le fait d'être formé à ce type d'approche permettent de mieux comprendre son intérêt et ses objectifs pour mieux les aborder et les appliquer. Ce qui ne veut pas forcément dire que la

formation aux soins de développement signifie que tout le monde y adhère ou inversement que toute personne non formée n'y adhère jamais. Il existe donc une certaine liberté d'agir et la démarche de formation, d'acquisition de connaissances dans le domaine des soins de développement, permet d'acquérir plus d'autonomie dans la prise en soin comme cela a été évoqué précédemment. Dans la partie conceptuelle, les notions de représentations, de croyance et d'intuitions, émergent comme concepts clés de ce travail. Ces notions n'ont pas été évoquées, mot pour mot, par les puéricultrices interrogées. Cependant, à travers leur discours, leur expérience des nouveau-nés prématurés et leur pratique professionnelle, ces notions ressortent d'une certaine manière. Lorsqu'elles disent prendre le temps de faire les soins, au rythme de l'enfant, cela sous-entend qu'elles écoutent leurs intuitions et ont la capacité, l'expertise, de dire à un moment donné ce qui est bien ou non pour cet enfant. Nous savons également que la croyance sur un sujet, comme le dit Emmanuel Bourdieu, précède l'expérience. Cette expérience même qui confère l'autonomie dans la pratique de la puéricultrice. Enfin, leur « prendre soin », leur adhésion aux soins de développement, soulignent leurs représentations du soin chez l'enfant. A travers ce qu'elles ont partagé lors de l'entretien par rapport à leurs expériences auprès de l'enfant, elles ont mis en évidence leurs valeurs du soin et du « prendre soin ». Cela témoigne de la construction de leur identité professionnelle.

La dernière question (question 6) permet de conclure l'entretien en demandant aux puéricultrices si elles veulent rajouter quelques choses.

La **PDE 1** a demandé le titre du projet professionnel mais je ne l'avais pas encore choisi à ce moment du travail. La **PDE 2** n'a rien rajouté à la fin de l'entretien. La **PDE 3** a évoqué quelques ouvrages intéressants à lire pour ce travail.

Pour conclure cette partie, l'analyse m'a permis de faire les liens entre les recherches théoriques qui ont découlées des situations de départ et les expériences vécues sur le terrain par ces puéricultrices. Le résultat de cette enquête montre que les soins de développement sont au centre de leur pratique quotidienne au sein du service de néonatalogie. Elles sont « baignées » dès leur arrivée au sein des équipes. Au fil du temps et des expériences, leur accompagnement de l'enfant et de sa famille devient optimal, ce qui leur permet d'être plus épanouies dans leur profession. Après l'analyse des résultats de l'enquête, nous allons voir si l'hypothèse de recherche est validée ou non.

3. La validation ou non de l'hypothèse

L'hypothèse de recherche est : l'implantation des soins de développement en service de néonatalogie apporte une plus-value à l'autonomie de la puéricultrice et à l'individualisation des soins. L'analyse de l'enquête ne fait pas émerger la notion de plus-value de l'autonomie de la puéricultrice. Il s'agit plutôt de l'expérience, de l'acquisition d'un savoir-faire et des savoirs théoriques autour des soins de développement qui donnent davantage d'autonomie dans la pratique professionnelle de la puéricultrice. Par conséquent, le peu d'expérience dans le domaine de ces soins demande plus de temps pour acquérir cette autonomie. Cependant, ces soins de développement donnent une plus-value à l'individualisation des soins à travers ce qui ressort de l'analyse des entretiens. L'hypothèse de départ n'est validée qu'en partie.

Etape VI : La réflexion professionnelle et le positionnement

L'élaboration de ce projet professionnel m'a permis de développer de nouvelles capacités de recherche, d'acquérir de nouveaux savoirs théoriques et pratiques que je pourrais remobiliser tout au long de ma carrière dans ma pratique professionnelle. Cette réflexion autour d'un sujet que j'ai choisi reflète une partie de mon identité professionnelle et le chemin que j'aimerais suivre. Parfois, je me suis « heurtée » à mes propres représentations, à mes idées préconçues, à des partis pris. Mais ce travail d'écriture et de recherche m'a permis d'aller plus loin et d'ouvrir mon esprit à d'autres perspectives. L'ouverture d'esprit est une qualité essentielle à l'enrichissement, tant sur un plan personnel que professionnel. Il est important de se remettre en question. D'ailleurs, une des puéricultrices le souligne lors de l'entretien. Je ne peux être une « bonne soignante », si je ne sais pas me remettre en question et faire évoluer mes opinions, les confronter à d'autres personnes expertes dans un domaine donné. Par ailleurs, cela peut être mis en parallèle avec le travail en équipe pluridisciplinaire qui est primordial dans notre profession si nous voulons faire une prise en soin optimale de l'enfant. Il est essentiel d'avoir une posture professionnelle réflexive qui laisse place à l'échange et l'écoute et qui permet également de se forger sa propre opinion. A travers ce travail, j'ai pris davantage conscience de l'importance du « prendre soin » dans ma pratique. Ce « prendre soin » a pris tout son sens à travers les témoignages des puéricultrices interrogées, à travers leurs expériences singulières. En effet, l'expérience décrites par ces professionnelles démontrent l'enjeu d'agir avec une posture réflexive lors des soins, qu'ils soient techniques ou relationnels. En agissant sans comprendre l'impact de nos gestes, cela peut être délétère pour l'enfant. Cette expérience, je vais l'acquérir tout au long de ma carrière. C'est à moi d'en faire quelque chose de riche et d'épanouissant. Nous observons d'ailleurs lors des entretiens que ces trois puéricultrices sont

