



HAL
open science

Le rôle de la puéricultrice auprès du papa et de son enfant prématuré en service de néonatalogie

Florine Deribreux

► **To cite this version:**

Florine Deribreux. Le rôle de la puéricultrice auprès du papa et de son enfant prématuré en service de néonatalogie. *Pédiatrie*. 2021. dumas-03476875

HAL Id: dumas-03476875

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03476875v1>

Submitted on 13 Dec 2021

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

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

Projet Professionnel

Le rôle de la puéricultrice auprès du papa et de son enfant prématuré en service de néonatalogie

« Pendant que ma femme porte dans son ventre un bébé, je fais pousser un papa dans ma tête »,

Claude Schauder



École de puéricultrices - IF Santé de Lomme

Référente de mémoire : Mme Domergue

INTRODUCTION	1
SITUATION DE DEPART	2
I. LE CADRE CONTEXTUEL	5
1.1 La prématurité	5
1.1.1 <i>Quelques notions d'épidémiologie</i>	5
1.1.2 <i>Étiologie</i>	7
1.1.3 <i>Le nouveau-né prématuré</i>	8
1.2 La néonatalogie	11
1.2.1 <i>Les différents services de néonatalogie</i>	11
1.2.2 <i>Les différents acteurs de santé</i>	12
1.2.3 <i>Les services de néonatalogie et leur organisation</i>	14
1.3 La puéricultrice en néonatalogie	14
1.3.1 <i>Définition de l'infirmière Puéricultrice</i>	14
1.3.2 <i>Ses différents rôles</i>	15
1.3.3 <i>Les qualités de la puéricultrice recueillies en néonatalogie</i>	16
1.4 Les parents	16
1.4.1 <i>Notion de couple</i>	16
1.4.2 <i>Définition du père/papa et de la mère/maman</i>	18
1.4.3 <i>Le rôle parental</i>	19
1.4.4 <i>Les congés maternité et paternité</i>	21
II. LE CADRE CONCEPTUEL	22
2.1 La parentalité et la paternité	22
2.1.1 <i>La parentalité</i>	22
2.1.2 <i>La paternité</i>	25
2.2 Le concept d'attachement	26
2.2.1 <i>La théorie de l'attachement</i>	26
2.2.2 <i>Le parent et la notion d'attachement</i>	28
2.3 Le concept d'accompagnement	29
2.3.1 <i>Définition</i>	29
2.3.2 <i>Le counseling</i>	31
2.3.3 <i>La posture</i>	32
III. LE CADRE EXPLORATOIRE	35
3.1 Choix de la méthode et des outils	35
3.2 Choix de la population	36
3.3 Analyse des entretiens	37
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE et ANNEXES	

REMERCIEMENTS

Je souhaite réaliser des remerciements auprès des personnes qui ont pu m'aider dans la réalisation de ce projet professionnel.

Premièrement, le Centre Hospitalier de Seclin sans qui je n'aurai pas pu réaliser ma formation professionnelle ainsi que madame Dosset, cadre de santé du service de néonatalogie-pédiatrie dans lequel je travaille.

Deuxièmement, Madame Domergue, cadre de formation à l'institut de formation de santé de Lomme, pour m'avoir guidée dans mon travail tout au long de cette année et m'avoir donnée des conseils adaptés.

Je remercie également Madame Vantournouhdt et Madame Rouze, cadres de formation de l'école de puéricultrice à l'institut IF Santé de Lomme pour leur engagement auprès de notre promotion.

Troisièmement, je tenais à remercier ma famille et plus particulièrement ma belle-maman qui a réalisé le dessin de ma première page de couverture, mon frère, ma belle-sœur et mes amies pour leur relecture, ma maman pour les nombreuses impressions réalisées pour mon projet professionnel ainsi que mon conjoint qui a été d'une grande aide psychologique durant l'ensemble de cette année de formation.

J'espère que vous prendrez autant de plaisir à lire mon travail que j'ai eu de plaisir à le réaliser,

Bonne lecture.

GLOSSAIRE

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

DOM-TOM : Département d'Outre-Mer – Territoire d'Outre-Mer

FINE: Family and Infant Neuro-Development Education

IHAB : Initiative Ami des Bébés

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

NIDCAP : Programme Néonatal Individualisé d'évaluation et de soins de Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SA : Semaine d'Aménorrhée

UNICEF : Fonds des Nations Unis pour l'Enfance

INTRODUCTION

Lors de mes études infirmières, j'ai pu réaliser deux stages auprès d'enfants en pédiatrie, un premier de cinq semaines au sein d'un service de maternité accueillant des nouveau-nés et un second en service d'urgences pédiatriques accueillant des enfants de 0 à 15 ans. J'ai beaucoup apprécié la prise en soin auprès des enfants tant par la relation à l'enfant et à ses parents que par les soins qui lui sont prodigués. Quelques mois après l'obtention de mon diplôme d'État Infirmier, j'ai eu l'occasion de travailler auprès d'enfants en service d'urgences pédiatriques puis en service de pédiatrie générale. Par la suite, j'ai bénéficié d'une formation de quelques jours afin de prendre en soin des nouveau-nés prématurés en néonatalogie de niveau 2A autrement appelé service de soins continus de néonatalogie.

La formation puéricultrice représente, pour ma part, une réelle opportunité d'en apprendre davantage sur les apports théoriques en lien avec l'enfant et sa famille. Les stages réalisés, lors de cette année de formation, me permettent également d'acquérir une nouvelle expérience dans des domaines connus ou non, notamment sur le plan pratique et relationnel. De plus, la réalisation du mémoire de fin d'études est un travail de recherche qui amène à une réflexion au long cours pouvant évoluer et dont le but est d'améliorer notre pratique professionnelle.

J'ai souhaité réaliser mon projet professionnel sur le thème de l'enfant prématuré en néonatalogie. C'est un sujet qui m'intéresse et qui retrace certaines situations vécues qui ont pu me poser question lors de ma pratique professionnelle en tant qu'infirmière.

Dans un premier temps, je vous développerai ces situations ainsi que les réflexions qui ont pu émerger.

Dans un second temps, après avoir établi ma question de recherche, je traiterai les parties contextuelles et conceptuelles en lien avec mes situations de départ aboutissant à mes hypothèses de recherche.

Dans un dernier temps, j'analyserai les entretiens réalisés auprès de professionnels de santé me permettant d'infirmier ou d'affirmer mes hypothèses de recherche.

SITUATION DE DEPART

Au départ, je n'étais pas à l'aise avec la prise en soin d'enfants nés prématurés car je n'avais pas beaucoup de connaissances et peu d'expérience.

Je me suis alors demandée comment il était possible de s'occuper de cet enfant de manière optimale ? Comment accompagner les parents dans la prise en soin de leur enfant et plus particulièrement dans les premiers soins réalisés ? Sentaient-ils mon inexpérience ? Avaient-ils des doutes ? Des appréhensions ? Des peurs ? Quel était le ressenti des parents ?

Au fur et à mesure des prises en soin, des conseils demandés auprès de mes collègues ainsi que de mes recherches personnelles, je me suis sentie plus à l'aise sur le sujet. J'étais capable d'accompagner le bébé durant ses premiers jours de vie. Cependant, concernant l'accompagnement, j'avais l'impression d'être toujours beaucoup plus ciblée sur la maman. Etait-ce surtout dans les situations où la maman pratiquait l'allaitement maternel ? Quelles sont les raisons de mon investissement plus important auprès de la maman que du papa ? Durant mes postes, je ne me rendais pas vraiment compte de cela. Est-ce un phénomène conscient ? Est-ce parce que je suis une femme également ? La maman était-elle plus présente que le papa ? Le père et la mère montraient-ils tous les deux les mêmes marques d'investissement auprès de leur enfant ?

Pour ma part, il me semble que la maman a une place primordiale dans la prise en soin, encore plus lorsqu'elle pratique l'allaitement maternel car c'est la première investie.

Ce qui me pose question aujourd'hui, c'est la place du papa dans la prise en soin de son enfant en service de néonatalogie.

En effet, je trouve que l'attention est plus souvent tournée en premier lieu vers la maman plutôt que vers le papa. Quelles en sont les causes ?

J'ai vécu une situation qui m'a particulièrement interpellée.

En effet, au sein du service de néonatalogie où j'ai travaillé, nous avons accueilli un petit garçon né prématurément pour lequel les parents souhaitaient débiter un allaitement maternel. C'était un premier enfant pour ce couple. Durant les premiers jours, nous avons passé quelques temps avec les parents mais surtout auprès de la maman pour les mises au sein et le démarrage de l'allaitement maternel. Il peut être plus difficile pour l'enfant né prématuré de s'accrocher au sein et de réaliser des salves efficaces. Cela peut prendre un peu de temps avant que l'allaitement ne se mette véritablement en place... Je me suis demandée en quoi la place de la

maman et du papa étaient primordiales durant les premières étapes de la vie comme la mise en place de l'alimentation ? Quels étaient les besoins de l'enfant prématuré ?

Le papa était très présent et investi mais, à plusieurs reprises, il évoquait le fait de ne pas trouver sa place au sein de leur famille. L'organisation du service était telle qu'un seul des deux parents pouvait rester auprès de son bébé la nuit.

En effet, une fois l'enfant passé en « box » et non plus en chambre mère-enfant, un seul des deux parents pouvait rester dormir auprès de celui-ci. Seulement, la mère allaitant, il n'y avait pas de choix possible concernant la figure parentale qui restait près de l'enfant la nuit. Pourquoi un seul des deux parents était admis à partir du soir ? D'autres établissements acceptent-ils les deux parents durant les nuits ? Quel impact cela peut-il avoir sur l'investissement des parents ? Y a-t-il un intérêt à ce que le papa soit présent régulièrement durant les premiers jours de vie de son enfant présentant une fragilité ?

De plus, ce monsieur avait dû reprendre le travail après les jours de paternité qui lui étaient accordés et il était difficile pour lui de ne pas pouvoir rester auprès de son enfant et de sa conjointe. Son enfant, né prématuré, avait dû rester hospitalisé pendant plusieurs semaines. Il passait uniquement le soir après avoir terminé son poste de travail. Il avait donc peu de temps pour rester auprès de son bébé et sa conjointe.

Se sentait-il moins impliqué ou en quelques sortes, exclu de la relation de soin avec leur bébé ? Était-il frustré ? Qu'en était-il du congé paternité ? N'avait-il pas pu prolonger son congé ? Comptait-il prendre le reste des jours qu'il lui restait plus tard ? Comment ces parents s'organisaient-ils ?

J'ai pu discuter avec d'autres papas qui étaient très heureux que leur épouse ou conjointe pratique l'allaitement maternel avec leur bébé mais ne trouvaient pas toujours leur place, tout au moins durant les premiers jours. Ils expliquaient qu'ils ne savaient pas toujours comment aider leur conjointe ou n'osaient pas réaliser les soins car ils avaient peur de faire mal à leur enfant qui, à leurs yeux, était petit et fragile.

Je me suis alors demandée :

En quoi la présence du papa est-elle bénéfique afin de favoriser le lien père/enfant ? Qu'est-ce qui pourrait favoriser ce lien ? Qu'est-ce que la puéricultrice pourrait mettre en place afin d'aider ce papa à trouver ses marques auprès de sa conjointe et de son bébé ? Comment intégrer le papa au sein de l'allaitement maternel ou de l'alimentation artificielle afin qu'il trouve son

propre rôle au sein de sa famille ? Comment accompagner cette famille dans les premières étapes de la vie de leur enfant ? La prématurité de leur enfant avait-elle un impact sur la manière de s'en occuper ? Concernant la venue au monde de ce bébé arrivé prématurément, que ressentaient ces nouveaux parents ? Cette prématurité était-elle considérée comme un frein à la mise en place d'une relation parent/enfant pour eux ? Un frein au déroulement de l'allaitement maternel ? Qu'est-ce que la prématurité renvoyait chez ses parents ? Comment vivaient-ils l'arrivée de leur bébé ? Quel était le vécu de la naissance et de la suite de la prise en soin pour ce papa ? Qu'est-ce que la puéricultrice peut apporter en tant que soignante ? A-t-elle des conseils ? Des pratiques particulières ? En tant que professionnelle de santé, aurai-je dû davantage impliquer ce papa dans le démarrage des soins auprès de son bébé ? Quels étaient les moteurs et les freins durant cette hospitalisation ? Connaissaient-ils les besoins d'un enfant né prématurément ? Ont-ils eu le temps d'accepter cette naissance prématurée de leur enfant ?

J'ai également eu la chance de réaliser un stage en début d'année de ma formation puéricultrice en service de soins intensifs de néonatalogie (de niveau 2B) où j'ai pu faire la connaissance d'un jeune couple de parents. La maman avait été transférée d'un autre hôpital pour anomalie du rythme du fœtus et retard de croissance intra-utérin sévère à 33 SA en anténatal. C'était un premier enfant. La petite fille était née prématurément à un poids de 1280 grammes. Cela faisait plusieurs semaines qu'elle était à présent dans le service. La maman venait la quasi-totalité de la journée. Le papa travaillait et venait après son poste. Il restait donc moins longtemps que sa compagne mais était très investi. Il avait pris quelques jours de congé paternité et non la totalité car il avait exprimé le besoin de travailler. Le bain était prévu en fin de semaine car ce monsieur avait justement pris une journée de congé pour pouvoir participer à ce moment qui était important pour eux.

La puéricultrice a réalisé un bain enveloppé et les parents ont pu assister à ce bain. A la fin du soin, elle a proposé aux parents de réaliser les soins la prochaine fois tout en étant accompagnés par un membre de l'équipe professionnelle. A ce moment, le papa a clairement exprimé son appréhension envers ce soin et a de suite dit que ça serait la maman qui effectuerait les soins et non lui car sa fille était encore « trop » petite.

Que ressentait ce papa à cette période-là ? Était-il difficile pour lui d'imaginer réaliser des soins auprès de son enfant ? Y-a-t-il des étapes à franchir avant l'acceptation d'un enfant prématuré ? Est-il possible de s'investir auprès de son enfant malgré ces appréhensions ? Quelles étaient ses représentations ? Qu'avait-il imaginé de ses premiers moments avec leur enfant ? Il avait

l'envie d'être présent et était très heureux de passer ce moment avec sa conjointe et son bébé. Il l'avait exprimé devant les professionnels de santé mais la peur était-elle, à ce moment, plus présente que la joie de réaliser de manière autonome cette toilette avec sa fille ? Quel impact cela peut-il avoir sur le lien père/enfant ?

Nous parlons, à ce jour, de plus en plus, de la place du papa dans la prise en soin de l'enfant et la question du congé paternité est un sujet d'actualité depuis quelques années. La société a-t-elle évolué ? Les comportements ont-ils été bouleversés ? L'homme et la femme ont-ils la même place en tant que parents depuis ces dernières années ? Qu'en est-il de leurs rôles auprès de leur enfant ? Les modes de garde ou les tâches réalisées auprès de celui-ci ont-elles pour autant évolué au sein de la société ? Quelles étaient les pratiques réalisées il y a quelques années ? Quels sont les changements qui ont pu opérer ? Plus globalement, quelle est l'évolution de la parentalité, de la maternité et de la paternité au sein de notre société ?

Avec toutes ces interrogations et la réflexion sur ma situation de départ, je souhaiterais développer cette question de départ :

« En service de néonatalogie, quel accompagnement la puéricultrice met en place auprès du père de l'enfant prématuré ? »

I. LE CADRE CONTEXTUEL

1.1 La prématurité

1.1.1 Quelques notions d'épidémiologie

D'après l'Insee, Institut National de la statistique et des études économiques, le nombre de naissances s'élevait à 753 000 sur l'année 2019.

L'organisation Mondiale de la Santé a défini le nouveau-né comme « *un enfant qui a moins de 28 jours¹* ». Un enfant né à terme, autrement dit, entre 37 et 41 semaines d'aménorrhées, pèse en moyenne entre 3 et 3,5 kilogrammes, mesure en moyenne 50 centimètres et a un périmètre crânien d'environ 35 centimètres. Bien entendu, chaque enfant

¹ OMS. Nourrisson, nouveau-né. (Consulté le 22 octobre 2020). Disponible sur : https://www.who.int/topics/infant_newborn/fr/

est unique et évolue à son propre rythme. Ces « normes » sont uniquement utilisées comme référence. En tant qu'être humain, le nouveau-né est constitué de différents systèmes qui sont matures dès la naissance.

La prématurité, elle, est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *une naissance avant 37 semaines d'aménorrhées, soit 4 semaines avant la date théorique de l'accouchement*². »

En effet, en France, à partir de 24 semaines d'aménorrhée (SA), si l'enfant a un poids supérieur ou égal à 500 grammes, les manœuvres de réanimation néonatale sont permises. Avant ce terme, la viabilité du fœtus sera discutée avec les professionnels de santé et les futurs parents.

Selon Sospréma, association de soutien à la prématurité, « *en France, 1 bébé naît prématuré toutes les 8 minutes*³ ».

Cela équivaut à environ 165 enfants par jour et donc 60 000 enfants nés prématurément sur une année.

D'après l'Inserm, Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale, « *Parmi eux, 85% sont des prématurés moyens (32-37 SA), 10% sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5% sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA*⁴ »

Deux études ont permis d'avoir une meilleure connaissance de la prématurité : Epipage 1 en 1997 et Epipage 2 en 2011. Elles se sont déroulées sur plusieurs années et ont participé à un meilleur suivi auprès des femmes enceintes et des enfants.

Les enfants sont surveillés régulièrement pendant plusieurs années et des examens sont réalisés afin de mettre en évidence les conséquences de la prématurité au long cours. Cette surveillance permet de prendre en charge les enfants de manière précoce sur différents plans de santé.

Les accouchements de bébés prématurés, même s'ils ne sont pas majoritaires, sont à la hausse depuis quelques années et peuvent être favorisés par des facteurs environnementaux comme l'augmentation de l'âge de la femme enceinte, les différents modes de vie ou encore la procréation médicalement assistée.

² Sébastien Colson, *Le Guide de la puéricultrice*. 4^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson, 2016. Chapitre 8 : les pathologies de la période néonatale, le prématuré, p.225. ISBN 978-2-294-74773-1

³ SOSPREMA & BEBES HOSPITALISES. Accueil (en ligne). (Consulté le 23 octobre 2020).
Disponible sur : <https://www.sosprema.com>

⁴ INSERM, *la science pour la santé*. Prématurité, ces bébés qui arrivent trop tôt (en ligne). (Consulté le 20 octobre 2020).
Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

Il est donc important d'avoir connaissance des différentes situations pouvant provoquer ces accouchements précoces afin de pouvoir les prévenir.

1.1.2 Étiologie

Il y a 40% de cause inconnue, c'est-à-dire, que l'enfant naît prématurément sans facteurs de risque ou d'étiologie particulière. La maman ressent des contractions ou les membranes se rompent avant le terme initialement prévu. Le travail débute et l'expulsion se réalise.

Concernant les 60% restants, il peut exister des causes fœtales, obstétricales, infectieuses ou encore médicales entraînant un déclenchement ou un accouchement prématuré.

En ce qui concerne les causes fœtales, il s'agit le plus souvent de grossesses multiples comme des jumeaux, triplés ou quadruplés par exemple. Les enfants ont moins de place au sein de la cavité utérine et ne grossissent plus de manière optimale. Il peut aussi y avoir un retard de croissance intra-utérin (RCIU) plus ou moins sévère chez un seul ou plusieurs fœtus.

A propos des facteurs obstétricaux, il peut exister une malformation du placenta. Les deux les plus fréquents sont le placenta prævia et l'hématome rétro-placentaire. Le placenta prævia est positionné anormalement bas au sein de la cavité utérine et l'hématome rétro-placentaire se définit par un décollement du placenta qui, auparavant, était bien positionné. Ces deux malformations peuvent provoquer une hémorragie mettant en jeu la vie de la maman et du fœtus.

Il existe également des causes plus générales comme des infections (génito-urinaire, chorio-amnionite, septicémie...). Il y a alors multiplication des antigènes dans le corps de la maman pouvant passer au niveau du placenta et se transmettre au fœtus.

De plus, la maman peut présenter une hypertension artérielle gravidique aussi appelée pré-éclampsie. Le placenta ne se développe pas correctement, les vaisseaux sont mal insérés et des substances toxiques peuvent entraîner une hypertension artérielle et une accumulation de protéines dans les urines. Elle survient généralement à partir du deuxième trimestre de la grossesse et peut entraîner une éclampsie voire le décès de la femme enceinte si elle n'est pas décelée à temps.

D'autres facteurs de risque peuvent également être de l'ordre environnemental comme par exemple le stress, le développement d'un diabète gestationnel, les conditions de vie des parents ou encore l'utilisation de toxiques tels que le tabac, l'alcool ou encore de la drogue.

Dans cette partie, nous avons pu comprendre pourquoi un accouchement pouvait se réaliser de manière précoce. A présent, il me semblait important de décrire les différentes immaturités pouvant être retrouvées.

1.1.3 Le nouveau-né prématuré

Le stade de prématurité peut être plus ou moins important en fonction du terme auquel l'enfant naît. Les organes du fœtus sont déjà créés depuis la phase embryonnaire mais ne sont pas tous matures et fonctionnels avant le terme de 37 SA.