épanouies dans leur travail. Le travail effectué n'est pas facile tous les jours mais essayer de le faire dans de bonnes conditions permet de le rendre plus appréciable. Il me semble nécessaire d'ajuster sa posture à chaque situation singulière et de construire ses perspectives d'avenir professionnel en s'appuyant le plus possible sur un positionnement professionnel réfléchi et pertinent.

Conclusion

Ainsi s'achève mon projet professionnel. Il m'a amené à avoir une réflexion approfondie quant à ma pratique professionnelle. En effet, je suis partie de deux situations singulières vécues lors de deux stages distincts qui ont suscité en moi moult interrogations et réflexions avec des phases d'incertitudes et des remises en question quant à ma future profession de puéricultrice. Je me suis demandé si ce que je fais et la manière de le faire, lorsque je prends soin d'un enfant, correspond à une prise en soin optimale. Au cours de l'écriture de ce projet, j'ai pris conscience de l'importance des soins de développement pour les nouveau-nés prématurés, mais également pour les parents et les soignants. En effet, nous savons que ces différentes approches de soins permettent une amélioration considérable du développement global de l'enfant. Mais à quel point sommes-nous prêts à nous investir pour cela ? En effet, il existe des personnes qui se dévouent aux soins de développement comme nous l'avons observé tout au long de l'analyse des entretiens. Cependant, il y a également des personnes réticentes ou des personnes qui ne peuvent prendre le temps de faire les soins de cette manière-là du fait, par exemple, de l'organisation des soins, de l'organisation du service ou des règles anciennes de pratique. Il ne s'agit pas de porter un jugement ou de jeter la faute sur ces personnes mais plutôt de pointer du doigt le fait qu'avec une très bonne volonté d'agir, nous pouvons nous retrouver face à un mur qui peut être difficile à franchir dès le départ. Je suis donc consciente d'une grande résistance au changement. Il faut laisser le temps aux choses de murir et continuer à œuvrer pour l'intérêt de l'enfant.

Au terme de cet écrit, j'ai pu constater que l'expérience aboutit à une certaine autonomie et donne plus d'assurance dans la pratique de la puéricultrice au sein d'un service très spécifique comme celui de la néonatalogie. L'écriture de ce projet professionnel est le fruit de tout mon investissement en tant qu'étudiante dans cette formation puéricultrice. Le chemin était semé d'embûches qu'il a fallu dépasser, contourner, pour atteindre l'objectif final. Cependant, j'ai pris un grand plaisir à écrire ces quelques pages, poser ces quelques mots, témoignage de mon engagement. Je n'ai pas de doutes quant à la place que je veux prendre dans le domaine de la santé et du sens que je veux donner à cette profession précieuse et unique qui sera bientôt mienne : puéricultrice.

Les soins de développement créent des liens forts entre la puéricultrice et l'enfant. Afin d'élargir davantage la réflexion professionnelle, nous pouvons alors nous demander en quoi les soins de développement pourraient instaurer une distance professionnelle permettant à la puéricultrice de ne pas adopter une posture maternante.

Bibliographie

Ouvrages

- GASSIER, jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR, Colette. Guide de la puéricultrice. 3^{ème} éd. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008.
- HENDERSON, Virginia. La nature des soins infirmiers. Présentation des textes par COLLIERE, M.F. Paris : Interéditions. 1994.
- KANT, Emmanuel. Fondements de la métaphysique des mœurs (1785), Paris, Delagrave.
- KEROUAC, Suzanne et PEPIN, Jacinthe et al. La pensée infirmière. 3^{ème} éd. Canada : Chenelière Education. 2010.
- PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. 4^{ème} éd. : Setes 2018.
- QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995.

Textes législatifs

- Arrêté du 23 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier.
- Code de la Santé Publique, article L.4311-1.
- Code de la Santé Publique, article R.4311-5.
- Code de la Santé Publique, article R.4311-5.
- Code de la Santé Publique, article R.4311-13.
- Décret du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.
- Extrait du Préambule de l'arrêté du 13 juillet 1983 relatif au programme d'étude préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice.

Documents électroniques

Articles de revues consultables en ligne :

- FORAY, Philippe. Autonomie. Le Télémaque 2017/1 (N° 51), p. 19 à 28, (consulté le 10/05/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-telemaque-2017-1-page-19.htm>.
- HUGUIER, Stéphanie, MOULIN, Géraldine. Dans l'intimité d'un service de néonatalogie », Dialogue 2016/2 (n° 212), p. 93 à 104, (consulté le 21/04/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2016-2-page-93.htm>.
- HURAUX-RENDU, Christiane, CHARPAK, Nathalie. La méthode kangourou : pour la restauration d'un lien prématurément interrompu. Bébés et cultures (2008), p. 117 à 120, (consulté le 02/05/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/bebes-et-cultures--9782749210131-page-117.htm>.
- KLOECKNER, Anja. Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. Contraste 2008/1-2 (N° 28-29), p 157 à 178, (consulté le 09/05/2020) disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-contraste-2008-1-page-157.htm>.
- LEJEUNE, Fleur, GENTAZ, Edouard. Le toucher chez les enfants prématurés, Enfance 2013/1 (N° 1), p. 33-48 (consulté le 09/05/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2013-1-page-33.htm>.
- NOEL-HUREAUX, Elisabeth. Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? Recherche en soins infirmiers 2015/3 (N° 122), p. 7 à 17, (consulté le 11/05/2020), disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-7.htm>.

Sites internet :

- **ANPDE** : <https://www.anpde.asso.fr/la-profession/> (consulté le 25/04/20)
- **CNRTL** : <http://www.cnrtl.fr> (consulté le 25/05/2020)
- **EPIPAGE** :
 - <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr> (consulté le 02/05/2020).
 - <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etude-epipage1> (consulté le 08/05/2020).
 - <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/> (consulté le 08/05/2020).
- **INSEE** : <https://www.insee.fr/fr/accueil>
- **INSERM** : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite> (consulté le 02/05/2020).

- **NIDCAP** : <https://nidcap.org/fr/programs-and-certifications/nidcap-nursery-assessment-and-certification/overview-4/> (consulté le 09/05/2020).
- **OMS** :
 - https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/fr/ (consulté le 03/05/2020).
 - <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (consulté le 08/05/2020).
- **SOSPREMA** : <https://www.sosprema.com/page/177691-les-soins-de-developpement> (consulté le 10/05/2020).
- **SPARADRAP** : <https://www.sparadrap.org/parents/le-bebe-la-prematurite/lhospitalisation-en-neonatalogie> (consulté le 24/04/2020).
- <https://chaire-philosophie.fr/ethique-du-care/> (consulté le 11/05/2020).

Textes législatifs :

- Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique, (consulté le 02/05/2020), disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
- www.legifrance.gouv.fr (consulté le 25/04/2020)

Savoirs théoriques enseignés à l'Ifsanté

Cours de Néonatalogie :

- Dr Bourlet : « La prématurité » (25/09/2019)
- Puéricultrices de néonatalogie : « Les soins de développement » (10/12/2019).

Cours de Psychologie :

- Mme Delobelle : « Notions de psychologie et parentalité » (30/09/2019).

Cours de Sciences humaines :

- Mme Deshayes : Méthodologie de recherche documentaire ; Zotero
- Mme Leclercq :
 - « Méthodologie des outils d'enquête » (20/12/2019).
 - « Analyse des enquêtes » (27/03/2020).
- M. Rodrigues : « Présentation de la méthodologie » (24/09/2019).

Annexe I : La grille d'entretien

Bonjour, je m'appelle Hélià, je suis étudiante puéricultrice à Ifsanté à Lomme. Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'Etat de puéricultrice, je réalise des entretiens auprès de puéricultrices exerçant en service de néonatalogie dans le but d'avoir un regard et une approche sur le métier de puéricultrice sur un thème bien précis que je ne peux vous dévoiler afin de ne pas biaiser vos réponses. Je vais d'abord vous poser des questions d'ordre générale et ensuite nous irons dans le vif du sujet.

Je précise que cet entretien aura une durée d'environ 15 à 20 minutes. Il est enregistré, si vous le voulez bien, ce qui me permettra d'être totalement à votre écoute et de pouvoir retranscrire plus tard pour mon projet professionnel. Bien entendu, tout est anonyme et les informations données seront utilisées seulement à des fins pédagogiques. Je vous remercie par avance pour votre participation et collaboration à mon travail.