En effet, pendant la grossesse, l'enfant était contenu dans le ventre de sa maman par la paroi abdominale. Lorsqu'il naît, il peut ne pas avoir assez de force pour lutter contre la pesanteur. Il va donc, systématiquement, s'il n'est pas contenu, adopter une position d'extension du corps qui n'est pas physiologique. Il peut se sentir perdu, dans un environnement inconnu pour lui.

L'hypotonie de la tête et du tronc chez le nouveau-né, qu'il soit prématuré ou non, est physiologique dans le développement psychomoteur de l'enfant les premiers mois. Il en est de même pour les réflexes archaïques. Ils sont en faveur d'un bon pronostic neurologique.

D'ailleurs, le développement du système nerveux se poursuit tout au long de la grossesse et même après la naissance. On estime qu'entre 24 et 32 semaines d'aménorrhées, le développement cérébral commence à être optimal.

Or, un enfant qui naît avant ces 32 semaines peut présenter une stagnation de la maturité cérébrale dans son développement. Deux traitements médicamenteux sont administrés à la maman lors de sa grossesse lorsqu'il y a menace d'accouchement prématuré (MAP) pour diminuer les risques de complications neurologiques.

Le premier est à base de sulfate de magnésium. Il permet, lorsqu'il est administré avant 32 semaines d'aménorrhées (SA), de diminuer le risque de paralysie cérébrale chez l'enfant en devenir.

Le second peut être utilisé afin de diminuer le risque hémorragique au niveau des ventricules du cerveau. Il est composé de corticoïdes.

Cette corticothérapie a également une efficacité dans la maturation des poumons. Elle leur permet de se développer et d'initier la synthèse de surfactant. Le fœtus produit du surfactant dès la 26^{ème} semaine d'aménorrhée. Cependant, ce surfactant est produit en quantité

correcte dès 32 SA. Un accouchement avant ce terme peut donc être à l'origine de la maladie des membranes hyalines. Celle-ci est due à une production trop faible voire inexistante de surfactant induisant une atelectasie des alvéoles lors de l'expiration.

Lorsque l'accouchement a été rapide et que le fœtus n'a pas bénéficié de cette cure, le pédiatre peut, à la naissance, décider d'injecter du surfactant avec une sonde d'intubation afin de tapisser l'ensemble des alvéoles et d'aider le nouveau-né à respirer de manière autonome plus rapidement et plus efficacement. Une assistance respiratoire peut être proposée afin que l'enfant ne se fatigue pas durant les premiers jours de vie.

Concernant les périodes de sommeil et d'éveil, elles ne sont pas identiques sur l'ensemble de la journée. Un nouveau-né dort environ 20 heures par jour. Le nouveau-né prématuré aura tendance à se fatiguer plus rapidement car il a moins d'énergie et doit donc puiser davantage dans ses ressources lorsqu'il est éveillé. C'est pourquoi un enfant né avant 37 SA a des phases de sommeil importantes.

Il existe d'autres systèmes qui ne sont pas encore matures.

Premièrement, je vais développer le système digestif.

Tout d'abord, le phénomène de succion, déglutition, respiration n'apparaît généralement qu'au terme de 34 SA.

L'enfant prématuré peut donc bénéficier de la pose d'une sonde gastrique ou d'une voie parentérale afin d'assurer ses besoins hydro-électrolytiques en complément ou en remplacement de son alimentation par voie orale.

Ensuite, le foie d'un bébé, à la naissance, est encore immature. Il aura alors tendance à ne pas éliminer correctement les déchets organiques. Prenons l'exemple de la dégradation des érythrocytes. Elle se fait au niveau hépatique tous les soixante jours environ chez le nouveau-né prématuré. L'hémoglobine se dégrade en bilirubine libre ou autrement appelée « non conjuguée ». Elle va ensuite se conjuguer à l'albumine au niveau hépatique et être éliminée soit par les selles en stercobiline, soit par les urines en urobiline.

Le foie étant immature, il est possible qu'il n'arrive pas à produire assez d'albumine. Il va alors y avoir une accumulation de bilirubine libre, liposoluble, qui peut se déposer au niveau du tissu cérébral et engendrer un ictère nucléaire et des conséquences neurologiques.

Deuxièmement, il y a une immaturité du système de thermorégulation. Chez tout être humain, il existe quatre catégories de déperdition de chaleur qui sont l'évaporation, la conduction, la convection et l'irradiation.

Le nouveau-né, prématuré ou non, puise dans ses réserves et dépense de l'énergie et des calories afin de maintenir une thermorégulation stable durant les premiers jours de vie.

L'enfant prématuré a des réserves en calories et en glycogène plus faibles. Il se peut qu'il y ait une hypoglycémie secondaire à l'hypothermie.

Lorsqu'il naît, il est donc souvent placé rapidement en incubateur humidifié ou en matelas chauffant afin de faire face à ces différents mécanismes de perte de chaleur et d'éviter d'autres complications.

Troisièmement, au niveau cardiovasculaire, le canal artériel de l'enfant, situé entre l'aorte et l'artère pulmonaire, reste ouvert quelques heures après sa naissance et va se refermer plus tard, lors de la diminution des pressions et des résistances pulmonaires.

Chez les enfants prématurés, ce canal peut rester ouvert plus longtemps c'est-à-dire qu'il va y avoir une persistance de la communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire. Il y a alors, à l'auscultation du cœur, la perception d'un souffle.

Lorsque celui-ci est trop important, des anti-inflammatoires peuvent être utilisés par voie intraveineuse. Ils ont un effet « shunt » provoquant la fermeture de ce canal et évitant des complications cardiaques chez l'enfant.

Le nouveau-né prématuré peut également présenter des apnées entraînant des bradycardies plus ou moins sévères. Cela est dû aux centres respiratoires qui sont encore immatures. Le traitement de substitution est la caféine. Ce traitement médicamenteux administré par voie orale ou intraveineuse permet la stimulation des centres neuro-respiratoires. Il induit une diminution des apnées et des bradycardies durant les premières semaines de vie de l'enfant.

Enfin, l'enfant né prématurément n'a pas toujours pu bénéficier des anticorps de sa maman car ils se développent vers le troisième trimestre de la grossesse.

Il peut donc présenter une fragilité sur le plan immunitaire. Sa peau est fine et fragile et peut également être source d'infection.

Au regard de toutes ses immaturités, l'enfant né avant 37 SA a, la plupart du temps, besoin de soins techniques et invasifs comme l'installation dans un incubateur, l'administration de traitements par voie intraveineuse, la surveillance rapprochée sur monitoring, la pose de

sonde gastrique, ou encore la pose de cathéter périphérique, central ou ombilical, etc. pouvant être à l'origine d'une infection nosocomiale par exemple.

Par cette partie, je souhaitais mettre en évidence la grande fragilité de ces êtres humains face au monde extérieur. Dès leur naissance, ils sont accueillis en service de soin spécialisé appelé « néonatalogie ».

1.2 La néonatalogie

1.2.1 Les différents services de néonatalogie

Ceux sont des structures spécialisées dans la prise en soin du nouveau-né en général et plus spécifiquement du nouveau-né prématuré.

Il en existe trois types : la réanimation néonatale, les soins intensifs et les soins continus. Des unités peuvent également être créées dans les maternités afin de prendre en soin les enfants au terme de 36 SA ou des enfants nés à terme avec risque de complications. Ces unités sont nommées « kangourou » ou « koala ». Elles permettent au bébé de rester auprès de sa maman durant toute l'hospitalisation tout en bénéficiant des soins dont il a besoin.

Les établissements possèdent différents niveaux d'équipements et l'offre de soins varie dans l'ensemble de la France et des DOM-TOM. De ce fait, les établissements sont cotés par niveau.

Un établissement coté « niveau 1 » accueille des nouveau-nés à terme dont l'état de santé n'est pas inquiétant. Leur évolution se fait sans souci particulier et ces nouveau-nés rentrent rapidement au domicile.

Les établissements de niveau 2 sont différenciés. Il existe les établissements de niveau 2A et les établissements de niveau 2B.

Tout d'abord, les établissements de niveau 2A sont également appelés service de soins continus de néonatalogie. Ils accueillent généralement des enfants nés prématurés de 33 à 36 SA et 6 jours, des enfants avec un poids de naissance supérieur à 1500 grammes ou des enfants nés à terme ayant une détresse au moment de l'accouchement ou des suites de sa naissance. L'infirmière puéricultrice peut prendre en soin 6 enfants sur son poste de travail.

Les enfants peuvent bénéficier d'une surveillance hémodynamique et respiratoire avec la présence d'un scope, de l'administration de perfusions au long cours, de la pose d'une sonde gastrique ou encore d'oxygénothérapie à faible concentration.

Les établissements de niveau 2B sont aussi appelés soins intensifs en néonatalogie. Ils accueillent, la plupart du temps, des enfants nés prématurément entre les termes de 29 SA et 33 SA, de poids d'environ 1000 à 1500 grammes ou des enfants nés plus tard, même à terme, ayant un état clinique instable. L'infirmière puéricultrice a, sous sa responsabilité, 3 enfants. En plus des soins cités en niveau 2A, il peut y avoir dans ces services, des soins plus techniques comme la pose d'un cathéter central ou ombilical pour une alimentation parentérale au long cours ou encore une oxygénothérapie sous ventilation spontanée plus poussée voire une ventilation artificielle durant quelques heures.

Les établissements de niveau 3 ont un service de réanimation néonatale. Celui-ci accueille des enfants nés prématurés avant 29 SA ou d'autres plus âgés nécessitant des soins techniques importants dus à une détresse vitale (détresse respiratoire, infection, chirurgie importante, etc...). Le nombre d'enfants pris en charge par l'infirmière puéricultrice est de 2 enfants sur son poste de travail.

De nombreux professionnels travaillent en collaboration pour le bien-être de l'enfant et de sa famille.

1.2.2 Les différents acteurs de santé

Dans ces unités de soins, l'ensemble de l'équipe professionnelle est spécialisé dans la prise en soin du nouveau-né et plus particulièrement du nouveau-né prématuré.

Tout d'abord, ces équipes rassemblent des pédiatres présents, la plupart du temps, 24 heures sur 24, des infirmières puéricultrices, des auxiliaires de puériculture ainsi qu'une ou plusieurs consultantes en lactation.

Il est important que l'ensemble de l'équipe soignante soit dans la même dynamique autour de l'enfant et de sa famille afin qu'il y ait un discours uniforme auprès des parents.

A ce jour, de nombreux établissements forment les soignants spécialisés dans la prise en soin des enfants prématurés sur l'adaptation au rythme et aux besoins de l'enfant.

En France, actuellement, 46 équipes ont obtenu le label IHAB⁵ signifiant « *Initiative Hôpital Ami des Bébé*s », 28 en service de maternité et 18 en service de néonatalogie. C'est une association qui a été créée en 1991 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Elle est basée sur douze recommandations permettant aux professionnels de santé de centrer leurs soins sur l'enfant, les parents et l'allaitement maternel.

Il est question d'accompagnement, de faire reconnaître les bienfaits du lait maternel pour l'enfant, d'observer la proximité parents/enfant afin de favoriser le lien d'attachement. Les soignants proposent alors une prise en soin individuelle et personnalisée auprès de la famille. Le statut de ce label au sein des établissements est réévalué tous les quatre ans.

De nombreuses autres formations basées sur les soins de développement auprès de l'enfant et sa famille apparaissent aujourd'hui comme le « *Nidcap* », Neonatal Individualized Developmental Care Assessment ou encore le « *Fine* », Family & Infant Neuro-development Education. L'intérêt de ces formations est de permettre aux professionnels de santé de respecter le rythme de l'enfant et de réaliser une prise en soin personnalisée.

Ensuite, ces équipes de néonatalogie travaillent en collaboration avec des pédopsychiatres, des psychologues, des assistantes sociales, des kinésithérapeutes, des échographistes et manipulateurs radios spécialisés dans la petite enfance.

Les soignants des services de néonatalogie peuvent aussi être en relation avec des professionnels de santé travaillant en extrahospitalier comme par exemple des pédopsychiatres ou des puéricultrices de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) afin qu'ils puissent prendre connaissance du dossier de l'enfant, des difficultés que peuvent présenter l'enfant que ce soit sur le plan alimentaire, social ou pondéral ou en relation avec les parents. Ainsi, un réseau extrahospitalier peut se créer autour de la famille.

L'ensemble de ce travail en collaboration peut donc permettre une priorisation des besoins individuels du bébé. Je vais à présent vous présenter l'organisation d'un service en néonatalogie.

⁵ Mad !Studio & Pierre Planté. Initiative Hôpital Ami des bébés. (En ligne). Mis à jour en décembre 2020. (Consulté le 29 octobre 2020). Disponible sur : <https://www.i-hab.fr/>

1.2.3 Les services de néonatalogie et leur organisation

L'organisation des services de néonatalogie est différente selon les établissements de santé. Des conditions d'hygiène strictes sont cependant souvent recommandées aux parents à l'arrivée dans le service afin de limiter le risque infectieux venant de l'environnement extérieur. Ils sont priés d'enfiler une blouse à usage unique, une charlotte ainsi qu'un masque si besoin.

La limitation de temps de visite pour les parents tend à diminuer ces dernières années afin de respecter le temps de présence souhaité auprès de leur enfant. Ils peuvent généralement avoir accès au service 24 heures sur 24.

Cependant, dans certains services, le ou les parents ne sont pas autorisés à dormir. De nombreux services acceptent la présence de la fratrie une ou plusieurs fois par semaine afin de créer un lien avec le nouveau-né.

Le but de la prise en charge néonatale est de permettre à l'enfant, prématuré ou non, en présence de difficultés ou non, de tendre vers son autonomie physiologique afin de pouvoir sortir du service de soin et rentrer au domicile des parents.

C'est tout l'enjeu des professionnels de santé dont l'infirmière puéricultrice qui exerce au sein de ces services.

1.3 La puéricultrice en néonatalogie

1.3.1 Définition de l'infirmière Puéricultrice

Le diplôme d'État de la puéricultrice a été créé au décours du décret n°47-1544 du 13/08/1947⁶ grâce au professeur Robert Debré. Ce métier existe donc depuis 74 ans. C'est une année de spécialisation pouvant être réalisée après avoir eu l'obtention du diplôme d'État infirmier ou le diplôme d'État en Maïeutique.

⁶ Décret n°47-1544 du 13 août 1947, mis à jour le 25 juillet 2005, (consulté le 31/10/20).
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000673587>

Selon le guide de la puéricultrice, ce métier représente « *une infirmière spécialisée qui a développé des compétences d'expertise clinique spécifiques à la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence, et à la santé de la famille*⁷ ».

Le métier de puéricultrice peut s'exercer à de nombreux endroits, soit en intrahospitalier, soit en extrahospitalier. De manière générale, l'infirmière puéricultrice a différents rôles dans les domaines de l'éducation, de la prévention et du curatif.

Cependant, selon les endroits où elle exerce, ces compétences sont plus ou moins présentes.

1.3.2 Ses différents rôles

En service intra-hospitalier, on peut retrouver l'infirmière puéricultrice en service de maternité ou de néonatalogie. Elle va alors s'occuper de l'enfant nouveau-né, à terme ou prématuré. Elle peut également exercer en service de pédiatrie. Il existe de nombreux services de pédiatrie plus ou moins spécialisés dans différents domaines de la santé où les enfants sont pris en soin de la naissance jusqu'à l'âge de 15 ans et 3 mois.

Au sein de ces différents services, le rôle curatif est particulièrement mis en avant même si l'éducation et la prévention auprès de l'enfant et des parents sont également recherchées. Des infirmières puéricultrices peuvent évoluer et devenir cadre de santé. Elles ont un rôle d'encadrement auprès de leur équipe.

En service extrahospitalier, l'infirmière puéricultrice peut exercer en tant que directrice ou adjointe à la direction en crèche. Elle peut également travailler au sein d'une PMI. Elle aura alors pour mission également de valider les agréments pour l'exercice des assistantes maternelles.

Dans ces domaines, les soins sont davantage portés sur l'éducation et la prévention. L'infirmière spécialisée en puériculture peut également exercer au sein d'institut de formation afin de former les futurs professionnels de santé.

Nous avons vu, au travers de cette partie, que le métier d'infirmière puéricultrice est très varié et permet d'accompagner les familles de manière globale (éducation, soins, collaboration, relation de soins, informations, protection, ...). J'ai pu développer le rôle de la puéricultrice en

⁷ Sébastien Colson, *Le Guide de la puéricultrice*. 4^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson, 2016. Chapitre 1 : la profession de puéricultrice, p.4. ISBN 978-2-294-74773-1

service intra et extrahospitalier. Je vais à présent développer les qualités de la puéricultrice pour exercer auprès des enfants admis en service de néonatalogie.

1.3.3 Les qualités de la puéricultrice recueillies en néonatalogie

Tout d'abord, la puéricultrice a un rôle de surveillance auprès des enfants nés prématurés. Elle veille à leur bien-être, à leur confort et s'adapte au rythme de l'enfant. La puéricultrice a une attention particulière portée à l'enfant et un comportement doux.

Elle a également un rôle d'accompagnement important auprès des parents afin qu'ils puissent réaliser les soins auprès de leur enfant en vue de leur autonomie et du retour à la maison. Il est important que la puéricultrice ait une attitude de bienveillance, d'empathie et qu'elle soit à l'écoute de l'enfant et de ses parents.

L'enfant né prématuré est, comme j'ai pu le développer auparavant, un être fragile et parfois encore immature. Il se retrouve hospitalisé dans un service inconnu des parents où de nombreux professionnels gravitent autour.

L'ensemble du matériel médical peut être imposant et susciter de nombreuses interrogations.

Avant de développer la parentalité, il me semblait important de définir les parents et de développer leurs différents rôles auprès de l'enfant.

1.4 Les parents

1.4.1 Notion de couple

Avant d'être parents, l'homme et la femme représentent une entité formée de la relation entre deux personnes.

Au sein de la société française, le terme de couple peut se définir de diverses manières. J'ai décidé de développer plus particulièrement deux définitions.

Premièrement, selon le dictionnaire Larousse, le couple est considéré comme « *deux personnes qui sont unies par le mariage, liées par le pacs ou vivant en concubinage*⁸ ». Cela induit un engagement mutuel entre deux parties. Or, ces dernières années, ces types de pratique tels que le mariage ne sont plus la tendance actuelle. En effet, en 2019, d'après l'Institut National d'Études Démographiques⁹, sur 714 029 naissances en France, environ 60% étaient des naissances de nouveau-nés dont les parents n'étaient pas mariés. Auparavant, il était important de se marier avant de concevoir un enfant. De nos jours, les mentalités ont totalement évolué.

Michel Maestre, psychologue, dans son ouvrage « *Le couple dans tous ses états*¹⁰ » exprimait déjà cette évolution dans les années 2000 et mettait également en relation l'évolution des modes familiaux avec l'industrialisation.

Au cours des dernières années, les femmes sont devenues plus indépendantes. Elles exercent un métier et sont reconnues au sein de leur profession. Toute femme peut réaliser le métier souhaité et subvenir à ses besoins.

Une évolution de la place de l'homme et de la femme au sein de la société ces dernières années et le désir d'égalité des sexes ont permis de faire évoluer le couple. Les partenaires sont libres de faire leur propre choix et les tâches au sein des couples sont mieux réparties. Un équilibre s'installe et chacun libère du temps pour se réaliser et s'épanouir. Il est donc possible qu'il y ait moins d'engagement mutuel.

Cela peut également être dû à l'aspect financier. De nos jours, le mariage est un engagement mais traditionnellement, suivi d'une cérémonie qui rassemble les deux familles. Il peut, à ce jour, devenir très onéreux de réaliser ce genre de cérémonies et beaucoup d'individus se résignent alors à cet engagement.

⁸ Dictionnaire Larousse, définition couple. Consulté le 13 janvier 2021, (en ligne).
Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/couple/19854>

⁹ Ined, Institut National d'Études Démographiques (consulté le 15 janvier 2020) (en ligne).
Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/naissances-hors-mariage/>

¹⁰ Maestre Michel. *Le couple dans tous ses états. De Boeck Supérieur, « cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux »* (en ligne), 2009/1, n°42, p. 67 à 86. ISBN 9782804102517. (Consulté le 05 janvier 2021). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2009-1-page-67.htm>

La deuxième définition que nous donne le Larousse est « *deux personnes animées d'un même sentiment, d'une même volonté, ou que des intérêts, des affinités, des caractères rapprochent*¹¹ ».

Il me semble important de retenir cette définition du couple plus actuelle que la première selon moi. Le couple, avant de devenir parent, a vécu une rencontre, des moments de partage, une compréhension de l'autre, etc. Il est alors considéré comme couple conjugal.

Dès la grossesse, il va devenir couple parental. L'homme et la femme vont chacun donner une partie d'eux-mêmes afin de créer leur famille. Il est cependant primordial de ne pas s'oublier en tant que couple conjugal après la création de la famille afin qu'il y ait toujours un équilibre.

Michel Maestre dit qu'« *il existe un lien tenu entre la forme d'organisation de la famille et le contexte de vie dans lequel elle se trouve*¹² », autrement dit, tout est lié. Chaque famille va s'organiser en fonction des liens qu'elle aura créés auparavant, homme/femme, couple conjugal, couple parental, triade père/mère/enfant.