Objectif (questions générales pour introduire) : Connaître l'ancienneté de la puéricultrice, son expérience professionnelle, y compris dans le service.

1. Pourriez-vous me raconter votre parcours et votre expérience professionnels ?

Objectif : Découvrir l'impact des soins de développement sur la pratique de la puéricultrice et le lien qu'elle fait entre sa pratique actuelle et ces soins.

2. Est-ce que vous pouvez-me parler du prendre soin chez le prématuré ?
 - a. Relance : Est-ce que vous avez toujours fait comme ce que vous me décrivez ?
 - b. Est-ce qu'il y a des choses qui ont changé ? Pourquoi ?
 - c. Et pour vous qu'est-ce que ça change ?
 - d. Comment voyez-vous votre rôle ?
3. Qu'est-ce que cela a changé dans votre pratique ?

Objectif : Voir l'autonomie de la puéricultrice et l'individualisation des soins au regard de l'hypothèse de recherche.

4. Pourriez-vous me décrire une expérience qui vous a particulièrement marqué ? (toujours en rapport avec le prendre soin et dans l'optique des soins de développement)
 - a. Relance : En quoi vous a-t-elle marqué ?
5. En quoi vous êtes-vous sentie impliquée dans cette situation ?

Objectif : Pour conclure.

6. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe II : Tableau analyse croisée des entretiens

Un tableau reprenant chaque question par thématique (analyse thématique) afin de comparer les réponses de chaque puéricultrice en croisant les différents mots, notions qui ressortent, mots clés (analyse de fréquence).

	<u>PDE 1</u>	<u>PDE 2</u>	<u>PDE 3</u>
<u>Question 1 :</u> Parcours/Expérience professionnelle	- Enchaînement études PDE - PDE depuis 11 ans -Travaille depuis obtention diplôme PDE dans ce service - Certification NIDCAP depuis 7 ans - Référente NIDCAP depuis 1 an	- Infirmière depuis 6 ans : 3 ans en oncologie adulte, 6 mois en oncologie pédiatrique - PDE depuis 1 an ½ - Travaille dans ce service depuis l'obtention du diplôme de PDE	- PDE depuis 2008 (12 ans) - Enchaînement des études de PDE après la formation infirmière - travaille dans ce service depuis obtention diplôme de PDE - formation aux soins de développement (SSD) dès le début de sa carrière de PDE - référente SSD depuis le début
	→ Grande expérience professionnelle	→ Peu d'expérience professionnelle	→ Grande expérience professionnelle
<u>Questions 2 et 3 :</u> Prendre soin et pratique professionnelle à travers les soins de développement	- S'adapter - Rythmes et besoins de l'enfant - Comportement de l'enfants -Meilleures conditions/manière optimale - Pas de déstabilisation - Confortable/signes d'inconfort - Savoir dire stop - Changements de pratique/même vision - Plus attentive/observation - le temps et l'expérience donne la maturité/être à l'aise	- Soins de confort/d'hygiène - Soins techniques - Développement/évolution enfant - SSD toujours connus et appliqués - Pas d'autres expériences PDE que ce service - Rôle dans le bien-être/confort de l'enfant - Intégration/éducation des parents aux gestes - Formation SSD permet d'être plus à l'aise, plus doux dans les gestes	- Aider l'enfant à se développer - Aider à grandir - Finir ce qui n'a pas été fini dans le ventre de la mère - Accompagnement - Côté technique ≠ côté cocooning, peau à peau - Les besoins de l'enfant pour son développement - Le contact de ses parents - Importance de rassurer les parents, les accompagner (non perçut lorsque jeune diplômée) - SSD sensibilise et fait travailler différemment - Plus attentive aux besoins enfant/parents - Fait participer davantage parents - Une manière d'agir naturelle - Travaille mieux dans ces conditions
	→ Adaptation, besoins, confort, à l'aise	→ Développement, confort, à l'aise	→ Développement, besoins, cocooning/confort

	PDE 1	PDE 2	PDE 3
Questions 4 et 5 : Autonomie/Individualisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle dans accompagnement auprès des parents - Signes d'inconfort et de déstabilisation - Soins à 4 mains - Soutenir bébé - Différence entre avant/après NIDCAP - Avant plus dans la technicité/soins - Certification donne une autre vision - NIDCAP a changé sa pratique professionnelle, fait grandir - Permet d'être plus à l'aise - Mieux comprendre réactions du bébé - Expérience fait qu'elle a plus d'autonomie dans sa pratique 	<ul style="list-style-type: none"> - Dit avoir peu d'expériences - Importance d'une remise en question en tant que soignant - Importance de revoir sa pratique, réajuster - Mise en place des SSD facilite sa pratique - Permet de prendre le temps pour faire les soins - Important dans le développement et le devenir de l'enfant - Tout cela vient avec le temps - Se sent autonome dans les soins - Fait ses propres choix - Bébé confortable = soignant plus apaisée/confort de travail - Faire vite = bébé déstabilisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de difficultés pour ces soins - C'est une satisfaction - Epanouissement professionnel et personnel - Absence d'adhésion de tout le monde - Existence de freins/personnes moins sensibles - pratique parfois difficile car pas en adéquation avec l'organisation du service/manque de temps - mentalité à changer encore - Impression de mieux faire son travail/ meilleure PEC de l'enfant - Se sent impliquée dans leur devenir - Elle fait ce qu'elle veut, pas restreint par ces soins - Formation SSD donne davantage connaissances et intérêts sur le sujet - Formation légitime statut et discours - Jeunes diplômées plus sensibles aux SSD - SSD permet adaptation à chaque enfant - Ce n'est pas protocolé
	→ Changement, expérience, vision différente	→ Temps, facilite pratique, autonomie	→ Epanouissement, freins, adaptation, mentalité à changer

Annexe III : Retranscription entretien n°3 (référénte en soins de développement)

Moi : Alors, est-ce que vous pouvez me raconter votre parcours et votre expérience professionnelle pour commencer ?

PDE : Alors, je suis diplômée depuis décembre 2008 et puis je suis arrivée ici tout de suite en fait, depuis je suis ici.

Moi : d'accord. Et en tant qu'infirmière ?

PDE : Alors j'ai fait tout de suite mes études de puér derrière en fait. Je travaillais pendant mes études mais je n'ai pas eu de grosses expériences, j'ai travaillé tout de suite en néonate, j'ai enchainé de suite, je suis ici depuis que je suis diplômée.

Moi : d'accord. Est-ce que vous pouvez me parler du prendre soin chez le prématuré ?

PDE : prendre soin, qu'est-ce que je peux dire ? (Rires)

Moi : qu'est-ce que c'est pour vous prendre soin d'un enfant prématuré ?

PDE : pour moi prendre soin d'un enfant prématuré, c'est l'aider à se développer, ce qu'il n'a pas pu faire dans le ventre de sa maman en fait. Donc l'aider, l'accompagner dans tout ça en fait, l'aider à grandir.

Moi : d'accord. Est-ce que vous avez toujours fait comme ce que vous faites là ? Si vous pouviez décrire par exemple une expérience que vous pouvez partager avec moi.

PDE : pour moi c'est un accompagnement, voilà, l'aider à grandir, ce qu'il n'a pas pu faire dans le ventre de sa maman et il y a le côté technique des soins et tout le côté qui prend pour moi autant de place c'est le cocooning, le peau à peau, les soins de développement enfin voilà, c'est mon dada. Et tout ça, ça prend pour moi autant de place que le côté technique. C'est l'aider dans son développement, avec le contact avec ses parents, rassurer les parents aussi, c'est important aussi de les rassurer, de les aider, de beaucoup les écouter, de les accompagner. On ne se rend pas compte mais c'est, je pense aussi, avec le temps je pense que quand j'étais jeune diplômée on ne se rend pas compte de forcément tout ça et puis les soins de développement c'est récent, ça fait depuis quand même un petit moment maintenant. Moi j'ai eu mes premières formations quand je suis arrivée donc c'est vrai que j'ai quand même été un peu assez vite mise dedans ça. Mais ça évolue tout le temps donc on se rend compte de toute l'importance au fil du mois, moi je suis actuellement en train de faire le DU soin développement donc c'est vrai

qu'on se rend compte de toute l'importance de tout ce qui est parentalité, accompagner les parents, du développement de l'enfant, de tout ce qui est sensoriel, ça c'est aussi important et on se rend compte que ce côté-là, il a de l'impact sur le respiratoire finalement, enfin si un enfant il est bien installé, il est cocooné, on prend le temps, on ne va pas trop vite dans les soins et bien il sera mieux prêt sur le plan respiratoire, on se rend compte que tout ça a un impact. Moi je suis référente soins de développement. J'ai commencé en 2008, je pense qu'on a eu dans la foulée les premières formations. C'étaient vraiment les premières formations de base après, il y eu un groupe de référentes qui s'est créé dans le service où je me suis mise et après, de ce groupe de référentes, il s'en est ressorti vraiment une formation de référentes mais vraiment formées par Mme M. C'est une formatrice qui est Suisse en fait donc t'as Mme M. qui forme au niveau Bullinger et de là on a formé des personnes vraiment référentes donc là, on a dû refaire un mémoire enfin voilà, c'était une forme de formation plus poussée, on était huit donc j'ai fait partie des huit premières formées référentes et puis voilà.

Moi : est-ce que les soins de développement ça a changé quelque chose dans votre pratique ?