1.4.2 Définition du père/papa et de la mère/maman

Les parents sont définis comme le père et la mère de l'enfant.

Dans le Larousse, le père est défini comme « *un homme qui a engendré, donné naissance à un ou plusieurs enfants*¹³ » et la mère comme « *une femme qui a mis au monde un ou plusieurs enfants*¹⁴ ».

Dans ces deux définitions, le père et la mère sont vus comme des progéniteurs, ils deviennent alors parents de manière biologique.

¹¹ Dictionnaire Larousse, Consulté le 13 janvier 2021, (en ligne).
Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/couple/19854>

¹² Maestre Michel. Le couple dans tous ses états. *De Boeck Supérieur*, « *cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* » (en ligne), 2009/1, n°42, p. 67 à 86. ISBN 9782804102517. (Consulté le 05 janvier 2021). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2009-1-page-67.htm>

¹³ Larousse, définition père (en ligne), (consulté le 23 novembre 2020).
Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/père/59470>

¹⁴ Larousse, définition mère (en ligne), (consulté le 25 novembre 2020).
Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mère/50611>

C'est ce que Joël Clerget, psychanalyste, dans un ouvrage intitulé « Comment un petit garçon devient-il un papa ?¹⁵ » explique. Il différencie les termes père et papa. Selon lui, le père est vu comme géniteur et le papa est défini au sens réel, celui qui éduque son enfant.

Il y a eu une évolution depuis quelques décennies au sein de notre société.

A ce jour, je pense que les termes papa/maman et père/mère au sein de notre société sont très ambigus. Les termes papa et maman sont souvent utilisés pour appeler son père ou sa mère. Par exemple, un enfant dit « maman » ou « papa » et non « Père » ou « Mère » contrairement à l'époque...

Une fois parents, le père et la mère ont des responsabilités et des obligations vis-à-vis de leur enfant.

1.4.3 *Le rôle parental*

L'homme et la femme deviennent véritablement parents lorsque leur enfant naît. La mise en place du bracelet d'identification en salle de naissance établit un lien entre les parents et l'enfant. En effet, les parents ont choisi son prénom. C'est la première fois que l'enfant est intégré au sein de la société. Il est porteur d'un nom, d'un prénom et d'une date de naissance.

Quelques jours après l'accouchement, la déclaration de naissance de l'enfant doit être enregistrée auprès de l'État. Elle peut uniquement être réalisée par une des personnes présente à l'accouchement. Généralement, il s'agit du papa mais dans certaines situations, il se peut que ça soit la maman, un professionnel de santé ou encore un autre proche de la famille...L'enfant porte alors le nom du père si celui-ci l'a reconnu, de la mère ou des deux parents si ceux-ci l'ont choisi. Cette déclaration à l'État civil est obligatoire et doit se faire dans les 5 jours après la naissance généralement dans la mairie de la commune d'accouchement.

Elle aboutit à la création de l'acte de naissance. Selon l'article 57 du Code Civil, « *L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant, les prénoms qui lui seront donnés, le nom de famille, suivi le cas échéant de la mention de la déclaration*

¹⁵ Michel Dugnot, Féminin, Masculin, Bébé. Comment un petit garçon devient-il un papa ? Année 2011. *Collection enfance et parentalité*, Éditeur ERES.p.197 à 207.

*conjointe de ses parents quant au choix effectué, ainsi que les prénoms, noms, âges, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant.*¹⁶ »

Dès que l'acte de naissance est réalisé, l'enfant est reconnu comme personnalité juridique et bénéficie de droits comme tout autre individu.

Selon l'article 16 du Code civil, « *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie*¹⁷ ». Catherine Philippe, maître de conférence, stipule que « *le droit connaît la personne à compter de sa naissance jusqu'à son décès et ce, sans opérer de distinctions fondamentales en fonction de l'âge*¹⁸ ».

Lorsque la déclaration est réalisée, le père et la mère deviennent parents par filiation. Ils exercent alors l'autorité parentale de leur enfant jusqu'à son émancipation à l'âge de 16 ans ou sa majorité à l'âge de 18 ans.

La loi du 04 mars 2002, publiée dans l'article 371-1 du Code Civil, a permis de définir l'autorité parentale comme « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant*¹⁹ ». Ce terme a été créé en 1970.

Ainsi, les parents ont deux rôles primordiaux auprès de leur enfant.

- un rôle de protection. Ils assurent la sécurité et la santé de leur enfant tout au long de sa croissance.

- un rôle d'éducation. Ils mettent en place des règles de vie auprès de leur enfant et permettent l'accès à l'apprentissage scolaire.

Les parents sont donc un soutien indispensable à l'enfant de par leur rôle.

Ils permettent, grâce aux règles, valeurs et à l'éducation inculquées à leur enfant, le développement de son épanouissement et de son autonomie pendant toute sa croissance.

¹⁶ Code civil, France. Article 57 du code Civil, ordonnance n°2005-759 du 04 juillet 2005. (Consulté le 27 octobre 2020). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006420911/

¹⁷ Code civil, France. Article 16-crédation loi n°94-653 du 29 juillet 1994. (Consulté le 28 octobre 2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006419293/>

¹⁸ Catherine Philippe. Le bébé et le droit : quelle reconnaissance ? *Eres*, « 1001 bébés » (en ligne), 2015, p.73 à 90 (consulté le 25 octobre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/le-bebe-dans-sa-famille--9782749248363-page-73.htm>

¹⁹ Code Civil, France. Article 371-1 modifié par la loi n°2019-721 du 10 juillet 2019. (Consulté le 27 octobre 2020). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626/

Concernant le droit des enfants, il a été reconnu par de nombreux pays en 1989 à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE). C'est un texte international visant à identifier les différents droits de l'enfant, individu de moins de 18 ans reconnu à part entière, au sein des différents pays du Monde.

Il est basé sur le droit à l'identité et à la nationalité, à l'accès médical, à l'éducation, à la protection de la maltraitance et de la violence, à la protection de la discrimination, à la liberté d'expression et d'information, à l'accès à une famille...

Lors de la naissance de leur enfant, le père et la mère ont, quant à eux, droit à un congé de naissance et un congé de paternité et de maternité.

1.4.4 Les congés maternité et paternité

Le congé de naissance est obligatoire, il est pris au moment de la naissance de l'enfant. Il est d'une durée de 3 jours ouvrables.

Le congé maternité a été créé en 1909. Il était à la base d'une durée de 8 semaines et les mamans ne percevaient aucune indemnité. Depuis cette époque, il y a eu de nombreux changements et à ce jour, il comporte un congé prénatal et un congé postnatal. Sa durée varie en fonction du nombre d'enfants que la mère a déjà eu et du nombre d'enfant attendu.

La création du congé paternité est beaucoup plus tardive dans le temps. Elle date du 1^{er} janvier 2002. C'est un droit accordé mais il n'est pas obligatoire.

Pour une naissance à terme, le congé de paternité est autorisé au père de l'enfant ou au conjoint vivant avec la maman, partenaire de pacs ou marié même s'il n'est pas le père de l'enfant. Le congé paternité est valable pour une durée de 11 jours consécutifs lors de la naissance d'un enfant unique et de 18 jours consécutifs lors d'une grossesse multiple.

Le congé paternité doit être pris avant les quatre mois révolus de l'enfant sinon il est annulé.

Le 23 octobre 2020, l'Assemblée Nationale a voté pour une modification de la durée du congé paternité. Il passerait de 14 jours au total à 28 jours avec obligation de prendre 7 jours sur les 28. Cela équivaut aux 3 jours de naissance pris en charge par l'employeur et aux 4 jours de congé paternité financés par la Sécurité Sociale. Ainsi, le père pourrait bénéficier de plus de temps auprès de sa conjointe et de son bébé durant les premiers jours de vie. C'est notifié dans l'article n°L1225-35 du Code du Travail de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020²⁰.

²⁰ Légifrance, Code du Travail. (Consulté le 24 mai 2021).

Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037951091/

En ce qui concerne l'enfant prématuré, celui-ci reste hospitalisé pendant quelques jours voire semaines. Charlotte Bouvard, présidente de SOSPréma, s'est battue pour l'obtention d'un délai consécutif du congé paternité d'un enfant prématuré. Elle disait « *Lorsqu'un prématuré naît, pour le père, c'est la triple peine, il ne peut pas voir son enfant qui est parfois aux portes de la mort, il ne peut pas soutenir sa compagne et il conserve, malgré tout, la pression d'être performant au travail*²¹ ».

Le congé paternité a été accordé pour 30 jours consécutifs maximum depuis le 1^{er} juillet 2019. Il doit être pris pendant l'hospitalisation de l'enfant et il s'arrête lorsque l'enfant sort d'hospitalisation.

J'ai pu développer les termes de prématurité, puéricultrice, néonatalogie ou encore des parents dans ma partie contextuelle. Je vais à présent vous développer des concepts en lien avec ces différents termes.

II. LE CADRE CONCEPTUEL

2.1 La parentalité et la paternité

2.1.1 La parentalité

La parentalité est un concept qui a évolué ces dernières années et qui n'existait pas il y a encore quelques décennies. En effet, d'après le Guide de la Puéricultrice²², ce concept s'est développé dans les années 1960-1970. Les professionnels de santé étaient, au départ, centrés uniquement sur l'enfant, c'est-à-dire que lorsqu'on soignait un enfant, on se contentait de réaliser les soins sans pour autant prendre en compte son environnement familial ou social.

Une dizaine d'années plus tard, les soins se sont davantage organisés autour du bébé et de sa maman.

A partir des années 2000, la sphère familiale s'est ouverte et le père a commencé à avoir une place davantage reconnue au sein de la famille notamment avec la création du congé paternité.

La parentalité a été défini par Pierre Délion, pédopsychiatre, comme « *l'ensemble des*

²¹ Sciences, prématurité, un congé spécifique pour le père ? *Le Figaro*, le 08 mai 2018, p.12. Consulté le 01 février 2021.

²² Sébastien Colson, *Le Guide de la puéricultrice*. 4^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson, 2016. Chapitre 5, Les infirmières puéricultrices et le soutien à la parentalité, p.145 ISBN 978-2-294-74773-1

*remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher*²³». Le docteur Lisbeth Von Benedek, psychanalyste, a exprimé :« être parent n'est ni une donnée biologique ni une donnée sociale mais le fruit d'un processus complexe de maturation psychologique²⁴ ». Au travers de ces deux citations, on peut donc faire un lien entre étape de modifications psychiques et parentalité.

Lors de la conception d'un enfant, l'homme et la femme, considérés comme couple, vont devenir parents.

Ils étaient auparavant enfants et de nombreux changements vont s'opérer dans leur vie. Benoit Bayle, psychiatre et docteur en philosophie, a pu citer dans son article, « être parent, c'est accéder à une identité nouvelle, avec la part de sens, de renoncement et de responsabilité qui incombe alors à l'être humain²⁵. » L'homme et la femme sont alors liés par le nouvel être humain conçu, autrement dit le fœtus, et vont devenir parents.

Cependant, selon chaque être humain, il est plus ou moins simple de réaliser ce cheminement.

Nous avons vu que la parentalité débute lorsque la femme annonce sa grossesse à l'homme. La femme représente alors la maternité et l'homme la paternité.

Concernant la future mère, elle va rapidement s'imaginer son bébé, anticiper son rôle auprès de son enfant. Cela est dû en particulier au fait que son bébé est en elle, elle vit intérieurement avec ce futur enfant, peut le sentir et se rendre davantage compte de l'existence de cet être en devenant contrairement au futur papa.

Il me semblait également important d'évoquer « *la préoccupation maternelle primaire*²⁶ » définie par Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique. Il évoque ce terme en mettant en évidence l'intérêt de la maman pour son enfant au moment de la grossesse et après son accouchement. Pour lui comme pour Monique Bydlowski, psychiatre, qui a pu décrire « *la transparence psychique*²⁷ », la femme enceinte va se concentrer sur elle-même et

²³ Pierre Délion, La fonction parentale, *La parentalité*, Novembre 2007, Editeur : Henry Inberg. p.12 (consulté le 10 novembre 2020). Disponible sur : <https://www.yapaka.be/content/la-fonction-parentale>

²⁴ Benoit Bayle, Accueillir les pères en périnatalité, Être père ; une parentalité sexuellement différenciée ? p.33 Année 2017. *Ères* : la vie de l'enfant. ISBN : 9782749254715

²⁵ Idid 24.

²⁶ Monique Bydlowski, Bernard Golse. *Le carnet psy*. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire, une voie de l'objectalisation. p.30. Études, mai 2001. P.30 ISSN : 1260-5921.

²⁷ Idid 26.

retracer sa propre histoire. C'est par ce biais que les modifications psychiques de la mère vont s'opérer et que celle-ci va alors être prête à accueillir son enfant. Elle se sentira, dès cette étape, impliquée et mère.

De plus, la production d'hormones comme le cortisol ou l'ocytocine lors de la grossesse vont également permettre un lien d'attachement entre le fœtus et la future maman jusqu'après l'accouchement.

Le processus psychique est différent chez la femme et l'homme en devenir d'être parents. Nous avons pu voir auparavant les différentes étapes psychologiques chez la maman. Qu'en est-il chez l'homme ?

Pendant de nombreuses années, le père était vu uniquement comme « *opérateur symbolique de séparation*²⁸ » entre la mère et le bébé, autrement dit, il était le séparateur de la symbiose entre la maman et le bébé qui s'est développé dans son ventre pendant quelques mois. Le père a donc un rôle secondaire. Il serait alors simple d'en oublier les liens qu'il peut déjà y avoir entre le bébé et lui-même.

La place du père au sein de la société a beaucoup évolué. Selon les époques, le rôle des pères était différent. C'est ce que nous explique Luigi Zoja, un psychanalyste, dans un article nommé « La relativité de l'identité masculine et de la paternité²⁹ ».

Lors de la période préhistorique, le père était un chasseur de proie et donc vu comme nourricier de sa tribu puis, durant la période gréco-romaine, il a pris une place importante au sein de la famille, il était alors vu comme patriarche. Lors des époques qui ont suivi, la majorité des hommes était devenue paysans et travaillait auprès de leur famille pour subvenir à leurs besoins.

Durant le 20^{ème} siècle, la France a subi deux guerres. Lors de ces périodes, les pères partaient au combat et nombreux ont été les enfants à vivre sans figure paternelle à leur côté. La paternité a donc souvent été oublié durant cette période et beaucoup de médecins ont pu observer des effets délétères pour l'enfant et le parent.

²⁸ Geneviève Bruwier. La grossesse psychique : l'aube des liens. *Éditions Fabert*. p.40

²⁹ Luigi Zoja, La relativité de l'identité masculine et de la paternité. *Les cahiers jungiens de psychanalyse*. 2015/1 N° 141 pages 69 à 88 ISSN 0984-8207 ISBN 9782915781304

A ce jour, certains hommes n'ont pas eu une bonne image de leur père et ne souhaitent pas reproduire le même schéma d'éducation. D'autres souhaitent se sentir impliqués encore plus que leur père n'a pu l'être auprès d'eux.

C'est pourquoi la place du père a changé depuis quelques décennies. La majorité des hommes actuels souhaitent être plus présents et plus investis auprès de leur conjointe et leur enfant.

L'implication du père est une chose mais encore faut-il qu'il y ait une collaboration entre les parents afin que la maman laisse de la place au papa ?

Van Egeren, a défini le « *gatepeeking*³⁰ » comme « *la manière dont la mère régule l'investissement ou l'accès du père auprès de l'enfant.* ». En d'autres termes, c'est la manière dont le père et la mère vont influencer la coparentalité en fonction de l'espace laissé à l'autre membre du couple auprès de leur enfant.

Il y a souvent deux types de relations dans un couple, soit les membres du couple sont aidants, dans la corélation, soit ils sont davantage solitaires et vont opérer des choix plutôt singuliers chacun de leur côté. Cela va pouvoir avoir un impact sur la prise en soin de leur futur enfant.

2.1.2 La paternité

Je vais à présent essayer de développer le mécanisme qui s'opère généralement chez les futurs papas sur le plan psychologique. Le fait de devenir père implique la notion de paternité.

Premièrement, lors de l'annonce de la grossesse, le père se retrouve généralement bouleversé. Il peut, à ce moment précis, avoir des émotions et des souvenirs refoulés de son enfance sur son rapport à son propre père ou à sa propre existence qui vont apparaître. Il peut également se poser des questions sur son futur rôle auprès de ce bébé encore imaginaire à ses yeux et sur son futur rôle auprès de sa conjointe. C'est ce que nous explique Claude Schauder, psychologue clinicien et Raphaële Noël, psychologue clinicienne et professeure, dans leur article « Construction et co-construction de la paternité³¹ ».

³⁰ Benoit Bayle. Accueillir les pères en périnatalité. *Ères : la vie de l'enfant*. (Consulté le 10 décembre 2020). p.93

³¹ Glangeaud-Freudenthal et al., Construction et co-construction de la paternité. *Accueillir les pères en périnatalité*. (Consulté le 12 décembre 2020), p.101 à 110.

Ils décrivent que, selon les périodes de la grossesse, de nouveaux mécanismes vont se mettre en place afin d'appréhender leur futur rôle de père.

En effet, durant les premier et deuxième trimestres, le ventre de la future maman s'arrondit et le père peut alors imaginer un peu plus l'être en devenir. Il en est de même avec la découverte du sexe de l'enfant, la découverte du fœtus lors des échographies et ses premiers mouvements. Le couple peut alors échanger sur leur futur rôle respectif, imaginer le futur bébé, etc. Cependant, le père en devenir peut être emparé de doutes quant à son rôle et quant à la relation qui se joue entre sa conjointe et lui. Le rôle de chacun se met en place en fonction de la triade père/mère/enfant.

Il peut également y avoir une rivalité entre le père et le bébé ressentie par le futur père. En effet, nous avons vu que la maman, par le processus de préoccupation maternelle primaire, va investir son bébé durant plusieurs mois de manière exceptionnelle. Son conjoint peut avoir des doutes quant à la relation qui évolue avec elle.

Durant le troisième trimestre de grossesse, les doutes du père seront davantage ciblés sur son rôle durant l'accouchement et l'accompagnement qu'il aura auprès de sa conjointe dans la découverte de son bébé.

Dans mon mémoire, il est question de paternité auprès d'un enfant prématuré. Le couple n'a donc pas toujours pu aller jusqu'au 3^{ème} trimestre de grossesse ou l'a tout juste débuté. Les modifications psychiques du père et de la mère ne sont pas toujours totalement réalisées. Les parents peuvent donc parfois avoir des difficultés à accueillir cet enfant sur le plan psychologique. Comment peuvent-ils alors réussir à s'attacher à leur enfant ?

2.2 Le concept d'attachement

2.2.1 La théorie de l'attachement

Les recherches concernant la notion d'attachement ont débuté dans les années 1950 et John Bowlby, en 1959, a développé la théorie de l'attachement. Il définit ce terme comme « *un lien puissant qui unit deux personnes*³² ». Il ne se centre pas, comme l'avait pu le faire Freud,

³² Jean Labbé, *Psychopathologie du bébé*, La théorie de l'attachement 1989 - Academia. Éd, p.1

psychologue, sur le besoin alimentaire du nouveau-né mais plus véritablement sur son rapport aux relations sociales. Selon Jean Labbé, professeur, « *un parent suffisamment bon, disponible, avec des attitudes constantes, sera perçu comme une figure d'attachement fiable*³³ ». Autrement dit, les personnes auprès de qui l'enfant va s'attacher ne sont pas uniquement ciblées sur le fait de subvenir aux besoins d'alimentation mais plutôt sur une relation globale et assidue.

Il existe quatre sortes d'attachement qui ont été mises en évidence lors d'une expérience réalisée en 1970 par Mary Ainsworth, psychologue. Il y a l'attachement sécurisant, l'attachement insécurisant évitant, l'attachement insécurisant ambivalent et l'attachement insécurisant désorganisé. Lors de cette expérience, des parents ont laissé leur enfant quelques instants et sont revenus ensuite. Les comportements des enfants ont ainsi été analysés. Ces différentes qualités d'attachement citées auparavant permettent de mettre en évidence le lien parent/enfant et les comportements de l'enfant qui vont en découler sur du long terme.

L'attachement se met en place lorsque trois grands critères sont validés tels que la proximité de l'enfant et du parent, la cohérence des échanges entre l'enfant et son parent et l'investissement du parent dans la relation avec son enfant.

Tout d'abord, concernant la proximité, le nouveau-né a des moyens de communication plutôt restreints mais dès la naissance, il peut pleurer, observer son environnement ou avoir des réflexes archaïques tel que les sourires fugaces qui peuvent être signes de bien-être. En retour, le parent, proche de son enfant, va pouvoir répondre à sa demande. C'est ainsi que l'attachement va se poursuivre. Karen, dans un article intitulé « une analyse du concept d'attachement parents-enfant » a dit « *le maintien et la recherche de proximité font naître des sentiments d'amour, de sécurité et de joie*³⁴ ». Un premier lien naturel se crée alors de manière progressive dès la naissance entre le bébé et ses parents.