PDE : oui, depuis que je suis arrivée en fait, le fait d'avoir été formée je pense que ça sensibilise les gens. Ceux qui sont sensibles aux soins de développements enfin, je pense que oui, on travaille différemment, de ce que je ressens dans les soins de tous les jours, on est peut-être plus attentives aux enfants avec les parents, les faire participer, les attendre pour les soins, le côté cocooning ou au fait qu'il faut faire attention dans les soins et à l'observation du bébé quand il y a des signes d'inconfort, on arrête, on fait une pause, on a tout ça en fait, pour moi ça change notre façon de faire quand on y est sensible.

Moi : d'accord. Quel est votre rôle là-dedans ? Quel est l'impact des soins de développement sur votre travail ? Qu'est-ce que ça vous apporte au quotidien dans votre travail ?

PDE : ce que ça change, pour moi, c'est mieux qu'avant.

Moi : est-ce que vous rencontrez des difficultés ?

PDE : pour moi il n'y a pas de difficultés, c'est une satisfaction, enfin, pour moi c'est une satisfaction de voir un bébé plus serein, des parents plus sereins des fois, on a comme des regards avec le bébé, de voir ça, si on prend le temps de demander à la maman des choses, voilà, qu'il y a des sourires, le bébé est attentif à sa maman enfin, je trouve que c'est un épanouissement professionnel et personnel en fait de voir ce que ça apporte au bébé. Mais il y a des freins, les choses ne sont pas forcément très faciles à mettre en place après, il n'y aura pas

toujours les collègues qui vont nous suivre à cent pour cent, des fois, on nous regarde un petit peu de travers.

Moi : d'accord. Mais c'est-à-dire ? Quelle forme de freins ? Avez-vous des exemples ?

PDE : il y a des personnes qui vont être moins sensibles d'attendre par exemple et bien moi, en réanimation, j'aime bien attendre les parents pour la toilette mais il y a des collègues qui s'il y a une entrée vont mettre le bain avant pour pouvoir faire l'entrée. C'est pas grave pour la toilette aujourd'hui, on la fera demain. Mes collègues ne font pas forcément comme ça et pour moi, c'est important de pouvoir toujours, on arrive toujours. Par exemple, j'ai attendu la maman pour le bain je ne savais pas quand est-ce qu'elle venait, je ne connaissais pas le bébé, je ne savais pas quand est-ce qu'elle venait, j'avais un bain, premier bain et bien j'ai attendu la maman, on a eu une entrée, 14h30 je suis donc arrivée pour le bain à 16h mais c'est tout, c'est pas grave, on a réussi à faire le bain, le bébé était en peau à peau, mais il y en a qui ne vont pas apprécié de faire des bains à 16h mais moi ça ne me gêne pas par exemple.

Moi : si je reprends ce que vous dites, est-ce que c'est un frein par rapport à l'organisation du service ?

PDE : ouais, parfois ça peut l'être. Je pense que l'organisation, d'un service de réa où, tu ne sais pas ce qui va t'arriver, tu ne sais jamais, s'il va y avoir des entrées, ce qu'il va se passer, ça peut stresser certaines personnes et je pense que c'est une habitude en fait. On a évolué dans le service depuis que je suis arrivée, Avant, on faisait les toilettes tous les jours, les parents ne touchaient pas aux enfants surtout s'il y avait de l'oxygène, mon dieu, c'était la puéricultrice. Les parents ne faisaient pas la toilette. Il y a eu beaucoup d'évolution mais de ce que moi j'apprends avec le DU de tout ça et de ce que je vois dans les autres centres parce que le DU on est parti à Montpellier donc on a discuté avec des gens aussi qui venaient hors de la France aussi, on est loin encore, il y a encore du travail à faire. C'est petit à petit, il faut qu'on avance par rapport au soins de développement moi j'ai l'impression qu'on a encore beaucoup de travail par la mentalité ou laisser faire les parents beaucoup plus que ce qu'on laisse faire là actuellement. C'est pas évident, en tant que référente, des fois on essaie et puis de dire un peu, bah moi j'attendrais la maman ou tu vois mais ce n'est pas toujours évident et bien tu ne peux pas contraindre les collègues. Alors c'est aussi une formation de base pour tout le monde en soin de développement, après, il y a donc les référents qui ont donc un niveau un peu plus poussé, et puis moi et M. on est puéricultrice référente en soin de développement. Et on fait notre DU toute les deux en soin de développement et on reforme, on a commencé mais ça a été

arrêté avec la COVID, depuis janvier, on reforme les filles, enfin les filles et les garçons, on reforme l'équipe au soin de développement, on fait une journée complète aux soins développements et allaitement une demi-journée développement et une demi-journée allaitement et on refait le point sur tout ça, sur tout ce qu'on a pu voir en DU qui nous semblait essentiel la parentalité, le développement sensoriel du bébé ou reprendre contact avec la maman là où c'est important l'odeur, le toucher tout ça et on rediscute avec l'équipe, on essaie de les resensibiliser à tout ça mais là avec la COVID, tout s'est arrêté.

Moi : et ils doivent s'inscrire ? C'est sur le volontariat ?

PDE : C'est les cadres qui gèrent en fait. Non, ce n'est pas sur le volontariat. C'est les cadres qui gèrent. C'est une formation obligatoire. Mais les gens de l'équipe adhèrent facilement. De ce fait on a fait, les personnes étaient super contentes quoi. Il y a du positif. Mais c'est pas évident. Avant, les parents ne rentraient pas du tout. Les mamans ne rentraient pas. On leur rendait leur bébé, elles ne connaissaient pas leur bébé. Donc il y a quand même du progrès. Après nous, on fait le DU on se rend compte, on nous explique tellement de choses, et on se rend compte que c'est tellement génial, et c'est tellement important pour les enfants, tout ça, le fait que les parents soient présents, qu'ils participent aux soins, qu'il y ait ce contact un peu sensoriel, l'odeur, le toucher, le contact, que nous on a envie que ça se fasse tout de suite en fait. C'est ça en fait. Nous on est convaincu alors c'est vrai que c'est pas évident de faire passer le message.

Moi : qu'est-ce que vous ressentez quand vous faites ces soins-là et vos collègues aussi peut-être ?

PDE : moi j'ai l'impression d'avoir bien fait mon travail (rires). C'est vrai que moi je m'épanouie là-dedans. Quand je vois un bébé bien installé, bien éveillé, enfin, on a quand même, quand on a des bébés plus calmes, on fait attention, enfin, bien éveillés, on est content. Et quand on les voit aussi évoluer, enfin, on voit la différence. Quand on les voit bien évoluer, on est content de ce qu'on a fait. Je prends l'exemple d'un bébé qu'on a eu 8 mois ici, avec des gros broncho dysplasies avec des soucis d'hyper extension, tout ça, Et quand on le voit sortir, qu'il y a du mieux, c'est pas encore parfait mais on voit tous les progrès qu'ils ont fait, on est quand même satisfait. On se dit « on a bien travaillé », enfin voilà quoi. Il y a encore du travail mais on sait qu'un grand préma ce ne sera pas parfait à la sortie et qu'il y aura encore du travail derrière, et encore sur plusieurs mois, voire sur plusieurs années. Mais quand on est sur le bon chemin on est quand même satisfait de ce qu'on a fait. Aussi quand les parents sont souriants

et ne sont pas stressés, ils sortent sereins. Moi, si un parent il est content ou il est stressé, je ne vais pas être bien. On essaye quand même de faire en sorte que tout se passe bien, je vais être contrariée si ça se passe pas bien. Je me sens impliquée pour leur devenir. C'est important. Parfois on est contraint par l'organisation du service. On fait pas toujours ce qu'on veut. Des fois, l'organisation du service fait que j'sais pas, par exemple là avec le COVID, on pouvait faire rentrer qu'un parent. On était contrarié pour les parents finalement. Parce qu'il y avait des mamans qui étaient là toutes seules. Elles pleuraient parce qu'elles étaient toutes seules. C'est pas évident. On essaye de s'adapter à l'organisation du service parce qu'il y a une organisation figée du service. J'sais pas comment t'expliquer. Après il y a l'organisation du service et il y a des règles anciennes qui persistent, c'est compliqué. Avant, par exemple, je me suis pris la tête avec une collègue, il y a pas très longtemps, c'était avant le COVID. Avant on faisait rentrer les grands-parents de 16H30 à 19H00. Sauf qu'avant, dans l'ancien temps, quand les grands-parents étaient là, on avait dit on met pas les enfants au peau à peau pour pas qu'il y est de contact. Sauf qu'on a quand même évolué depuis. Tout ça c'est des règles d'il y a 30 ans ça dans le service. Mais les anciennes, elles sont encore là. Et j'ai eu le malheur de mettre un enfant en peau à peau alors que les grands-parents étaient là. Ben ça c'est pas bien passé, mais pour moi c'était normal en fait. Pour moi apprendre le peau à peau c'est normal. Les grands-parents étaient à côté, qu'est-ce que ça change qu'il soit dans son incubateur ou qu'il soit en peau à peau. C'est des règles. C'est difficile de faire changer les mentalités. Des freins, j'aurais dit ça, il y a certaines mentalités difficiles à changer. Des réfractaires, il y en a toujours dans une équipe. Et puis des fois l'organisation du service fait que tu n'es pas toujours d'accord avec ce qui est fait. Le fait qu'en période hivernale on ne puisse pas faire rentrer les grands-parents, les frères et sœurs. Ça m'embête pour les soins de développement. On a mal au cœur de dire aux parents « ben non, on ne peut pas ... ». C'est quand même centré sur la famille, c'est une décision de service, c'est difficile.