Ensuite, pour qu'il y ait notion d'attachement entre le parent et l'enfant, il faut qu'il y ait une réciprocité, autrement dit, que le parent puisse répondre au besoin de son enfant de

³³ Idid, p.3

³⁴ Linda Bell, Méthodologie : une analyse du concept d'attachement parents-enfant, *Recherche en soins infirmiers*, N°46, septembre 1996. p.7

manière cohérente afin que celui-ci soit rapidement accompli et que l'enfant soit rassuré et se sente en sécurité auprès de sa figure d'attachement.

Enfin, Bourassa citait « *l'établissement du lien d'attachement implique une relation stable et permanente dans laquelle les parents se sentent responsables et engagés envers l'enfant ainsi que disponibles physiquement et psychologiquement*³⁵ ». L'enfant s'attache alors beaucoup plus rapidement aux personnes proches qui s'occupent de lui. Il met ainsi en lumière la motivation du parent à effectuer des tâches auprès de son enfant, dans son intérêt. Cela se réalise dès la naissance et sur le long terme. Les figures d'attachement deviennent non-interchangeables.

En ce qui concerne le parent, celui-ci est, comme nous l'avons vu auparavant, attaché à cet enfant depuis la conception, il a eu le temps de mûrir au niveau psychologique et le vécu antérieur du parent lors de son enfance a été réfléchi. Chacun trouve sa place au sein de cette nouvelle famille. C'est une nouvelle génération et l'enfant acquiert alors une place centrale. Ces critères d'attachement remplis vont permettre à l'enfant de se sentir en sécurité et d'explorer plus facilement son environnement. Le parent, lui, va alors se sentir investi dans la relation à son enfant. C'est donc un gage de bien être mutuel pour l'enfant et pour le parent.

2.2.2 *Le parent et la notion d'attachement*

Encore aujourd'hui, la maman est souvent nommée comme figure d'attachement primaire car, par le phénomène de préoccupation maternelle primaire, elle investit son enfant très tôt. La mère s'assure alors en priorité du bien-être de son bébé.

Le père n'investirait pas son enfant de la même manière durant ses premières semaines de vie. C'est ce que nous explique Lamb dans son article « *Influence de la relation père-bébé sur le développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent*³⁶ ».

En effet, pour lui, le père a une place aussi importante que la mère auprès de l'enfant mais la mère répondrait davantage aux besoins de l'enfant lorsque celui-ci n'a pas un

³⁵ Idid, p.8

³⁶ Florence Gressier, Gérard Shadili, Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal, Jean Chambry, *Accueillir les pères en périnatalité*, 2017, Influence de la relation père-bébé sur le développement psychoaffectif de l'enfant et l'adolescent, p.189 à 196.

comportement habituel comme par exemple lorsqu'il est fatigué ou malade. Elle répond donc facilement à un besoin sécuritaire auprès de son enfant.

Le père va davantage investir son enfant par les jeux (éveils, etc...). Il explique également que l'investissement de l'un et l'autre parent sont liés et vont peser dans la relation de l'enfant avec ses figures d'attachement.

L'article intitulé « Parentalité et prématurité³⁷ » évoque également l'attachement des deux parents. Pour l'auteur, Anthony Cloux, psychologue clinicien, le père et la mère vont avoir deux stratégies différentes lors de la naissance de leur enfant de manière prématurée. Il nomme le terme de « *coping* ». C'est la stratégie que va adopter la personne en fonction de la situation à laquelle elle est confrontée.

Pour cet auteur, l'homme sera davantage ciblé sur les informations que donnent les professionnels sur l'état de santé de son enfant. Il va ensuite pouvoir donner ces informations à sa femme. La maman, elle, est plus souvent dans la culpabilité de ne pas avoir su garder son enfant plus longtemps dans son ventre.

Il explique également qu'il faut que, durant les premiers jours de vie de l'enfant, les membres du couple se rejoignent sur un même terrain de compréhension afin qu'ils avancent ensemble et non séparément dans la situation vécue.

Pour Michel Delage, il est important de prendre en compte deux temporalités : « *Non seulement, l'enfant est attaché à sa mère ou à son père, mais aussi aux deux ensemble, tandis qu'eux-mêmes comme conjoints sont attachés l'un à l'autre³⁸* ». Il y a alors une dyade qui se forme en trois temps, parent/enfant, homme/femme et père/enfant ou mère/enfant.

Ces parents vont donc avoir besoin de temps et d'accompagnement pour pouvoir s'investir en totalité dans la relation à leur enfant.

2.3 Le concept d'accompagnement

2.3.1 Définition

³⁷ Anthony Cloux, Attachement Parentalité et prématurité. *Métiers de la petite enfance*. n°280-281, avril-mai 2020. Elsevier Masson. p. 33-34.

³⁸ Michel Delage, Accompagner l'enfant placé et ses parents. *Soins pédiatrie-puériculture*. n°296, mai-juin 2017. Elsevier Masson. p. 18

Le terme d'accompagnement s'est développé dans les années 1980-1990 mais la définition n'a pas toujours été évidente à établir.

Selon le dictionnaire Larousse, le terme accompagner est défini comme « *mener, conduire quelqu'un quelque part*³⁹ ». Il en va de soi qu'il prend en compte au minimum deux êtres humains.

Selon Maela Paul, docteur en science de l'éducation, accompagner c'est « *se joindre à, pour aller où il va en même temps que lui*⁴⁰ ». Autrement dit, accompagner c'est aller avec la ou les personnes, sans donner de chemin prédéfini à l'individu qu'on accompagne. Cette personne trouve son chemin d'elle-même et l'accompagnant se retrouve à côté afin de guider et non de décider à sa place.

Or, il y a encore quelques années, le modèle relationnel connu en France était différent. L'accompagnant était le maître des savoirs et l'accompagné, en quelque sorte, son élève. En d'autres termes, l'accompagnant donnait les informations ou les conseils auprès de l'accompagné sans pour autant chercher à savoir ce qu'il savait déjà. Il pouvait donc y avoir, en quelques sortes, une autorité de la part de l'accompagnant sur l'accompagné.

Dans son livre intitulé « La démarche d'accompagnement », cette auteure note « *d'un temps où présidaient la morale et ses références collectives à un monde où chacun doit engager un questionnement sur la nature de ce qu'il fait*⁴¹ ».

Ainsi, la notion d'accompagnement, à ce jour, met en jeu une sorte de responsabilité mutuelle de chacun des partis. Elle est davantage ciblée sur un partenariat entre les deux individus en vue d'un apprentissage de connaissances. Cet accompagnement vise à l'autonomie de l'être humain. Pour cela, il est primordial qu'il y ait un engagement mutuel.

Maela Paul évoque la notion de counseling.

³⁹ Larousse, définition accompagner. (Consulté le 23 décembre 2020).
Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>

⁴⁰ Maela Paul, la démarche d'accompagnement. *Les fondamentaux*. 2^{ème} édition. Deboeck supérieur. p.49. ISBN 978-2-8073-2812-9 ISSN 1373-0258

⁴¹ Maela Paul, la démarche d'accompagnement. *Les fondamentaux*. 2^{ème} édition. Deboeck supérieur. p.71 ISBN 978-2-8073-2812-9 ISSN 1373-0258

2.3.2 Le counseling

D'après Catherine Tourette-Turgis, c'est « *un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer ou traiter*⁴² ».

C'est une notion qui, je pense, est adaptée aux situations de soin auprès des parents et des enfants rencontrés en service de néonatalogie car elle est basée sur le conseil et la guidance.

Elle a été créée dans les années 1900 aux États-Unis et Carl Rogers, psychologue américain, l'a développée soixante-dix ans plus tard. C'est une notion centrée sur la personne, qui n'est pas directive.

Dans un article intitulé « Counseling centré sur la personne et non directif et la relation soignant-soigné⁴³ », il est spécifié que la relation devient thérapeutique dès lors que trois idées se réunissent : l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel.

Tout d'abord, l'empathie a été défini par R. Doron comme une « *intuition de ce qui se passe dans l'autre, sans oublier toutefois qu'on est soi-même*⁴⁴ ». Autrement dit, le professionnel de santé va essayer de comprendre le vécu et le ressenti de la personne à accompagner. L'expérience de la personne est mise en avant et le professionnel de santé reste malgré tout à sa place de soignant.

Ensuite, la congruence est « *la capacité d'être soi-même, de prendre conscience de qui l'on est et de pouvoir vivre cette identité pleinement et ouvertement*⁴⁵ ». L'accompagnant et l'accompagné sont dans une démarche authentique. Ils prennent conscience de qui ils sont chacun de leur côté et sont dans une réelle rencontre.

Enfin, le regard positif inconditionnel signifie d'avoir du respect envers les différents choix pris par la personne accompagnée, même si ces choix ne sont pas ceux que nous aurions

⁴² Denise Vincent, Nazir Hamad, Le counseling. *Journal français de psychiatrie*, Ères, n°12. P.38

⁴³ Jacqui Schneider-Harris, Counseling centré sur la personne et non directif et la relation soignant-soigné, *association de recherche en soins infirmiers*, 2007/2 n°89, p.52 à 57.

⁴⁴ Maëla Paul, L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Association de recherche en soins infirmiers*, « recherche en soins infirmiers », (en ligne), 2012/3, n° 11°, p.13 à 20

⁴⁵ Schneider-Harris Jacqui. Counseling centré sur la personne et non directif et la relation soignant-soigné. *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, « recherche en soins infirmiers ». (En ligne), 2007/2, n°89, p. 52 à 57. (Consulté le 07/02/2021).

fait en tant qu'individu. Il y a alors une notion de bienveillance de la part du soignant qui souhaite apporter des conseils auprès de l'accompagné. Ainsi, celui-ci va exprimer son ressenti et sa manière de penser telle qu'elle est et non pas en fonction de ce que pourrait dire l'accompagnant.

Ces trois conditions vont impacter sur la relation entre l'accompagnant et l'accompagné.

L'ensemble de ces notions peuvent être mises en lien avec l'attitude d'écoute active auprès du parent.

En effet, l'écoute active est une technique qui a été développée par Carl Rogers en 1968 et qui se caractérise par « *la manifestation d'un respect et une confiance chaleureuse envers l'interlocuteur*⁴⁶ ». Autrement dit, le soignant apporte plus d'importance à la manière de se comporter plutôt qu'à la technique utilisée auprès du parent. Le soignant se base alors sur des notions de bienveillance, d'empathie, de non directivité, de respect et d'écoute auprès de la personne prise en soin.

2.3.3 La posture

Pour Maela Paul, tout se joue dans la posture à adopter avec la personne qu'on a devant nous.

En effet, il y a échange entre les deux individus et prise de parole des deux côtés. « *C'est une attitude d'ouverture à l'autre en tant qu'être humain et dans l'accueil de toutes les dimensions par lesquelles il entre en existence*⁴⁷ ».

La posture adoptée par l'accompagnant est différente de celle d'expert. En effet, même si cet individu est porteur de savoirs, il est important qu'il soit à l'écoute de son interlocuteur et qu'il adapte son discours en fonction de la personne qu'il a devant lui, de ses connaissances, de ses appréhensions afin que l'accompagnement soit personnalisé.

Il faut qu'il y ait un cheminement de la part de l'accompagnant mais aussi de l'accompagné dans la notion de compétences de l'un et de l'autre.

Maela Paul explique que, dans la démarche d'accompagnement, il y a deux étapes qui sont complémentaires.

⁴⁶ Fabienne Sainflou. L'écoute active selon Carl Rogers. Posté le 04/01/19. (Consulté le 20 janvier 2021). Disponible sur : <http://www.fabiennesainflou.fr/blog/lecouite-active-selon-carl-rogers/>

⁴⁷ Idid 42.

Premièrement, l'accompagnant est présent pour la personne accompagnée. Il le rassure dans la situation dans laquelle elle se trouve. C'est ce qu'on appelle un « accompagnement / maintien ».

Deuxièmement, l'accompagnant va pousser l'accompagné à se mobiliser dans la situation dans laquelle il vit. Ce deuxième but est de l'ordre plus motivationnel. C'est « l'accompagnement/visée ».

Le but est que l'accompagné s'investisse dans la démarche et s'autonomise.

Ainsi, la relation entre l'accompagnant et l'accompagné est en perpétuel mouvement. Louise Lafortune, chercheuse, explique que l'accompagnement consiste en « *un processus non linéaire répondant à une logique de mouvement avec ses aléas et ses incertitudes*⁴⁸ ». Cette citation nous montre que rien n'est pas établi à l'avance. L'accompagnement est unique et dépend de chaque situation. Il diffère selon l'être humain, son environnement et ses différentes périodes de vie. L'accompagnant va alors adapter sa posture et sa communication (écoute, dialogue, savoirs) à son interlocuteur.

La posture est aussi « *une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude de corps et d'esprit*⁴⁹ ». Elle implique des notions d'éthique avec le fait de ne pas faire pour l'autre mais d'être à côté de l'autre et de travailler ensemble dans une même démarche, des notions de non jugements sur les parents à accompagner afin de les prendre dans leur globalité, des notions de communication entre les deux parties ainsi que des notions d'écoute. La posture d'accompagnement est fluctuante et varie en fonction des situations ou des temporalités.

En service de néonatalogie, chacun aura alors son rôle à jouer. Selon le professeur Bullinger, « *l'enfant est acteur, les parents sont partenaires et les soignants sont guides*⁵⁰ ».

⁴⁸ Louise Lafortune, Louise Deaudelin Colette de l'université du Québec. *Accompagnement socioconstructiviste. Pour s'appropriier une réforme en éducation. Collection éducation intervention.* 2001, p.230. ISBN : 978-2-7605-1129-3

⁴⁹ Maela Paul, L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Association de recherche en soins infirmiers, « recherche en soins infirmiers »,* (en ligne), 2012/3, n° 11°, p.13 à 20.

⁵⁰ Cécile Terras, *Accompagner la parentalité : retour d'expérience en service de néonatalogie, Cahiers de la puéricultrice,* avril 2016. N°296. 2016, Elsevier Masson. p.31

L'ensemble de ces individus vont partager, échanger en vue d'une autonomisation pour l'enfant, d'une connaissance de leur bébé pour les parents et d'un accompagnement adapté et personnalisé pour le soignant.

Dans l'article « Accompagner le faire parental et soignant en réanimation néonatale⁵¹ », il est question de l'accompagnement par les soignants. Ce qui en ressort de cet article c'est que, la plupart du temps, le professionnel de santé va être soucieux du « faire faire » aux parents et plus particulièrement au père qui va être la première figure à apparaître auprès de son enfant durant les premières heures de vie du bébé.

Ce père n'est pas toujours prêt à prendre son enfant dans les bras ou en peau à peau. C'est pourquoi les soignants, pour investir le père dans une relation avec son bébé, peuvent lui proposer de réaliser un soin non technique comme un change par exemple ou la pose d'une main sur son corps le temps du change. Cela va permettre un lien avec le bébé et le père va alors pouvoir s'investir à son rythme auprès de son bébé.

Cependant, il arrive que les parents ne soient pas prêts à toucher leur enfant, il est alors important de leur laisser du temps tout en ne les laissant pas de côté.

Ils avancent à leur rythme et parfois la quantité d'informations donnée auprès de ces parents peut les effrayer. De la part du soignant, il y a une forme de bienveillance et de réassurance vis-à-vis du parent car, en donnant l'ensemble des informations, il pense diminuer l'anxiété des parents et souhaite le rassurer.

Aujourd'hui, afin d'aider à la mise en place d'un lien d'attachement entre le parent et son bébé, l'accompagnement passe également par la réorganisation des services de soins, de nombreuses structures proposent aux deux parents d'être présents auprès de leur bébé le temps qu'ils le souhaitent.

Selon un autre article « Accompagner la parentalité⁵² » qui fait un débriefing de différentes expériences de parents en néonatalogie, les différents points de l'accompagnement abordés sont d'établir une relation avec le parent afin de mieux le connaître et ainsi pouvoir créer un lien de confiance au fil des jours.

⁵¹ Sandrine Birsan, Julie Guichoux, Marie-pierre Rodriguez, Olivier Brissaud, Accompagner le faire parental et soignant en réanimation néonatale, *Cahiers de la puéricultrice*, mars 2017, n°305, Elsevier Masson, p. 31-35.

⁵² Cécile Terras, Accompagner la parentalité, *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2016, n° 296. Elsevier Masson. p. 30-35

Il est également expliqué que ce sont souvent des hospitalisations longues, il est donc important que le parent se sente à l'aise et qu'il se sente valorisé dans sa place de parent auprès de son enfant.

Il est également important dans l'accompagnement de prendre en compte le ressenti du parent et d'engager les soins vers des soins de développement, soins personnalisés et adaptés à l'enfant et à sa famille prise en soin. La place des parents est primordiale auprès de leur bébé.

L'attachement ressenti par le bébé est primordial pour son évolution sur le plan neurologique. « *L'absence de lien parental peut être un stimulus nocif pour un système nerveux immature*⁵³ ». L'accompagnement du professionnel peut alors aider le parent à trouver sa place auprès de son bébé dans ses pratiques et ainsi lui permettre d'appréhender un lien affectif avec son bébé.

Suite à la réflexion de ma situation sur le plan théorique, je souhaite travailler sur ces hypothèses :

« La puéricultrice adopte une attitude d'écoute active auprès du père et de l'enfant. Par ses conseils personnalisés, elle les accompagne à leur rythme. Elle aide le père à trouver sa place afin d'appréhender un lien avec son enfant. »

III. LE CADRE EXPLORATOIRE

3.1 Choix de la méthode et des outils

Suite à mes recherches dans la partie théorique, j'ai élaboré un guide d'entretien. L'analyse des différents entretiens réalisés aura pour but d'affirmer ou d'infirmer mes hypothèses de recherche citées auparavant.

Afin de mener mon enquête d'investigation, j'ai choisi de réaliser des entretiens individuels semi-directifs. L'entretien est un outil qualitatif qui permet une collecte de données reposant sur une rencontre, un échange, une communication verbale avec le professionnel de santé qui connaît le sujet abordé. L'expérience vécue par le soignant est alors au cœur de l'échange. Je souhaite, à travers mes entretiens, avoir des informations sur les différentes pratiques, les différents moyens mis en place dans l'accompagnement du père par les infirmières puéricultrices.

⁵³ Revue phronesis page 112

Il était important pour moi de réaliser des entretiens individuels et non en collectif. En effet, je pense que chaque professionnel de santé peut vivre des situations similaires mais les appréhender ou réagir d'une manière différente. Il me semblait alors important de prendre en compte l'ensemble des témoignages de manière individuelle afin de pouvoir les interpréter par la suite. Je pense également que le professionnel de santé, en collectivité, peut avoir des difficultés à extérioriser ses ressentis car il se peut que, parfois, il y ait une peur du jugement de la part des autres membres du groupe. Il peut également arriver, lorsque les entretiens s'effectuent en groupe, que certaines personnes s'expriment moins que d'autres. Il aurait donc été risqué de ne pas avoir la totalité du témoignage de chaque professionnel de santé.

Les questions que j'ai souhaité aborder durant mes entretiens sont ouvertes et semi-ouvertes. Ce type de questionnement permet aux soignants interrogés de développer leurs idées et leurs expériences sur le thème de mon sujet de projet professionnel. De plus, il est possible, lors de chaque entretien, qu'un soignant développe un ou plusieurs points que je n'aurai pas pensé aborder dans la phase théorique de mon travail. Il me semble intéressant de pouvoir les analyser et les intégrer dans ma partie analytique.

3.2 Choix de la population

J'ai été en contact avec une infirmière, un puériculteur et quatre puéricultrices. J'ai donc réalisé trois entretiens en service de soin intensif (néonatalogie de niveau 2B) auprès de deux infirmières puéricultrices et d'un infirmier puériculteur, trois entretiens en service de soins continus (néonatalogie de niveau 2A) auprès de deux infirmières puéricultrices et d'une infirmière.

Les professionnels de santé avec qui j'ai pu m'entretenir avaient plus ou moins d'expérience, de 2 ans d'ancienneté à 19 ans et quelques-uns ont pu connaître un autre service de néonatalogie au décours de leur formation puéricultrice ou quelques mois après l'obtention de leur diplôme avant d'exercer au sein de leur service respectif. Cette différence d'années d'ancienneté n'a pas été spécifiquement évoqué quand je me suis entretenue avec les professionnels.

Lors de la phase des entretiens,

Premièrement, je n'ai pas eu la possibilité d'interroger des puéricultrices exerçant en service de réanimation néonatale. Il aurait pu être intéressant de confronter les réponses des professionnels des trois services de néonatalogie afin d'observer s'il y avait des distinctions ou alors des similitudes au sein des différents services malgré des niveaux différents. Je vais pouvoir comparer les services de soins continus et de soins intensifs.

Deuxièmement, j'ai eu la possibilité de réaliser trois entretiens en première intention en présentiel dans les locaux d'un service et quelques semaines plus tard, un entretien en distanciel avec une professionnelle travaillant en service de néonatalogie mais à distance. J'avais alors quatre entretiens.

Ayant déjà contacté une cadre de santé d'un autre établissement et ayant eu une réponse favorable de sa part, quelques semaines plus tard, j'ai pu réaliser deux autres entretiens au sein de ce service également en présentiel.

J'avais peur au départ que l'entretien en distanciel soit moins fourni en informations étant donné le manque d'échange réel mais il n'en a rien été de tout ça. Cependant, je n'ai pas pu observer les différentes mimiques comme les expressions du visage par exemple lors de mon entretien ce qui peut engendrer un manque d'informations. J'ai également souhaité réaliser les deux derniers entretiens afin de pouvoir avoir un panel d'informations plus fourni pour mon analyse.