Moi : d'accord. J'ai encore une question. Est-ce que dans votre pratique, est-ce que ça change quelque chose les soins de développement ?

PDE : Oui on s'adapte à l'enfant, à la famille. C'est au cas par cas. Je pense. Il y a les règles de bases, il faut faire attention au bruit, il y a la lumière. Mais après on s'adapte au cas par cas. Moi je ne me sens pas, je fais comme j'ai envie de le faire. Je ne me sens pas bloquée en fait. Je pense qu'il faut comprendre. Être convaincue de la chose et comprendre. Je pense que quand tu fais une formation, le DU, tu comprends beaucoup de choses. Tu comprends beaucoup le comportement du bébé. Donc de ce fait tu te dis « bah oui, c'est logique ». Je pense que si tu ne

comprends pas et que tu ne comprends pas l'intérêt, c'est difficile d'être motivé pour le faire. Moi, tout au long du DU, t'apprend tout le développement sensoriel du bébé mais vraiment in utero, tout ça, et tu comprends beaucoup de choses en fait. Et tu te dis « d'où l'importance de faire attention à l'odeur, à la vue, au toucher et tout ça. Il faut pas que l'enfant reste dans sa couveuse et qu'on ne le touche pas, qu'il n'ait pas de stimulations. Pour son développement cérébral il a besoin de stimulations. Et ça, si tu ne le comprends pas, mais des stimulations adaptées. C'est peut-être difficile à mettre en place. Je pense qu'il faut comprendre l'intérêt de ce que tu fais. Si on te dit qu'il faut faire ça parce que c'est bien, c'est pas pareil. Il faut être convaincu. Moi j'étais déjà référente puis j'aime bien lire des bouquins là-dessus donc j'avais déjà des choses. Après je dirai que le DU j'ai réappris aussi beaucoup de choses... mais ça m'a donné peut-être plus de confiance en moi pour partager avec l'équipe. Avant le DU, j'avais des connaissances, mais je me disais « je me sens pas assez franche pour y aller » et puis avec le DU, maintenant ça ne me dérange pas d'aller former les collègues. Je me sens un peu plus franche. Je pense que j'ai bien compris la chose et je suis convaincue. Je me sens plus confiante. J'ai vraiment bien compris l'intérêt. Et ça légitime mon statut. C'est plus facile à transmettre aussi. Je pense aussi que tout ça vient avec l'expérience. Quoi que les jeunes diplômées, elles sont, je pense qu'en cours, maintenant vous abordez un peu plus le sujet qu'avant, et pour en avoir parfois discuté avec des mamans, qui me disent que finalement les jeunes diplômées y sont sensibles, en fait. Mais, t'es sensible mais en même temps tu es tellement encore concentrée sur tes soins peut-être techniques et de bien faire ton aspiration, de bien manger tes antibiotiques, t'es encore fort stressée. Moi je dirai qu'il faut un an pour souffler un peu. Alors c'est vrai qu'elles sont sensibles. Moi je pense qu'elles y font attention. Je pense que les parents, j'ai eu une maman l'autre jour, je lui ai posé la question, » comment vous avez senti votre séjour en réa ? Comment ça a été ? Comment vous vous êtes sentie accompagnée ? Elle me disait que les jeunes en fait, elle trouvait qu'elles l'accompagnaient, elles étaient peut-être plus sensibles à ça, au fait de faire partager, avec les parents, etc. Je pense que vous êtes sensibilisées. Moi, à mon époque, j'avais aucun cours sur les soins de développement à l'école de puer. Je pense que maintenant vous en avez. Je pense qu'elles sont quand même sensibilisées. Alors après elles ont encore tout le côté technique qui n'est pas franc, donc c'est parfois difficile mais elles sont quand même bien sensibilisées.

Moi : D'accord. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?

PDE : Non, mais j'espère avoir bien répondu à tes questions.

Moi : Oui je pense.

PDE : C'est pas un sujet facile. C'est pas des soins protocolés. Tu t'adaptes à chaque enfant. C'est ça en fait. Tu fais comme tu le sens par rapport au bébé, par rapport aux parents. Tu t'organises comme tu as envie de t'organiser en fait. Tu t'es organisée d'une façon une journée et peut être que demain l'organisation ne sera pas la même parce que le bébé, il ne sera pas aussi réveillé ou n'aura pas envie. Il y a des gens qui restent encore très protocolaires. Ça commence à venir quand même. Ça se développe de plus en plus.

Moi : Bon, très bien. Je vous remercie.