Lorsque j'ai réalisé mes entretiens, je ne peux pas dire que cela ait été très simple pour moi car je me sentais rapidement démunie lorsque les professionnels de santé répondaient à la question que j'avais posé. J'avais parfois du mal à trouver des questions de relance et à réaliser le temps imparti. Malgré tout, l'ensemble des entretiens réalisés m'ont donnée matière à analyser mon sujet.

Beaucoup de professionnels de santé interrogés ont évoqué les mêmes idées sur de nombreuses questions ce qui a pu me conforter sur le déroulé de mon projet professionnel.

3.3 Analyse des entretiens

J'ai débuté mes entretiens par une demande de présentation des différents professionnels de santé et des différents parcours vécus tout au long de leur carrière.

J'ai ensuite souhaité les interroger sur une question large afin d'ensuite pouvoir aller rechercher des informations plus précises.

Le premier thème ressorti après avoir réalisé ces entretiens est le rôle de la puéricultrice. Les mots clefs de la posture soignante dégagés des six entretiens sont l'écoute, l'accompagnement, la confiance et la réassurance auprès du père et de son enfant.

Tout d'abord, l'écoute a été l'une des notions les plus évoquées lors des réponses à la question n°3 de mon guide d'entretien.

En effet, pour trois professionnels de santé interrogés, l'écoute est une notion essentielle. L'une d'entre elles disait qu'il était important de pouvoir répondre aux questions que le papa se pose et d'écouter ce qu'il a à nous dire, de recevoir ses inquiétudes, ses peurs pour pouvoir l'aider à les surmonter. Elle exprimait aussi que le papa avait tendance à davantage cacher ses émotions plutôt que la maman. Elle avait donné un exemple en expliquant que la plupart du temps, les mamans pleuraient devant elle alors que les papas se mettaient en retrait ou attendaient qu'elle sorte de la chambre pour faire ressortir leurs émotions. Le fait que le père sache qu'on est à l'écoute peut alors permettre à ce qu'il extériorise plus facilement les choses en notre présence. Cela rejoint les articles que j'ai pu lire lors de mes recherches. En effet, Maela Paul expliquait que l'accompagnant avait une posture d'écoute afin de cerner les attentes et les connaissances du parent qu'il a en face de lui et de pouvoir personnaliser sa prise en soin.

Ensuite, la notion d'attitude de bienveillance et de réassurance auprès du papa de l'enfant prématuré est également ressortie auprès de l'ensemble des professionnels interrogés. Une des puéricultrices expliquait que la relation avec les parents était basée sur une triade entre les parents, l'enfant et la puéricultrice. La puéricultrice prend en compte les émotions, le comportement et les questions et doutes des parents ainsi que leurs principes et valeurs. De cette manière, elle les implique dans les soins.

Les pères doivent, eux, trouver leur place respective dans l'intérêt de leur enfant. Ils se retrouvent à côté du professionnel de santé qui connaît la prise en soin auprès de leur enfant. Il faut donc qu'une relation de confiance se crée entre la puéricultrice et le père, dans les deux sens. Une des puéricultrices a employé le terme de « *confiance mutuelle* ». Lors de la phase théorique, j'avais pu lire que, selon l'auteur Bullinger, chacun des partis pris en compte à un rôle à jouer que ça soit l'enfant, la puéricultrice ou la mère et le père.

L'infirmière puéricultrice travaille donc en collaboration avec les parents. Un des puériculteurs expliquait que « *c'est un travail à 4 mains auprès de l'enfant* » afin de favoriser son confort. Au départ, la puéricultrice peut réaliser les soins avec l'un des deux parents par exemple avec le papa qui est près de son enfant au départ puis au fur et à mesure, lorsqu'ils s'en sentent capables, les deux parents peuvent effectuer le travail à 4 mains ensemble auprès de leur bébé dans son intérêt.

Ainsi, au départ, la puéricultrice guide le père et la mère dans les soins et leur laisse place afin que les parents puissent être autonomes dans les jours ou semaines à suivre.

Le puériculteur disait que l'accompagnement du père et sa participation aux soins permettaient de diminuer l'anxiété de l'hospitalisation et de la situation. Il a pu s'exprimer en disant que « *ça déstresse l'hospitalisation car on a peur de ce qu'on ne connaît pas* ». Le père se retrouvait à réaliser des soins qu'il était capable de faire et les soins techniques autour paraissaient alors moins difficiles à appréhender pour lui.

Enfin, une des puéricultrices se permettait également d'avoir de l'humour dans certaines situations avec les papas comme par exemple, en dédramatisant un change qui se serait déroulé de manière compliquée la première fois.

De ce fait, on retrouve les trois termes qui étaient mis en évidence dans la notion de counseling abordée lors de mes recherches théoriques dans la partie de l'accompagnement. Il s'agissait de l'écoute active, de l'empathie ainsi que du regard positif inconditionnel.

Concernant le terme de congruence, les personnes interrogées n'ont pas cité ce mot mais deux d'entre elles ont pu m'expliquer qu'elles respectaient les principes et les valeurs des individus et qu'elles prenaient en compte la conception qu'avait le papa de la naissance de son enfant. C'est pour moi, une manière d'être dans une démarche authentique avec le papa.

De plus, une puéricultrice exprimait qu'elle ne voulait pas donner trop d'informations sur l'avenir du bébé mais parler au fur et à mesure de la prise en soin afin d'être le plus pragmatique possible envers les parents. De ce fait, elle est dans une relation authentique et réelle avec les parents.

Ma première hypothèse était : « La puéricultrice adopte une attitude d'écoute active auprès du père et de l'enfant ». Suite à l'analyse de mes différents entretiens, je peux donc affirmer cette première hypothèse.

Le deuxième thème qui est ressorti lors de mes entretiens était l'accompagnement de la puéricultrice auprès du papa d'enfant né prématurément.

Concernant l'accompagnement des papas d'enfants prématurés :

1. L'implication du papa dans les soins :

Les entretiens ont fait ressortir le rôle du père comme partie intégrante de l'histoire de l'enfant. En effet, à l'entrée au sein du service, le père est la première figure familiale avec qui l'enfant se retrouve étant donné que la maman est encore en salle d'accouchement afin de recevoir les soins dont elle a besoin. Une des professionnels de santé interrogés a de suite notifiée que le papa avait un « *grand rôle* » à ce moment-là. Il devient alors le maillon entre son enfant et sa conjointe. C'est lui qui va recevoir les informations sur l'état de santé de son enfant et qui pourra en informer la maman par la suite.

Dans la majorité des cas, les professionnels m'ont expliquée que lorsque le papa arrive avec son enfant du bloc obstétrical au sein du service, les premiers soins sont réalisés sur son enfant. Toutes les équipes interrogées laissent la possibilité au papa d'être présent. Par cela aussi, le père fait partie intégrante de la prise en soin de l'enfant. Le père peut alors observer son enfant, les soins qui sont effectués comme par exemple un changement de couche ou une installation au sein d'un incubateur.

Lors de mes recherches concernant la parentalité, j'avais notifié que le père avait un rôle secondaire car il était vu comme « *opérateur symbolique de la séparation* ». Je me rends à présent compte que lorsque l'enfant né prématurément, le père a un rôle central et primaire car, comme me l'ont évoqué 5 professionnels de santé, le père est majoritairement présent dès l'entrée de l'enfant dans le service avant même que la maman ne soit là.

De plus, certains professionnels de santé ont pu souligner l'importance de l'implication du papa le plus tôt possible aux soins afin que d'être acteur le plus rapidement possible et de trouver plus facilement sa place, son rôle auprès de son bébé.

Les six professionnels de santé spécialisés en néonatalogie interrogés ont pu exprimer que lorsque l'état clinique de l'enfant était stable et que le père était d'accord pour le faire, le peau à peau pouvait alors se réaliser même quelques heures après la naissance de l'enfant. Cette proximité permet, d'après ces professionnels de santé, au père et à l'enfant d'établir un premier contact physique. Ainsi, le père va pouvoir se sentir impliqué dans la relation à son enfant et

celui-ci va profiter de tous les bienfaits auprès de sa figure d'attachement. Un début de reconnaissance réelle entre le père et l'enfant va pouvoir se réaliser. C'est le début de l'attachement. En effet, la proximité est, comme je l'ai expliqué lors de la phase théorique, un maillon de la mise en place de l'attachement entre deux individus.

Une des puéricultrices insistait sur le fait qu'il y a quelques années on parlait du peau à peau pour palier à la thermorégulation de l'enfant. A ce jour, les enjeux sont tout autres.

Un autre exemple a pu être cité concernant les premiers changes de l'enfant. En effet, il peut être réalisé par le soignant en présence du père qui observe et qui maintient le corps de son bébé afin qu'il ne soit pas décontenancé ou alors les professionnels de santé lui proposent de le réaliser tout en restant auprès de lui et en le guidant par des conseils. Dans les deux cas, le professionnel interrogé expliquait que la présence du père est bénéfique car, même s'il n'est pas encore prêt psychologiquement à réaliser le soin, il le garde en tête, il peut alors se sentir rassuré et le nouveau-né prématuré ressent la présence de son père.

Un des établissements dans lequel j'ai interrogé trois professionnels a mis en place les soins de développement. Une puéricultrice interrogée est référente d'un programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement, le NIDCAP, au sein du service. Elle a pu me développer l'intérêt de cette pratique exercée par l'ensemble des professionnels de santé auprès de l'enfant, du papa et de la maman. C'est un suivi de l'enfant de son entrée à sa sortie d'hospitalisation et il est en perpétuelle évolution en fonction du rythme de l'enfant. Ce suivi permet aussi aux parents de voir ce qui est acquis chez leur bébé et ce qui ne l'est pas encore. Ça leur permet de se rendre compte de l'évolution de leur enfant et ça permet au bébé de recevoir des soins adaptés, personnalisés à son niveau de progression. Par cela, les professionnels de santé s'adaptent au rythme de l'enfant et donnent des explications et des conseils auprès du papa ou de la maman en fonction de l'évolution de l'enfant.

De plus, les professionnels de santé insistaient sur le fait de « *laisser le temps au père* » lorsqu'il n'était pas encore prêt à réaliser les soins. Ils essayent de le faire participer d'une autre manière afin qu'il soit plus évident pour lui de trouver sa place, à son propre rythme.

Par le biais des observations et des premiers contacts physiques avec son enfant, le père va alors pouvoir prendre connaissance de son bébé et le découvrir.

Une puéricultrice expliquait également que le fait de « *valoriser la présence du père* » au moment présent pouvait permettre de le rassurer et de le rendre plus confiant même si psychologiquement, la situation était encore compliquée à gérer pour lui.

Ainsi, les professionnels de santé s'adaptent en fonction de ce qu'est capable ou non d'entreprendre le papa auprès de son bébé et cela dès son arrivée au sein du service.

Ces réponses me permettent de faire un lien avec ce que j'avais pu lire lors de mes recherches théoriques sur l'accompagnement.

L'infirmière puéricultrice est auprès du père afin de l'aider à trouver sa place auprès de son enfant. Elle travaille auprès du nouveau-né prématuré et personnalise les soins en fonction de son évolution. Elle implique aussi le père dans les soins systématiquement et lui permet de découvrir son bébé, à son rythme également, que ça soit sur le plan physique ou psychique et de se sentir davantage rassuré auprès de son enfant né plus tôt que prévu. Maela Paul explique les deux étapes dans la démarche d'accompagnement. On peut retrouver ces notions dans les explications données par les puéricultrices. L'accompagnant est présent pour la personne accompagnée, autrement dit la puéricultrice est présente auprès du papa lors des soins avec son bébé. De plus, l'accompagnant va pousser l'accompagné à se mobiliser dans la situation dans laquelle il vit. En pratique, la puéricultrice va proposer au papa de réaliser les soins dès le début s'il s'en sent capable. Par ces deux étapes, elle le guide, le conseille ou l'aide à réaliser les soins.

Dans les autres services où j'ai pu interroger les infirmières et puéricultrices, la notion de soins de développement n'a pas été évoqué en tant que telle mais elles ont pu m'expliquer qu'elles s'adaptent au rythme de l'enfant et de son papa.

2. L'accompagnement passe par les explications au papa et à la maman :

Deuxièmement, les parents, autant le papa que la maman, sont pris à part entière et il n'y a pas de différences réalisées entre eux. Trois des professionnels de santé interrogés s'attachent à ne pas faire de différence entre le papa et la maman. Une puéricultrice disait « *il y a autant de place pour la maman que pour le papa* ». Cette notion m'a semblée importante à entendre de leur part car, avant de réaliser les entretiens, j'avais cette impression que la maman était davantage mise en avant que le papa et c'est ce que j'avais pu mettre en évidence lors de ma première situation vécue. Les trois professionnels ne l'ont pas évoqué mais ont mis en évidence le fait de mettre le papa au cœur des soins auprès de son bébé dans leurs explications.

L'accompagnement de la puéricultrice ou du puériculteur passe également par des explications auprès du papa. Sur la totalité des entretiens, les professionnels de santé ont évoqué le fait de donner de nombreuses explications aux parents et plus particulièrement au père. Ils donnent des informations sur le service, lieu où vont séjourner l'enfant et les parents pendant quelques jours voire quelques semaines, sur les soins réalisés auprès de l'enfant et le déroulement de l'hospitalisation, sur les dispositifs médicaux mis en place auprès de l'enfant comme par exemple les électrodes ou les alarmes du monitoring en chambre. Pour un des professionnels de santé, il est important de donner ces explications afin de diminuer le sentiment de peur ou de crainte. Il a cité « *on a peur de ce qu'on ne connaît pas* ». Le fait de donner des informations sur l'état clinique de l'enfant et sur son environnement permettent donc de déstresser le parent et plus particulièrement le père en début d'hospitalisation. Le professionnel peut alors s'adapter au parent et répondre à ses questions. De ce fait, la prise en soin auprès de l'enfant et de son parent est personnalisée.

Lors de mes recherches, je n'avais pas clairement évoqué l'intérêt d'explications claires et précises au papa pour diminuer le sentiment de stress et la dramatisation de l'hospitalisation de l'enfant. A présent, il me semble évident de mettre cela en avant.

Une des questions de mon guide d'entretien portait sur le type de communication adopté auprès du papa. Par cette question, je souhaitais savoir s'il existait différents types de communication qui auraient pu être adaptés pour favoriser l'accompagnement du papa. Les six infirmiers puériculteurs ont développé que les explications passaient par la communication verbale ou parfois non verbale et qu'elles étaient primordiales à la prise en soin de l'enfant.

Ces explications permettent au papa en première intention puis à la maman de mieux comprendre tout ce qui se passe autour de l'enfant.

Les professionnels de santé ont tous, de suite, répondu qu'ils passaient essentiellement par une communication verbale lors des échanges avec le père mais aussi lors des appels téléphoniques quand les papas ne peuvent être présents et qu'ils souhaitent prendre des nouvelles de leur enfant.

Une puéricultrice a également évoqué qu'avec la communication non verbale, elle arrivait à percevoir si le papa était à l'aise ou mal à l'aise selon les différentes situations. Grâce à cela, elle s'adapte et personnalise les soins auprès du papa et de son bébé.

D'autres outils sont utilisés au sein de certains services pour favoriser le lien entre le père, l'enfant et la mère comme par exemple un cahier de vie. Pour certains professionnels de santé interrogés, cet outil permet de suivre l'histoire de l'enfant, de pouvoir y mettre des photos de l'enfant seul ou accompagné de son papa ou de sa maman. Il permet également aux professionnels de santé de laisser un mot sur le déroulement de la journée ou de la nuit quand les parents n'étaient pas présents.

Un deuxième outil a été cité par une des puéricultrices. C'est « *un tableau avec un stabilo* » afin d'écrire des notions importantes comme le poids ou la taille de l'enfant. Cela permet aux parents d'avoir des informations directement lorsqu'ils entrent en chambre sans devoir attendre qu'un professionnel de santé ne vienne les voir de suite. Ils peuvent alors avoir des informations par ce biais et se sentent présents et impliqués pour leur enfant.

Le puériculteur expliquait que la communication peut également passer par le toucher. En effet, si un parent ne parle pas bien ou ne comprend pas bien le français, on peut lui montrer comment s'approcher de l'enfant par des mimétismes, par « *le fait de prendre ses mains* » et de les amener près de son enfant. C'est une sorte de guidance afin que le père puisse approcher son enfant même s'il ne comprend pas tout ce qui est transmis par le professionnel. Des traducteurs peuvent également être proposés au sein des services. C'est ce que m'expliquait une des puéricultrices que j'ai interrogées.

Dans mon projet professionnel, je n'ai pas abordé le concept de la communication. A présent, je me rends compte qu'il est important de l'évoquer car cette communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, permet aux parents, à l'enfant et aux professionnels qui gravitent autour d'eux d'entrer dans une relation de soin. Antoine Bioy, auteur de « *la communication soignant-soigné* », met en évidence la communication et l'échange. Il définit la communication comme « *un échange de personne à personne, qui remanie en permanence ce qu'on vit et la façon dont l'autre se vit*⁵⁴ ». Il est davantage question de la communication verbale ici.

Un autre auteur nommé Pascal Prayez, docteur en psychologie clinique et sociale disait, dans son livre intitulé « *Distance professionnelle et qualité du soin* » que la communication non verbale permet la perception de l'autre sur les plans physique et psychique. Il disait « *tous les*

⁵⁴ BIOY, Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE, Isabelle. Communication soignant-soigné. *Repères et pratiques*. 3ème édition : Bréal, 2013. P.21.

*sens contribuent à enrichir nos relations*⁵⁵. » De ce fait, la communication permet de percevoir les émotions ressenties autant chez le père que chez le professionnel de santé (tristesse, colère, joie, surprise, peur, etc.)

La communication entre les professionnels de santé et les parents est un vrai gage de relation de confiance et l'échange permet au parent d'investir son enfant et à la puéricultrice de répondre aux questions que le parent se pose pour l'accompagner au mieux durant le séjour.

3. L'accompagnement passe aussi par l'organisation des services :

Les différents professionnels avec qui j'ai pu m'entretenir m'ont tous évoquée l'intérêt des moyens matériels mis en place au sein des services afin de faciliter la proximité mère/père/enfant.

L'ensemble des services, dans lesquels les professionnels interviewés exercent, sont ouverts aux parents 24h/24 et 7J/7. Ils m'ont tous expliquée que l'intérêt était de laisser les deux parents pouvoir être présents auprès de leur enfant à tout moment.

Premièrement, le fait que la maman soit hospitalisée dans la même chambre que son enfant permet de garder un lien avec son bébé. De plus, les professionnels proposent un lit accompagnant pour le papa systématiquement. Ils s'adaptent quand, par exemple, le service est plein et qu'il n'y a plus beaucoup de places, les chambres doubles sont alors utilisées comme chambre individuelle.

Cela permet également que l'enfant ne soit pas séparé de la maman ni du papa. Une puéricultrice m'a évoquée que c'était en lien avec la charte de l'enfant hospitalisé. Cette charte des droits de l'enfant hospitalisé a été créée en 1988 et s'applique à l'ensemble de l'Europe. Un item est repris : « *un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.*⁵⁶ »

Par conséquent, les services dans lesquels j'ai interrogé les professionnels n'ont pas la même organisation que les services dans lesquels se sont déroulées mes situations de départ. Peut-être que ces organisations ne favorisaient pas totalement la mise en place du lien père/enfant de manière optimale ?

⁵⁵ Pascal Prayet. Distance professionnelle et qualité du soin. *Fonction cadre de santé*. Éditions Lamarre. 2003

⁵⁶ Charte de l'enfant hospitalisé de 1988. Article 2. (Consulté le 10 mai 2021).

En néonatalogie, dans les services interrogés et celui dans lequel j'ai pu exercer auparavant, il existe des chambres « mère/enfant ». Ce sont des chambres dans lesquelles la maman et le bébé sont hospitalisés. Le papa a la possibilité d'avoir un lit accompagnant afin de rester auprès de sa famille. Deux puéricultrices évoquaient davantage le terme de « *chambre parent/enfant plutôt que de chambre mère/enfant* ». Il me semblait important de mettre cela en évidence car cela prouve que certains professionnels font la distinction et prennent en compte la présence du papa.

La société a évolué et, comme déjà dit lors de mon constat théorique dans le chapitre concernant la paternité, les pères souhaitent être plus présents et sont plus investis dans les soins auprès de leur enfant.

Les équipes soignantes expriment qu'elles s'adaptent aux différentes situations rencontrées. Une puéricultrice me donnait l'exemple d'un enfant qui avait dû être transféré d'un hôpital périphérique. La maman, encore hospitalisée, était restée sous surveillance au sein de l'autre structure et le papa a pu rester auprès de son enfant le temps que la maman soit transférée le lendemain au sein du service. Une autre puéricultrice me disait que cette organisation permettait également de pouvoir réaliser une éducation auprès des deux parents et pas uniquement de la maman tout au long du séjour afin qu'il n'y ait pas un amas d'informations qui soit donné uniquement en fin d'hospitalisation de leur enfant et qu'ils puissent, autant le papa que la maman, y revenir avec les professionnels de santé s'ils en éprouvent le besoin. Cela « *rassure l'équipe et le papa ainsi que la maman.* »

Tous ont pu me développer que ces organisations de service permettent au père de pouvoir rester auprès de son enfant et de sa conjointe, aux professionnels de santé de poursuivre une éducation aux parents au fur et à mesure de l'hospitalisation et une adaptation en fonction du rythme des parents et de leur niveau de compréhension. La présence du père et de la mère a un véritable impact sur le comportement de l'enfant. Celui-ci est plus serein, plus calme quand ses deux parents sont présents.

Bien entendu, deux puéricultrices ont évoqué le fait qu'il soit parfois compliqué pour le papa de pouvoir rester auprès de sa conjointe et de son bébé parce qu'il peut y avoir d'autres biais qui vont venir compromettre cette présence permanente. En effet, l'une prenait l'exemple de papas pour qui ce n'était pas le premier enfant. Ils doivent parfois se détacher pour pouvoir s'occuper des aînés le temps que la maman et l'enfant soient hospitalisés ; une autre expliquait que certains papas peuvent avoir un sentiment de peur et qu'ils vont préférer la fuite car ils ne

se sentent pas encore capables de rester auprès de leur enfant ; une autre encore expliquait les difficultés parfois du papa d'avoir un congé enfant hospitalisé accepté auprès de leur employeur malgré que ça soit un droit.

Les services permettent au papa de rester auprès de sa famille et c'est lui qui prend la décision de rester de manière permanente ou non auprès de ses proches. Ainsi, les professionnels de santé s'adaptent à chaque situation et à chaque cellule familiale dans son intérêt et le papa est intégré systématiquement à la cellule familiale.

4. L'accompagnement passe aussi par la prise en compte du père dans sa globalité :

Dans l'accompagnement, il est important de prendre en compte la personne, en l'occurrence, ici, le papa, dans sa globalité, c'est-à-dire, en prenant en compte son état psychique à l'instant de prise en soin de son enfant, son passé, son vécu de la grossesse et de l'accouchement.

Une seule des puéricultrices interrogées expliquait que les hommes sont « *des êtres masculins, de nature virile* ». Ils observent en première intention leur bébé au petit poids, fragile, prématuré. Il y a alors souvent la peur qui peut être ressentie chez ces papas.

Elle explique également qu'il est important que la puéricultrice recherche à savoir comment le père ressent sa paternité, à quel stade il en est afin de ne pas aller trop vite et qu'il puisse avancer à son propre rythme.

Le fait que l'enfant soit techniqué, qu'il ait des électrodes, des dispositifs médicaux autour de lui ou sur lui peuvent aussi augmenter ce sentiment de peur. Les explications, comme développé auparavant, peuvent permettre de diminuer ce sentiment d'impuissance face à son propre enfant.

J'avais pu voir lors de mes recherches sur la parentalité que les étapes de cheminement psychique pouvaient prendre plus ou moins de temps chez certains pères. Le fait que l'enfant soit prématuré va cependant accentuer de manière automatique les remaniements psychiques du père car l'enfant va naître plus tôt que prévu. Le père va alors être présent et acteur dès les premières heures de vie de son bébé. Dans un article intitulé « Influence de la relation père-bébé sur le développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent », il était notifié que la mère investissait son enfant plus facilement avec le phénomène de préoccupation maternelle primaire et que le père pouvait l'investir mais c'était davantage par l'éveil et le jeu. Or, à cette période de la vie du bébé, il est encore difficile d'avoir accès à l'éveil de l'enfant. Cela peut donc représenter une difficulté pour le père durant les premières semaines de vie de l'enfant. Il

est important que la puéricultrice puisse prendre en compte le vécu psychique du père afin d'aller à son propre rythme et qu'il se sente à l'aise dans la relation avec son enfant.

Au sein de mes recherches théoriques, de nombreuses idées étaient donc en accord avec ce que les professionnels de santé ont pu répondre lors des entretiens réalisés.

Par l'ensemble de ces explications, je peux affirmer mon hypothèse : « ***Par ses conseils personnalisés, la puéricultrice accompagne le père et l'enfant à leur rythme*** ».

En troisième intention, il me semblait important de développer mon analyse avec le thème de la paternité.

Concernant la paternité au sein du service :

Plusieurs idées ont pu ressortir de ces entretiens.

Premièrement, ces professionnels de santé ont pu observer une évolution dans l'élaboration de la paternité. A l'unanimité, ils expriment le fait que les papas sont plus présents, qu'ils s'investissent assez rapidement dans les soins et que beaucoup d'entre eux souhaitent les réaliser de leur propre gré. Les papas sont de plus en plus impliqués auprès de leur conjointe et de leur enfant. Une des puéricultrices exprimait le fait que la société évolue, que les papas d'aujourd'hui font parties d'une nouvelle génération qui pose davantage de questions, qui souhaite comprendre et être présent pour leur bébé.

Cela peut aussi être expliqué pour certains professionnels de santé par la possibilité de pouvoir rester lors des hospitalisations plus ou moins longues de leur enfant. Ils se rendent compte qu'auparavant, bien moins de parents ne restaient auprès de leur bébé hospitalisé.

De ce fait, l'organisation des services ainsi que les moyens matériels mis à disposition pour les papas ont évolué.

C'est ce que j'ai pu développer dans mon analyse auparavant. Un puériculteur expliquait l'impact positif qu'avaient pu avoir ces nouvelles organisations de service et une autre puéricultrice, la mise en place du congé enfant hospitalisé d'une durée de 30 jours consécutifs sur la présence des papas. Ce congé, pour elle, est « *encore trop court* », mais il permet aux papas de pouvoir profiter des premiers instants avec leur conjointe et leur enfant et de nouer des liens forts. Le père est alors plus disponible et cela aide à ce qu'il soit plus présent.

De plus, les équipes sont sensibilisées au fait qu'il peut parfois être difficile pour les parents de rester toute la journée, toute la nuit, pendant parfois des semaines dans des petites chambres. Ils optimisent alors l'organisation de celles-ci et sont présents pour les parents. Une des puéricultrices a dit que « *ce n'est pas facile d'avoir un bébé hospitalisé* ». Ils leur expliquent cependant toujours l'intérêt de leur présence pour leur bébé.

Deuxièmement, les puériculteurs et puéricultrices interrogés ont, pour la majorité, évoqué le fait que le père, la mère et l'enfant soient une triade. Autrement dit, ils prennent en soin le bébé mais également le papa et la maman. C'est une prise en charge globale et non une prise en charge individuelle.

Ils se sont aperçus que la présence du père était bénéfique pour l'ensemble des partis. En effet, lorsque les papas sont présents, les mamans sont plus sereines et ils sont d'un grand soutien pour elles. Les bébés sont, quant à eux, plus calmes et rassurés. Il y a également un bénéfice pour le papa qui s'investit, reconnaît son enfant et se sent reconnu en tant que père. Il trouve son rôle auprès de sa conjointe et de son enfant.

Ils remarquent également que, lorsque les papas ou mamans sont peu présentes, cela peut jouer sur le comportement de l'enfant qui a tendance à davantage avoir besoin de contact.

Lors de mes recherches concernant la partie sur l'attachement, j'avais pu lire que l'attachement était lié à trois critères particuliers tels que la proximité de l'enfant et de son parent, la cohérence des échanges entre eux ainsi que l'investissement du parent dans la relation, autrement dit, sa motivation. On pourrait alors retranscrire ces trois critères dans des situations en service de néonatalogie. En effet, on peut prendre l'exemple d'une situation en service de néonatalogie où le père est présent auprès de son bébé, il est donc investi dans la relation à l'enfant et va adapter sa réponse aux attentes de son enfant. La puéricultrice a alors un rôle de guide et va pouvoir permettre au père de comprendre au fil du temps les attentes de l'enfant et les réponses en regard. C'est ainsi que la notion d'attachement du père et du bébé réciproquement se met en place.

Une autre puéricultrice expliquait aussi que la présence du papa permettait une hospitalisation plus courte de l'enfant car la maman est plus sereine et moins fatiguée. Elle peut compter sur le papa et le bébé ressent l'ensemble des émotions ressenties autour de lui. Il va alors mieux manger, prendre du poids et donc pouvoir sortir plus rapidement. La présence du père présente donc des bénéfices pour les trois individus mis en jeu au sein de cette famille.

De ce fait, cette paternité est favorisée au sein du service dès l'admission de l'enfant en néonatalogie. Il y a une construction du lien père/enfant assez rapidement avec la mise en place d'actes auprès de l'enfant qui vont permettre au père de s'investir et de trouver sa place auprès de son bébé. Au sein des services, deux puéricultrices m'ont fait part qu'il y a, par exemple, la possibilité pour le père d'obtenir un bandeau de peau à peau. Cela lui permet un premier échange physique avec son bébé et donc une première création de lien avec lui dans une atmosphère sécurisante.

Il est également possible de proposer au père d'amener un vêtement avec son odeur au même titre que la maman afin que son enfant puisse sentir et reconnaître son odeur. De cette manière, le père se sent impliqué et investi dès le départ dans la relation qu'il va nouer avec son enfant.

De plus, deux puéricultrices ont notifié qu'il était possible de réaliser des photos de l'enfant porté par le papa ou proche de lui. Cela permet au père de se rendre compte de son nouveau rôle et donc de faciliter le lien.

Concernant la place du père auprès de l'enfant,

Ce qui en est ressorti, c'est que le père et la mère ont des modes de fonctionnement différents. La maman culpabilise beaucoup de la venue au monde prématurée de son enfant alors que le père est très inquiet de l'état clinique de son enfant, il est petit et fragile à ses yeux. Concernant les modes de communication, l'expression est moins développée chez les pères que chez les mères. Une des professionnels de santé expliquait que, souvent, les mamans ont tendance à pleurer devant elle alors que les papas vont plutôt attendre d'être seuls ou se cacher pour pouvoir extérioriser. Dans les deux cas de figure, que ça soit pour le père ou pour la mère, la progression se fait, pour les professionnels interrogés, au fur et à mesure, au fil du temps.

De plus, de nos jours, les professionnels sont formés et deux des puéricultrices interrogées ont pu exprimer le fait qu'avoir réalisé la formation « Initiative Hôpital Ami des Bébé » leur avait permis d'avoir un discours qui avait évolué.

En effet, pour elles, les notions de proximité parent/enfant sont plus facilement mise en avant aujourd'hui et de nombreuses explications sont désormais données pendant la grossesse, en anténatal. Les parents, autant le père que la mère, peuvent alors, même si la naissance est

prématurée, avoir déjà imaginé leur futur rôle ou exprimer leurs envies déjà réfléchies en anténatal au moment de la naissance de leur bébé.

Une des puéricultrices expliquait que malgré tous les progrès réalisés ces dernières années, il y avait encore pas mal de choses à travailler afin d'accompagner et d'aider au mieux les papas à trouver leur place facilement et rapidement auprès de leur enfant.

L'ensemble des professionnels des services de soins de néonatalogie, que ça soit de niveau 2A,2B ou 3, sont formés sur les prises en soin personnalisées et il existe une même longueur d'onde entre les différents services sur les manières de faire les choses.

C'est ce que m'expliquait une des puéricultrices interrogées. Lorsque les enfants sont transférés d'un niveau 2B à 2A, par exemple, pour rapprochement familial, il y a continuité de prise en soin. Il y a un intérêt pour les professionnels de santé à savoir ce que les parents savent déjà réaliser ou non auprès de leur enfant. Ça leur permet de toujours adapter leur prise en soin à la famille qu'ils ont face à eux.

Ainsi, je peux affirmer ma troisième hypothèse qui était : « ***La puéricultrice aide le père à trouver sa place afin d'appréhender un lien avec son enfant*** » et cela dès le début de l'hospitalisation et dès la naissance de son enfant et tout au long de sa prise en soin.

J'ai eu la chance de réaliser l'ensemble de mes entretiens auprès de professionnels formés à l'« Initiative Ami des bébés ». J'ai pu également réaliser des entretiens auprès de trois professionnels étant dans la démarche Nidcap depuis quelques années. Cette démarche n'est pas encore courante dans les unités de soins de néonatalogie mais beaucoup de choses sont mises en place au sein des services afin de prioriser la prise en soin personnalisée et adaptée à l'enfant ainsi qu'à ses parents. Le NIDCAP permet aux parents de se rendre compte plus facilement par l'observation de ce qu'est capable de réaliser leur enfant ou pas encore et de se centrer sur leur bébé, ses efforts et son évolution de manière simple.

J'ai donc pu comparer les organisations des différents services dans lesquels j'ai été réalisé mes entretiens.

Au sein de tous les services interrogés, les parents pouvaient rester tous les deux 24H/24. Le choix était laissé aux parents, comme expliqué auparavant, en fonction des différentes organisations ou impératifs de la famille.

De plus, ils sollicitent le papa dès son entrée au sein du service avec son bébé, que ça soit un transfert du bloc opératoire ou une poursuite de prise en soin pour rapprochement familial afin que celui-ci puisse établir un lien avec son enfant ou le poursuivre mais aussi qu'il puisse acquérir une autonomie dans les actes de soins quotidiens auprès de son enfant. Le professionnel est alors présent pour guider le papa, le rassurer, l'écouter et l'accompagner de manière personnalisée. Le père va pouvoir découvrir son enfant à son propre rythme. Le puériculteur, la puéricultrice ou l'infirmière vont se trouver à côté du père en tant que ressource si celui-ci en exprime le besoin de manière verbale ou non verbale.

En service de soins continus, j'ai remarqué que les professionnels de santé avaient tendances à utiliser moins d'outils et à davantage utiliser la communication verbale auprès des parents et plus particulièrement du papa. Au sein du service de soins intensifs où j'ai pu interroger trois des professionnels de santé formés à la démarche Nidcap, le puériculteur m'a avouée qu'au départ, cette organisation était « *déroutante* » pour l'ensemble de l'équipe. En effet, ils avaient peur qu'il y ait plus d'infections nosocomiales ou de débordements de la part des parents qui étaient autorisés à faire des allers-retours réguliers et à revenir auprès de leur enfant prématuré.

Au final, avec le temps, il explique qu'ils n'ont pas remarqué d'éléments néfastes mais qu'au contraire, les parents prennent davantage d'autonomie, que les pères sont plus présents, que les bébés sont plus calmes et que les mamans sont plus sereines.

Il donnait également l'exemple des pays Nordiques qui avaient développé le programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement depuis des années maintenant. En effectuant des recherches sur ces différents pays, j'ai pu observer qu'en Suède, ils ont développé le « *couplet care* ». C'est un concept qui permet de diminuer les moments de séparation entre la mère, le père et le bébé dès la naissance, quel que soit l'état de santé de l'un ou de l'autre individu. La France tend à copier ce modèle utilisé par les pays scandinaves depuis quelques années maintenant.

Cette dernière année, avec la crise sanitaire de la COVID-19 et les mesures barrières, lors du premier confinement, les papas n'étaient pas toujours autorisés lors de l'accouchement ou alors, lorsqu'ils entraient avec la maman, ils avaient pour obligation de rester le temps du séjour. Pour les papas ayant déjà des enfants ou d'autres impératifs, cette situation sanitaire n'a pas facilité les choses... Une des puéricultrices a cité que « *ce n'était pas la volonté de l'équipe* » et son ressenti était que « *c'était difficile pour les papas mais aussi pour les mamans* »

qui étaient seules » et les frères et sœurs s'il y en avait. Cette situation sanitaire a donc été très difficile à vivre autant pour les parents que pour les fratries et le personnel soignant.

CONCLUSION

Pour conclure, j'ai trouvé que l'élaboration de ce projet professionnel durant l'ensemble de l'année a été très enrichissant. J'ai apprécié travailler sur le thème de l'accompagnement en service de néonatalogie et plus particulièrement auprès du papa. C'est un sujet qui m'intéresse énormément et qui est de plus en plus reconnu dans les services de soin. J'ai pu le remarquer à travers mes recherches et surtout lors de l'élaboration de mes entretiens.

J'avais quelques connaissances théoriques sur le sujet mais je n'étais pas forcément très à l'aise en pratique. Il me semblait important de travailler tout au long de l'année sur un sujet qui porte à réflexion sur ma posture en tant que future professionnelle.

En premier lieu, mes situations de départ m'ont permis d'avoir une réflexion constructive sur un sujet qui m'intéressait et qui est d'actualité notamment avec la prolongation du congé paternité à partir du mois de juillet 2021. Grâce à ces situations, j'ai pu porter de nombreux questionnements sur mes anciennes pratiques auprès des parents déjà rencontrés.

En second lieu, grâce aux recherches développées dans mon cadre théorique, j'ai mieux compris les enjeux de la prématurité et l'impact psychologique que cela pouvait provoquer chez les parents et plus particulièrement chez le papa.

En dernier lieu, les entretiens et la mise en lien entre ceux-ci et les concepts étudiés m'ont fait prendre conscience qu'il existait de nombreux moyens à mettre en place auprès du papa afin de le rendre acteur dans la prise en soin de son enfant.

Ce projet professionnel va donc me permettre d'appréhender les futures situations de soin d'une manière différente lors de ma reprise de poste au sein du service dans lequel je suis affectée.

Même si l'organisation est différente des services dans lesquels j'ai pu interroger des professionnels de santé, les notions de communication, d'accompagnement résonnent davantage en moi et me permettront d'adapter ma posture professionnelle afin de laisser la place à chacun dans cette nouvelle famille. Il me semble à présent important de prendre en compte le parent en tant que tel avec ses appréhensions, ses questionnements, son envie de se réaliser dans son nouveau rôle et de lui laisser le temps qu'il lui faudra tout en étant présente pour le guider

auprès de son bébé. Par ce travail de recherches, j'ai pu réaliser que le rôle de la puéricultrice était basé sur la prise en soin de l'enfant né prématuré mais qu'une grande part revenait également à l'accompagnement de la maman et du papa par la notion de guidance afin qu'ils créent plus facilement un lien d'attachement avec leur bébé encore petit à leurs yeux.

Au sein des différents services de néonatalogie, de nombreux outils et des formations sont mis à disposition pour aider les professionnels de santé à soutenir le père dans son nouveau rôle.

Après avoir travaillé sur l'accompagnement du père au sein d'un service de néonatalogie, il serait intéressant de se poser la question du retour à domicile après une hospitalisation longue.

En effet, tout au long de ce mémoire, j'ai pu mettre en évidence le fait que le père se retrouve dans un environnement inconnu, où il doit appréhender son rôle de papa auprès de son enfant perçu comme très fragile.

Après quelques semaines d'hospitalisation, il a pris ses marques et ses habitudes au sein du service. Le lien d'attachement a pu débuter. Le retour à domicile de l'enfant et de ses parents est une nouvelle étape dans la vie de la famille qui peut être ressentie comme plus ou moins angoissante car, une fois sortis d'hospitalisation, ils n'auront plus les professionnels de santé à proximité 24 heures sur 24.

Comment ce retour est-il perçu pour ces papas qui ont appris à faire connaissance avec leur enfant auprès de leur conjointe et de l'équipe soignante ? Il est important de préparer la sortie de l'enfant en collaboration avec ses parents afin qu'ils puissent avoir toutes les clés en main pour se sentir aptes et en sécurité dès le retour à la maison. Ils pourront ainsi débuter leur vie de famille et maintenir le lien qu'ils ont commencé à créer avec leur bébé. Quels sont les enjeux d'un retour à domicile réussi ? Comment peut-on s'assurer que les parents soient prêts à cette sortie après plusieurs semaines d'hospitalisation ? Dans quel état d'esprit sont ces nouveaux parents qui doivent à présent apprendre à s'organiser avec leur bébé à domicile ? Des relais sont parfois réalisés avec les structures extrahospitalières afin d'appréhender de manière plus douce le retour à la maison.

Ce sont des situations dans lesquelles la puéricultrice s'investit au long cours par l'accompagnement qu'elle réalise. Il est possible qu'elle s'attache aux parents et à l'enfant car elle a passé beaucoup de temps auprès d'eux afin de les guider et de les conseiller. Comment fait-elle pour ne pas dépasser la barrière de soignant et quelles sont alors les émotions qu'elle peut ressentir lors de la sortie d'hospitalisation de l'enfant et de sa famille ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BRUWIER Geneviève, *La grossesse psychique : l'aube des liens*. 1^{ère} édition. Fabert. 59p.

COLSON Sébastien, *Le Guide de la Puéricultrice. Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*. 4^{ème} édition. Elsevier Masson, 2016. 1240p. ISBN 978-2-294-74773-1

GRESSIER Florence, SHADILI Gérard, GLANGEAUD-FREUDENTHAL Nine M-C. et Al. *Accueillir les pères en périnatalité. Influence de la relation père-bébé sur le développement psychoaffectif de l'enfant et l'adolescent*, Cahier Mercé n°7, Ères. 2017. ISBN 9782749254722

LAFORTUNE Louise, DEAUDELIN Colette de l'université du Québec. *Accompagnement socioconstructiviste. Pour s'approprier une réforme en éducation. Collection éducation intervention*. 2001, p.230. ISBN : 978-2-7605-1129-3

PAUL Maela. *La démarche d'accompagnement*. 2^{ème} édition. Deboeck Supérieur. 277p. ISBN 978-2-8073-2812-9

Revue

CASANOVA Anne. Le rôle propre de la puéricultrice en néonatalogie, répondre aux besoins des enfants prématurés. *Cahiers de la puéricultrice*, mai 2019, n°227, p.15-17.

CLOUX Anthony. Attachement. Parentalité et prématurité. *Métiers de la petite enfance*, avril/mai 2020, n°280-281, p.32-35.

DE WAILLY Hélène. L'autorité aujourd'hui vers une parentalité positive. *Cahiers de la puéricultrice*, octobre 2017, n°310, p.32-35.

DELAGE Michel, *Accompagner l'enfant placé et ses parents. Clinique de l'attachement. Soins Pédiatrie/puériculture*, mai/juin 2017, n°296, p. 17-18. ISSN 1259-4792

DEVOUCHE Emmanuel, BUIL Marie-Camille, BOBIN-BEGUE Anne et Al. Prématurité et innovations en néonatalogie. Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, novembre/décembre 2017, n°299, p.15-19. ISSN 1259-4792

DURAND Aurore, TESSIER Anne, FORT Magali et Al. Influence des pratiques de soins sur le temps de présence des parents en néonatalogie. *Cahiers de la puéricultrice*, novembre 2017, n°311, p. 31-36, ISSN 0007-9820

GUILLOIS Bernard. L'évolution des soins en pédiatrie. Évolution des pratiques en néonatalogie. *Soins Pédiatrie/puériculture*, juillet/août 2019, n°309, p. 16-21

RIA Émilie. Périnatalité, de la conception au post-partum. Observer les rythmes du nouveau-né à terme et prématuré. *Cahiers de la puéricultrice*, août/septembre 2019, n°329, p. 30-32.

RIDEAU Aline, NOVAIS Batista, HENEAU Alice et Al. Parentalité et situations complexes. La mise en place du lien mère-enfant, du support neurobiologique à la pratique. *Cahiers de la puéricultrice*, juin/juillet 2018, n°318, p.12-15.

TERRAS Cécile. Accompagner la parentalité. : retour d'expérience en service de néonatalogie. *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2016, n°296, p. 30-35.

Textes législatifs

Décret n°47-1544 du 13 août 1947, mis à jour le 25 juillet 2005. (Consulté le 31/10/20).
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000673587>

France, Code civil. Article 57, ordonnance n°2005-759 du 04 juillet 2005. (Consulté le 27 octobre 2020) .

Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006420911/

France. Code civil. Article 16, création de la loi n°94-653 du 29 juillet 1994. (Consulté le 28 octobre 2020).

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006419293/>

France. Code Civil. Article 371-1 modifié par la loi n°2019-721 du 10 juillet 2019. (Consulté le 27 octobre 2020).

Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626/

Sites internet

ASSOCIATION Nidcap France. (Consulté le 12 octobre 2020). Disponible sur : <http://www.nidcapfrance.fr/>

EPIPAGE 1 et 2. (Consulté le 22 octobre 2020).

Disponible sur : <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etude-epipage1>

INSERM. La science pour la santé. Prématurité, ces bébés qui arrivent trop tôt (en ligne). (Consulté le 20 octobre 2020). Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

LAROUSSE. Définition du mot accompagner. (Consulté le 23 décembre 2020). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>

LAROUSSE. Définition du mot mère (en ligne), (consulté le 25 novembre 2020). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mère/50611>

LAROUSSE. Définition du mot père (en ligne), (consulté le 23 novembre 2020). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/père/59470>

MAD!STUDIO & PIERRE PLANTE. Initiative Hôpital Ami des bébés, (en ligne). Mis à jour en décembre 2020. (Consulté le 29 octobre 2020). Disponible sur : <https://www.i-hab.fr/>

OMS. Nourrisson, nouveau-né. (Consulté le 22 octobre 2020). Disponible sur : https://www.who.int/topics/infant_newborn/fr/

SAINFLOU Fabienne. L'écoute active selon Carl Rogers. Posté le 04/01/19. (Consulté le 20 janvier 2021). Disponible sur : <http://www.fabiennesainflou.fr/blog/lecoute-active-selon-carl-rogers/>

SOSPREMA & BEBES HOSPITALISES. Accueil (en ligne). (Consulté le 23 octobre 2020).
Disponible sur : <https://www.sosprema.com>

Articles

BACRO Fabien. FLORIN Agnès. La relation père-enfant, la nature et l'organisation des relations d'attachement. *Canadian Psychology*. 2009, vol 50. N°4. 230-240. (Consulté le 05 février 2021). DOI : 10.1037/a0015445

BAYLE Benoît. Être père : une parentalité sexuellement différenciée ? *Erès, « la vie de l'enfant »*, (en ligne), 2017, p.25 à 36, ISBN 9782749254715. (Consulté le 10 décembre 2020).
Disponible sur : <https://www.cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-25.htm>

BELL Linda, GOULET Céline, TRIBBLE Denise et Al. Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. *Méthodologie. Recherche en soins infirmiers*, septembre 1996, n°46, p.1 à 10.
Disponible sur :

[https://www.psychanalyse.com/pdf/UNE%20ANALYSE%20DU%20CONCEPT%20D%20ATTACHEMENT%20PARENTS-ENFANTS%20\(10%20Pages%20-%20418%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/UNE%20ANALYSE%20DU%20CONCEPT%20D%20ATTACHEMENT%20PARENTS-ENFANTS%20(10%20Pages%20-%20418%20Ko).pdf)

BENEDEK Thérèse F, CORLOBE Fabienne. Devenir parent : une phase du développement, une contribution à la théorie de la libido. *Presses Universitaires de France, « la psychiatrie de l'enfant »* (en ligne), 2013, vol 56, p. 5 à 36. (Consulté le 20 novembre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2013-1-page-5.htm#>

BYDLOWSKI Monique, GOLSE Bernard. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Éditions Cazaubon, « le carnet psy »*, (en ligne), 2001/3 n°63, p.30 à 33. (Consulté le 05 décembre 2020). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-3-page-30.htm>

CAPGRAS-BABERON Danielle. De l'entretien prénatal à l'entretien postnatal : une place pour le père ? *Accueillir les pères en périnatalité. Erès. « La vie de l'enfant »*. 2017, p.235 à 240. ISBN 9782749254715. (Consulté le 07/10/2020). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-235.htm#>

DE NEUTER Patrick, Malaises et mal être dans la paternité, *Erès*, « *cliniques méditerranéennes* », (en ligne), 2001/1, n°63, p.49 à 69, ISSN 0762-7491. (Consulté le 14 décembre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-cliniques-mediterraneennes-2001-1-page-49.htm#>

DELION Pierre, La fonction parentale, *La parentalité*, Henry Inberg. Novembre 2007, p.12, (consulté le 10 novembre 2020). Disponible sur : <https://www.yapaka.be/content/la-fonction-parentale>

DUGNOT Michel, Féminin, Masculin, Bébé. *Comment un petit garçon devient-il un papa ?* Erès, Collection enfance et parentalité, 2011, p.197 à 207.

FAVEZ Nicolas, FRASCAROLO France. La coordination du père et de la mère dans la triade familiale. *Erès*, « *la vie de l'enfant* » (en ligne), 2017, p.91 à 100. ISBN 9782749254715 (consulté le 28 novembre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-91.htm#>

FREOUR Pauline, Sciences, prématurité, un congé spécifique pour le père ? *Le Figaro*. Le 08 mai 2018, p.12 (Consulté le 01 février 2021).

GOLSE Bernard. L'empathie comme fondement de l'observation et du soin dans le travail avec les bébés. *Presses Universitaires de France*. « *Journal de la psychanalyse de l'enfant* ». 2013/2 vol 3. p. 151 à 167. ISBN 9782130618188. (Consulté le 07/02/20). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2013-2-page-151.htm#>

ISSERLIS Catherine. Postface – qu'en-est-il de la prise en compte de la santé des hommes au cours de leur parcours pour devenir père en France ? *Erès*, « *la vie de l'enfant* » (en ligne), 2017, p.257 à 264, ISBN 9782749254715. (Consulté le 25 novembre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-257.htm#>

LABBE Jean. Psychopathologie du bébé, *La théorie de l'attachement* (en ligne), 1989, p.1 à 10. (Consulté le 27 décembre 2020). Disponible sur :

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

LAMOUR Martine. La paternalité et ses troubles. *Temps d'arrêt. Lectures.* (En ligne), p.8 à 57. (Consulté le 30/10/2020). Disponible sur : <https://www.yapaka.be/livre/livre-la-paternalite-et-ses-troubles>

MAESTRE Michel. Le couple dans tous ses états. *De Boeck Supérieur*, « cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux » (en ligne), 2009/1, n°42, p. 67 à 86. ISBN 9782804102517. (Consulté le 05 janvier 2021). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2009-1-page-67.htm>

OLRY Paul. L'accueil des parents en néonatalogie : apprendre une activité « banale ». *Champ social*. « Phronesis ». 2017/3 Vol 6. p. 111 à 125. (Consulté le 04/10/20). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-phronesis-2017-3-page-111.htm#>

PAUL Maela, L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Association de recherche en soins infirmiers*, « recherche en soins infirmiers », (en ligne), 2012/3, n° 11°, p.13 à 20, ISSN 0297-2964. (Consulté le 22 janvier 2021). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>

PAUL Maela. L'accompagnement : une nébuleuse. *Éducation permanente* n°153/2002-4.

PEDESPAN L. Attachement et prématurité. *Elsevier*, (en ligne), 2004, p.717-719.

Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2004.06.016>

PERELMAN Olga, MISSONIER Sylvain, GUEGUEN Charlene. Identité(s) paternelle, parentale et conjugale : devenir père d'un enfant. *Erès*, « Cliniques méditerranéennes », (en ligne), 2020/1, n° 101, p.193 à 205. ISBN 9782749266916. (Consulté le 12 janvier 2021). Disponible sur : <https://cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2020-1-page-193.htm>

PHILIPPE Catherine. Le bébé et le droit : quelle reconnaissance ? *Ères*, « 1001 bébés » (en ligne), 2015, p.73 à 90. (Consulté le 25 octobre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/le-bebe-dans-sa-famille--9782749248363-page-73.htm>

POINSO François, GIGNOUX-FROMENT Frédérique, DUGNAT Michel. La place des pères dans une unité d'hospitalisation parents-bébé. *Accueillir les pères en périnatalité*, *Ères*, (en ligne), 2017, p.123 à 136. (Consulté le 23 décembre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-123.htm>

SCHAUDER Claude, NOEL Raphaële. Construction et co-construction de la paternité. *Ères*, « *La vie de l'enfant* », (en ligne), 2017, p.101 à 110, ISBN 9782749254715. (Consulté le 26 novembre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite---page-101.htm> x

SCHNEIDER-HARRIS Jacqui. Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant-soigné. *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, « *recherche en soins infirmiers* ». (En ligne), 2007/2, n°89, p. 52 à 57. (Consulté le 07/02/2021). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-52.htm#>

VERMEILLE Annabelle. Devenir père en néonatalogie. *Ères*, « *Empan* », (en ligne), 2007/1, n°65, p.125 à 128, ISBN 9782749207346. (Consulté le 26 décembre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn.info/revue-empan-2007-1-page-125.htm>

VINCENT Denise, HAMAD Nazir, Le counseling, Entretien avec Catherine Tourette-Turgis. *Journal Français de psychiatrie*, *Ères* (en ligne), n°12, p.38. (Consulté le 07/02/2021).

ZOJA Luigi. Les cahiers jungiens de psychanalyse. *La relativité de l'identité masculine et de la paternité*. (en ligne), 2015/1, n° 141, pages 69 à 88, ISSN 0984-8207 / ISBN 9782915781304. (Consulté le 28 décembre 2020). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-cahiers-jungiens-de-psychanalyse-2015-1-page-69.htm#>

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

« En service de néonatalogie, quel accompagnement la puéricultrice met en place auprès du père de l'enfant prématuré ? »

QUESTIONNAIRE

- **Question n°1**

Pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

Question de relance : avez-vous travaillé dans d'autres services de néonatalogie auparavant ?

- **Question n°2**

Comment accompagnez-vous les papas d'enfants prématurés au sein de votre service ?

Question de relance : Comment ça s'est déroulé la dernière fois qu'un papa était dans le service auprès de son enfant prématuré ?

- **Question n°3**

Quel rôle avez-vous auprès du père ?

Question de relance : quelle posture adoptez-vous auprès du père ?

- **Question n°4**

De quelle façon communiquez-vous avec le papa ?

- **Question n°5**

Comment mettez-vous en place la paternité au sein de votre service ?

- **Question n°6**

Comment favorisez-vous la place du père auprès de son enfant ?

- **Question n°7**

Avez-vous d'autres éléments à ajouter concernant l'accompagnement des papas d'enfants prématurés au sein de votre service ?

ANNEXE 2 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN N°2

Moi : je réalise mon mémoire sur l'accompagnement de la puéricultrice ou du puériculteur auprès d'un papa en service de néonatalogie. Je vais donc vous poser quelques questions. Est-ce que vous pouvez vous présenter et présenter votre parcours professionnel s'il vous plaît ?

PDE : alors, moi je m'appelle David, je suis diplômé infirmier de juin 1992. J'ai travaillé 8 mois en service des urgences. Après, j'ai fait un service militaire d'un an et ensuite, j'ai travaillé 7 ans en chirurgie enfant, pédiatrie et urgences pédiatriques. En 2000, j'ai passé le concours pour devenir puer. La première année, quand je suis revenu, en 2002, j'ai travaillé sur le poul, je travaillais en pédiatrie et en néonatalogie. Ca a duré un an ça parce qu'après ils ont arrêté le poul. Je suis ensuite arrivé définitivement dans le service donc ça fait une vingtaine d'années quoi.

Moi : d'accord, en néonatalogie, vous avez travaillé uniquement ici ? Pas dans d'autres hôpitaux ?

PDE : alors j'ai fait, lors de l'année puer, un stage d'un mois, en réa néonate à Jeanes de Flandres.

Moi : d'accord. Du coup, au sein de votre service, comment accompagnez-vous les papas d'enfants prématurés ?

PDE : c'est-à-dire euh... ?

Moi : par exemple, comment ça s'est déroulé la dernière fois que vous avez accompagné un papa d'un enfant prématuré qui venait d'arriver dans le service ?

PDE : concrètement, quand les enfants arrivent ici, ils arrivent avec le père. Je dirai dans 80% des cas parce que c'est des naissances de rupture prématuré des membranes dans le service de gynécologie. Il y a un échec de tocolyse et l'enfant naît. La mère reste en bas et nous, on prend en charge le bébé dès qu'il sort du ventre de la maman soit par césarienne soit par voie basse. Concrètement, on a des petits poids, ici c'est de 950 grammes jusqu'à terme car on peut faire

des détresses respi à terme. Forcément, la première personne qui arrive ici, c'est le père avec son bébé parce que la maman reste en salle d'accouchement pour surveillance deux heures.

Soit c'est un petit poids, le papa ne fait rien de particulier, on installe le bébé en incubateur et on le technique donc nous, on accueille forcément le père, on l'accompagne, on lui explique tout ce qu'on fait, on explique pourquoi on met une saturation, le capteur cardiaque, etc. On explique les rythmes de l'enfant parce qu'ils ne connaissent pas vraiment ... donc il faut vraiment bien expliquer parce que, sans explications, on a peur de ce qu'on ne connaît pas, donc dès que ça sonne, le petit va mourir. C'est l'image que les papas se font régulièrement. Donc le fait d'expliquer pourquoi le cœur bat entre 100 et 200, dès qu'il pleure, il est supérieur à 200 parce qu'il a faim, comment le rassurer. S'il fait une brady, ça veut dire que le battement du cœur passe en dessous de 100, le bébé est un prématuré. Il va forcément faire des bradycardies, il faut l'expliquer. A son niveau, il ne faut pas rentrer dans des termes trop professionnels mais expliquer le pourquoi du comment et expliquer la surveillance. Expliquer que lorsqu'on est occupé dans une chambre, quand il y a une alarme, c'est indiqué dans chaque chambre sur les scopes, donc on sait les chambres et on sait quel enfant fait une brady, s'il n'y a pas d'urgence, on ne va pas venir de suite. Quand on voit que le bébé a une saturation à 100% et un rythme cardiaque à 0, ça veut dire qu'il fait du lasso avec ses câbles. Donc on explique tout ça et on passe quand même pas mal de temps là-dessus pour justement déstresser l'hospitalisation.

Sachant que forcément, ils sont stressés et les premiers jours, il faut en mettre des couches, des couches, des couches, pour qu'ils atterrissent.

C'est déjà compliqué, un bébé préma, est-ce qu'il va vivre, ils ont pleins de questions. Le fait d'expliquer comment ça fonctionne, quand ils comprennent, ils ont moins peur. Ça enlève donc du stress.

Souvent les premiers jours, si l'enfant a une bonne satu mais que c'est un petit poids, on le met en peau à peau de suite sur le père. Parfois, ils attendent que la maman remonte. Parfois, ils reposent le bébé et vont voir la maman en bas. Il y a plusieurs cas de figures.

Moi : ça arrive que le papa ne veuille pas du tout prendre son bébé en peau à peau ?

PDE : ça peut arriver oui mais on lui explique qu'il peut le toucher. Il faut un temps pour chacun, il y en a qui acceptent de suite. En fonction du contexte parfois, c'est même un 30 SA, qui ne désature pas spécialement, il peut déjà faire du peau à peau en salle de naissance. Donc ça peut être un peu sur la mère, un peu sur le père. Par contre, quand c'est une détresse respi et s'il a

besoin d'une ventilation et qu'il est techniqué, on lui propose le peau à peau juste après dans la foulée.

C'est pour le bien-être de l'enfant et pour qu'il puisse faire connaissance avec son enfant.

Moi : du coup, quel rôle avez-vous auprès du père en tant que professionnel ?

PDE : il faut l'accompagner, déstresser l'hospitalisation et essayer, au départ, de faire abstraction de tout ce qui est technique.

On explique, ils ont compris. On leur dit, quand ça sonne, regardez votre bébé. S'il fait du lasso avec ses électrodes et qu'il bouge, c'est que tout va bien.

On peut donc accompagner au mieux pour qu'il y ait moins de stress possible par les explications, ça c'est clair et net.

Moi : du coup, en tant que posture soignante, vous dites que tout passe par les explications ?

PDE : ouai, ouai. Il y a ça. Après, ceux qui sont réticents au toucher, on peut leur proposer de toucher la tête par exemple.

Ici, on travaille beaucoup à 4 mains. Par exemple, quand le bébé est stressé, on peut dire au papa, monsieur, j'ai besoin de vous, pour le contenir, il est mieux contenu, ça se passe mieux au niveau de la prise en charge. C'est une façon de prendre contact avec son enfant en fait pour le confort de l'enfant parce que tout se base sur le confort de l'enfant.

Il y a plusieurs façons d'amener les choses.

Moi : du coup, c'est en fonction du parent que vous avez en face de vous ?

PDE : il faut s'adapter oui... beaucoup de parents disent « ah non non, ça c'est le rôle de la mère, moi je ne change pas les couches tant qu'il n'a pas un an ». C'est son truc, bah voilà. Après, il a le droit d'évoluer lors de l'hospitalisation et s'il n'évolue pas, c'est sa conception. On ne va pas aller à l'encontre de leur désir quoi...

Moi : je me posais une autre question aussi. De quelle façon vous communiquez avec les papas ?

PDE : quand par exemple, il y a une barrière linguistique, c'est prendre les mains du papa et les diriger vers le bébé, l'amener à faire quelque chose pour son bébé, le maintenir. On explique aussi qu'il n'est pas plus fragile qu'un bébé à terme, il est simplement plus maigre ou mince quoi. Par le touché, prendre contact avec son enfant, c'est à lui de faire connaissance avec son enfant.

Au pied, il n'y a pas d'étiquettes avec un mode d'emploi... (rires)

Moi : comment mettez-vous en place la paternité au sein de votre service ?

PDE : alors nous, on a la particularité d'avoir que des chambres mère/enfant et parent/enfant, seul service de France. Dans les autres services de néonatalogie de la métropole, parfois ils ont quelques lits mais nous on n'a que des chambres mère/enfant.

Les parents, tant que la maman est hospitalisée auprès de son enfant, il n'y a pas de coupure mère/enfant. Sauf, cas de figure où la mère est admise en réanimation parce qu'elle décompense mais on va réorganiser un rapatriement par périodes auprès de la maman qui est en réa. Un enfant oxygéno-dépendant, c'est un peu plus compliqué à mettre en œuvre mais on essaye.

Dès qu'il naît, ici, on a deux chambres de mères hospitalisées où forcément il y a une banquette pour le papa qui est invité à rester là. Il est déjà intégré à la cellule familiale. Dès qu'il change de chambre, il n'y a plus de cabinets de toilette dans la chambre mais à l'extérieur, dans les couloirs du service, on fournit un lit accompagnant gratuit au père. Le petit déjeuner est également gratuit pour tous les parents, que ça soit la maman ou le papa. Il y a aussi une salle des parents au sein du service où les parents peuvent se restaurer.

Moi : vous avez beaucoup de papas qui restent ?

PDE : on va dire à 70%. Après, quand vous avez une fratrie, souvent le père gère les autres enfants. Parfois même il bosse la journée. Ils ne prennent pas tous leur congé paternité de suite, ils les gardent pour après, alors ils s'organisent comme ils peuvent. Parfois, ils sont là quelques jours au départ puis ils repartent et gèrent la fratrie le soir donc on les voit passer avec la fratrie. Sachant que, dans la cellule familiale, les enfants sont acceptés, ils peuvent venir comme ils veulent. C'est l'ensemble de la cellule familiale qui est acceptée. Matin, après midi, on ne fait pas de différence.

C'est limité quand on a des VRS, les fratries ne rentrent pas mais le papa peut faire les aller-retours et quand il y a covid, les enfants et le papa ne peuvent pas rentrer pour ne pas propager le virus.

Souvent, ils communiquent alors par facetime.

Moi : j'avais une autre question. Lors des soins, comment favorisez-vous la place du père auprès de son enfant ?

PDE : C'est le travail à 4 mains. C'est clair et net, petit à petit, je vais lui demander de maintenir puis de changer la couche. Au départ, ils disent « ah non, je ne le fais pas » alors on lui demande de le maintenir et on change la couche tout en lui expliquant comment on fait, ce qu'il faut vérifier. Ils prennent vite le pli, et ils se disent « bah tiens, je vais essayer ».

Donc ça se fait petit à petit. Il y en a, c'est d'emblée et y'en a, c'est progressif. Parce qu'on est dans une démarche Nidcap où c'est le confort du bébé, le travail à 4 mains, la prise de contact. Donc on essaye de travailler là-dessus et rien de tel pour créer la parentalité, c'est d'inviter les parents à participer.

Moi : ça arrive donc qu'après plusieurs jours, ça soit les parents qui gèrent l'ensemble des soins ?

PDE : après, concrètement, ils gèrent à 4 mains, le père et la mère. Donc en fait, c'est comme ça, petit à petit, qu'on les initie. Sachant que c'est un travail d'équipe. Quand la maman est fatiguée, le papa peut prendre le relai. Par exemple, pendant la nuit, en faisant du peau à peau, parce que la mère a besoin de dormir, elle est décalquée, elle tire son lait, etc.

Ça se fait automatiquement dans certaines familles, dans d'autres familles, c'est le travail de la mère mais on arrive toujours à avoir un peu d'investissement du papa et si on n'a pas, bah c'est tout, on n'a pas. Ce n'est pas à nous de juger, c'est leur modèle de famille.

Y'en a qui habitent au 21^{ème} siècle et d'autres au Moyen-Âge, c'est tout... (rires).

Moi : est-ce que vous avez d'autres éléments à ajouter concernant l'accompagnement de la puéricultrice auprès d'un papa d'enfant prématuré au sein de service ?

PDE : bah, depuis qu'on est dans le nouvel hôpital, ça a évolué. Avant, on avait 5 chambres mère/enfant, c'était des fins de parcours. Les parents venaient 48 heures pour jour et nuit.

Maintenant, le papa va bosser le matin et il revient le soir, il mange avec sa femme, il dort là près de son bébé. Parfois, ils ont aussi des autres enfants, c'est les grands-parents qui les gèrent, c'est le soutien familial et le papa est présent et de plus en plus.

Moi : donc vous avez vraiment vu des différences depuis que vous avez changé d'organisation du service ?

PDE : bah c'est les chambres mère/enfant, il n'y a pas photo même au temps de présence des parents. Même dans les autres centres hospitaliers, les enfants sont transférés parce qu'il n'y a plus de place, les médecins appellent et disent que la maman souhaite une chambre mère/enfant mais les médecins de notre service leur disent que nous n'avons QUE des chambres mère/enfant. Les parents peuvent donc rester avec le bébé, après c'est s'ils veulent, s'ils ne veulent pas, c'est tout mais c'est possible. Pour le lien parental et pour le bébé c'est le mieux.

Ici, les parents peuvent faire des allers-retours et on n'a pas plus d'infections nosocomiales ni plus de débordements de la part des parents. Au contraire, ils prennent plus vite leur autonomie et gèrent eux-mêmes les soins, font les alimentations à la tulipe, etc.

C'est la démarche nordique, dans les pays nordiques, ça fait 30 ans qu'ils font ça... C'est une dynamique de service, quand les chefs de service et autres médecins qui sont persuadés de cela, ça coule de suite.

T'es réticent au départ, quand on nous a vendu le Nidcap au départ, tout le monde regardait avec des grands yeux mais aujourd'hui, je ne voudrais plus travailler autrement.

Moi : d'accord, et bien, merci pour vos réponses et d'avoir pris un peu de votre temps.

ANNEXE N°3 : TABLEAU RECAPITULATIF DE LA QUESTION N°1 - PRÉSENTATION

Entretien PDE n°1	Entretien PDE n°2	Entretien PDE n°3	Entretien PDE n°4	Entretien IDE n°5	Entretien PDE n°6
<p>- puéricultrice depuis 12 ans</p> <p>- a enchaîné formation IDE / PDE</p> <p>- a travaillé en SI néonatal d'un hôpital de la métropole lilloise directement</p> <p>- pas d'autres expériences de néonatalogie</p> <p>- certifiée Nidcap et référente au sein du service → poste de référence</p>	<p>- puériculteur depuis 19 ans</p> <p>- IDE en 1992, a travaillé aux Urg adultes, a fait un service militaire puis a travaillé 7 ans en chirurgie pédiatrique avant de faire PDE.</p> <p>- exerce en SI de néonatalogie d'un établissement de la métropole lilloise depuis 18 ans.</p> <p>- a fait un stage pdt son année de formation PDE en SI néonatalogie</p>	<p>- puéricultrice depuis 2 ans</p> <p>- a fait 3 ans de psycho puis a fait ses études IDE et a enchaîné avec la formation PDE</p> <p>- exerce depuis 2 ans aux SI d'un établissement de la métropole lilloise</p> <p>- a fait un stage en SI au sein d'un autre établissement</p>	<p>- IDE depuis 2016.</p> <p>- a travaillé 6 mois en néonatalogie niveau 2A avant de réaliser la formation PDE.</p> <p>-puéricultrice depuis 3 ans et ½.</p> <p>- exerce actuellement en néonatalogie SC ds un établissement de niveau 2A</p> <p>- a obtenu un diplôme universitaire en lactation humaine.</p>	<p>- Infirmière depuis 12 ans</p> <p>- exerce en service de pédiatrie/néonatalogie</p> <p>- a exercé un peu en maternité pendant 2 ans au début de son parcours professionnel</p> <p>- n'a pas fait d'autres services de néonatalogie</p>	<p>- puéricultrice depuis 3 ans environ</p> <p>- a fait ses études IDE et a enchaîné sur la formation PDE</p> <p>- a exercé en SI néonatalogie de la métropole lilloise pendant quelques mois</p> <p>- exerce actuellement en SC néonatalogie d'un autre établissement de la métropole lilloise</p> <p>- a fait un stage en SI néonatalogie au sein d'un autre centre hospitalier de la région.</p>

**ANNEXE N°4 : TABLEAU RECAPITULATIF DE LA DEUXIEME QUESTION –
ACCOMPAGNEMENT DU PAPA D'ENFANT PRÉMATURÉ**

Entretien PDE n°1	Entretien PDE n°2	Entretien PDE n°3	Entretien PDE n°4	Entretien IDE n°5	Entretien PDE n°6
<p>- papa qui fait partie intégrante de la PES comme la maman</p> <p>- même pied d'égalité</p> <p>- parents accueillis 24H/24.</p> <p>- lit médicalisé permettant aux parents de rester dormir auprès de leur enfant.</p> <p>- implication du papa dans les soins au maximum, participation à tous les soins (changement de couches, peau à peau, faire des transferts incubateur maman ou lui-même)</p> <p>- si c'est un AM : peut faire la digestion.</p> <p>- peut faire les compléments d'alimentation sur sonde, donner un biberon</p> <p>Accompagnement du bébé au même</p>	<p>- enfant qui arrive, avec le papa ds le service ds 80% des cas.</p> <p>- maman qui reste au BO pr les soins pdt qq heures.</p> <p>- enfant de petit poids, installation du bébé dans l'incubateur, père présent, explications de tout ce qui est fait auprès de son enfant, accueille et accompagnement du père, Sans explications, peur de ce qu'on ne connaît pas.</p> <p>- pas de termes trop professionnels, expliquer simplement. → Désstresser l'hospitalisation</p> <p>- si l'enfant est stable, mise en peau à peau si le papa le souhaite.</p> <p>- si le papa refuse, on lui laisse le temps.</p>	<p>- un peu comme les mamans</p> <p>- présentation du service, accueil de l'enfant, explications sur l'intérêt de l'hospitalisation de l'enfant, sur les étapes de déroulement.</p> <p>- homme : côté viril, masculin</p> <p>- bébé petit : peut faire peur au papa car a peur de faire mal à son enfant</p> <p>- construction différente des mamans sur le plan psychologique : différence à prendre en compte dès le début de l'hospitalisation.</p> <p>- prendre en compte l'histoire de vie de la famille et du papa aussi.</p> <p>- essayer de savoir comment le père voit sa paternité. → S'adapter au père, à sa</p>	<p>- question large</p> <p>- pas de distinction père/mère.</p> <p>- parents qui peuvent tous les deux dormir au sein du service</p> <p>- parler de chambre parent/enfant plutôt que mère/enfant auparavant bcp + courant.</p> <p>- accès possible 24h/24, 7J/7 (lien charte enfant hospitalisé)</p> <p>- papa : 1^{ère} figure rencontrée auprès de l'enfant dès l'entrée dans le service.</p> <p>- maman au BO.</p> <p>- on essaye de le rassurer car 1^{er} interlocuteur</p> <p>- le père va pouvoir rassurer la maman ensuite.</p> <p>- explications de la nécessité que l'enfant soit hospitalisé au sein de ce service, des soins réalisés auprès de son enfant</p>	<p>- accueille dès le début de l'admission de l'enfant, présence du papa.</p> <p>- laisser la possibilité au papa de rester pendant les soins e l'enfant et proposition de faire du peau à peau.</p> <p>- BO : maman reste en bas qq temps, papa arrive avec l'enfant, grand rôle pour le papa</p> <p>- reste auprès de son enfant, est présent</p> <p>- souhaite qu'il y ait une proximité au maximum avec les deux parents et là en l'occurrence le papa.</p> <p>- papas qui comprennent</p>	<p>- enfant qui vient du BO : les papas montent en 1^{er} avec leur enfant. Maman encore en maternité ou au BO pr les soins.</p> <p>- tout est réalisé en présence du papa</p> <p>- explications données sur ce qui est réalisé sur son enfant pour son bien-être.</p> <p>- actes réalisés comme si c'était ça aurait pu être réalisé auprès de la maman. Pas de différence.</p> <p>- enfant qui a été transféré : papa qui est venu avec son enfant passer la nuit le temps que la maman soit transférée le lendemain au sein du service.</p>

<p>titre que la maman.</p> <p>- autant de place à la maman qu'au papa.</p> <p><u>- bébé qui vient du BO :</u> Monte dans le service avec le papa, peut prendre son bébé en peau à peau s'il est stable</p> <p>- chambre mère/enfant permettant d'accueillir la maman quand elle remonte du BO, pas séparé de son enfant et de son conjoint.</p> <p>- banquette intégrée dans cette chambre pour le papa.</p> <p>- période COVID : contre la volonté de l'équipe, papa 2x/semaine, 1 seule personne pvt être présente auprès de l'enfant → Ressenti par la PDE : difficile à cette période pour les papas et aussi pr les mamans qui étaient seules.</p> <p>- frères et sœurs : idem</p>	<p>→ Importance pr le bien-être de l'enfant et pr que le père fasse connaissance avec son enfant.</p>	<p>manière de voir les choses et proposer des soins individualisés en fonction de la personne en face de nous.</p>	<p>- rendre le père acteur le plus rapidement possible. → Exemple du peau à peau</p> <p>- peau à peau proposé systématiquement (à part si KTO pr le risque infectieux).</p> <p>- mais adaptation vis-à-vis du papa, se sent-il prêt ? - parfois qq refus, réponse en leur proposant d'autres choses comme par exemple mise des mains ds l'incubateur ou essayer de faire le change avec l'aide de la PDE.</p> <p>- peau à peau qui peut faire peur car proximité importante et enfant petit, techniqué avec de nombreux fils autour de lui.</p> <p>- adaptation en regard de ce que se sent prêt à faire le papa.</p>	<p>l'intérêt du peau à peau pr l'enfant</p> <p>- si refus : faire au rythme du père</p> <p>- présence qui a déjà une grande importance.</p>	<p>- enfant qui vient pr rapprochement qui est né ds une autre structure.</p> <p>- présence de lits accompagnants dans les « box ».</p> <p>- peuvent rester 24h/24, 7J/7.</p> <p>- peuvent appeler quand ils le souhaitent</p> <p>- ne dorment pas toujours là, il y a des périodes → adaptation à chaque situation</p> <p>- éducation réalisée en chambre mère/enfant avant la sortie pour trouver leur rythme avant le retour à domicile.</p> <p>- les rassure, rassure l'équipe aussi</p>
---	---	--	---	---	--

**ANNEXE N°5 : TABLEAU RECAPITULATIF DE LA TROISIÈME QUESTION –
LE RÔLE DE LA PUÉRICULTRICE**

Entretien PDE n°1	Entretien PDE n°2	Entretien PDE n°3	Entretien PDE n°4	Entretien IDE n°5	Entretien PDE n°6
<ul style="list-style-type: none"> - rassurer le père - accompagner le père - écouter le père - pouvoir répondre à ses questions - papas + stressés que les mamans pr toucher leur enfant → fragilité, peur → Accompagner, lui permettre de prendre ses marques par étape → Accompagner afin qu'ils soient autonomes à la sortie → Afin qu'ils se sentent bien dans leur rôle de papa - papa qui n'est pas prêt : compréhension de la part de la PDE : pas tjrs facile car bcp de craintes - peur de perdre l'enfant → Proposer régulièrement - touches d'humour parfois - respect des principes et des valeurs de chaque individu 	<ul style="list-style-type: none"> - accompagner le père - déstresser l'hospitalisation - faire abstraction de ce qui est technique pr que le père se sente plus à l'aise - explications précises des machines, des soins réalisés sur l'enfant - explications = moins de stress de la part du parent - papas réticents au toucher : proposer de toucher uniquement la tête par exemple - travail à 4 mains : permet que le soignant soit présent mais aussi de laisser la place au père par exemple. 	<ul style="list-style-type: none"> - écoute, plus encore qu'avec la maman - bcp de sollicitations auprès de la maman au départ surtout quand AM - papa, + en retrait au départ - soignante qui prend davantage en compte les émotions du papa - maman fort sollicitée et exprime facilement ses ressentis - attitude de bienveillance, rassurante - ne pas donner trop d'informations sur l'avenir du bébé mais être le plus pragmatique possible. - papas qui restent sont beaucoup en 	<ul style="list-style-type: none"> - triade - confiance mutuelle : confiance du père en les capacités de la PDE à s'occuper de son enfant / confiance de la PDE envers ce que fait le papa auprès de son enfant - on ne peut pas s'occuper d'un enfant sans prendre en compte sa famille - accompagner le papa, le soutenir, le valoriser dans ses actes - beaucoup de réassurance 	<ul style="list-style-type: none"> - rôles d'accompagnement et d'écoute aussi bien avec le papa qu'avec la maman - explications de l'ensemble des actes réalisés - vivre au mieux le séjour en néonatalogie pr les parents aussi bien le père que la mère - faire participer au maximum aux soins En prenant en compte le ressenti du papa - ex : faire le premier change ok → guidance en les laissant faire Si ne veut pas le faire de suite, leur montrer et leur proposer une prochaine fois - PDE toujours présente avec eux pr leur donner des conseils, des explications - le plus tôt possible pr qu'il puisse investir son enfant au mieux 	<ul style="list-style-type: none"> - bienveillance - essayer de les impliquer dans le soin même si les différentes situations peuvent faire peur - implication au maximum du père tout en laissant la place à la maman (ex : changer la couche par le père avant d'aller sur la maman pr la mise au sein) - travailler en collaboration avec le papa - pas de mise de côté de la part de la PDE concernant le papa - les papas sont contents et sont parfois en demande que ça soit un premier ou non

<p>- aller doucement, au rythme du papa → but : qu'ils se sentent bien dans le service près de leur enfant</p> <p>- « ce n'est pas facile d'avoir un bébé hospitalisé »</p> <p>- reformuler quand le quand on sent qu'il y a des incompréhensions</p> <p>- utiliser les bons termes, reformuler nos phrases</p>	<p>- « monsieur, j'ai besoin de vous »</p> <p>- tout se base sur le confort de l'enfant</p> <p>- adaptation en fonction du parent qu'on a en face de nous</p> <p>- prise en compte de la conception qu'a le papa</p>	<p>présence de la maman</p> <p>- rare que ça soit le père uniquement présent</p> <p>- 30 jours d'enfants maladie +/- accepté par le patron</p> <p>- certains papas restent tout le lg de l'hospitalisation (souvent des primipares)</p> <p>- d'autres ne viennent pratiquement pas : fuite d'une certaine façon ? gérer les autres enfants ?</p> <p>- le temps de présence des papas : travail / culture / appréhensions ou non du papa</p>			<p>« Félicitations monsieur »</p>
---	--	---	--	--	-----------------------------------

**ANNEXE N°6 : TABLEAU RECAPITULATIF DE LA QUATRIÈME QUESTION –
LA COMMUNICATION**

Entretien PDE n°1	Entretien PDE n°2	Entretien PDE n°3	Entretien PDE n°4	Entretien IDE n°5	Entretien PDE n°6
<p>- communication verbale ++</p> <p>- observations</p> <p>Nidcap : passer des messages : pointer du doigt ce que l'enfant sait faire ou non</p> <p>- affiches au mur de la chambre concernant le développement de l'enfant à ce jour, tout le monde peut le lire, document également remis aux parents</p> <p>- recommandations notées sur l'affiche afin que tous les professionnels de santé aillent dans le même sens pour le développement de l'enfant et que les explications données soient uniformes auprès des parents</p> <p>- cahier de vie du bébé : mis en place dès l'entrée : photos, avec papa, avec maman, souvenirs, mots notés par les parents ou l'équipe,</p>	<p>- barrière linguistique : prendre les mains du papa et les diriger vers le bébé, le maintenir.</p> <p>- communication verbale aussi par les explications</p> <p>- le touché, prise de contact du père avec son bébé → Faire connaissance avec son enfant</p> <p>- « pas d'étiquette avec le mode d'emploi » : chacun apprend un peu à la fois, au fil des jours</p>	<p>- communication verbale</p> <p>- écoute</p> <p>- propositions de faire les soins avec la PDE</p> <p>- importance pr cette PDE que le père réalise les soins et l'aide en lui parlant, en discutant avec lui, en le rassurant par ses paroles concernant la prise en soin du bébé.</p>	<p>- beaucoup de communication verbale</p> <p>- pas de fiche de liaison dans la chambre (choix de l'équipe) → Davantage de discussion avec les parents</p> <p>- échange avec le papa et la maman ++ → Créer une relation → Parents qui posent leurs questions</p>	<p>- communication verbale en priorité</p> <p>- pas de cahier de vie,</p> <p>- pas de support particulier concernant l'accompagnement</p> <p>- beaucoup de discussion avec les parents</p> <p>- psychologue au sein du service : automatiquement dans les chambres, se présente</p> <p>- parents qui peuvent la solliciter ou elle qui repasse si trouve une situation compliquée</p>	<p>- communication verbale ++ essentiellement</p> <p>- appels téléphoniques</p>

<p>→ Ex : si père absent : peut voir l'évolution, ce qui s'est passé dernièrement auprès de son enfant</p> <p>- tableau au mur : les PDE / AP notent le poids par exemple</p>					
---	--	--	--	--	--

ANNEXE N°7 : TABLEAU RECAPITULATIF DE LA CINQUIÈME QUESTION – LA PATERNITÉ

Entretien PDE n°1	Entretien PDE n°2	Entretien PDE n°3	Entretien PDE n°4	Entretien IDE n°5	Entretien PDE n°6
<p>- passe beaucoup ds le peau à peau → Établir le lien père/enfant donc ça inclut la triade père/mère/bébé - idem à la parentalité, ça se construit, ça se développe - ++ quand c'est un enfant né à l'avance, + de stress, d'angoisse - prise en compte du couple et du bébé ensemble et non séparément, chacun de leur côté</p>	<p>- chambre parent/enfant dans tout le service. - pas de coupure mère/enfant (reste toujours auprès de son enfant) hormis cas extrême où la mère est hospitalisée pour complications par exemple - banquette pr le papa qui est invité à rester auprès de sa conjointe et son enfant → Intégré à la cellule familiale - puis changement de chambre et possibilité toujours pr le père de rester auprès de son enfant et sa conjointe. - parfois papa qui doit gérer les autres enfants de la fratrie, parfois travail.</p>	<p>- papa qui a le droit au même titre que la maman au bandeau de peau à peau. - présence de lits accompagnants pr les papas qui souhaitent rester - congé : 30 jours d'arrêt pour enfant hospitalisé (pas assez) - soutien pr la mère ++ - tout faire pr que le papa se sente le bienvenu et à l'aise - mises en place matérielles (bandage peau à peau, lits accompagnants, repas, micro-ondes) - papas qui ne sont pas sortis du service tout au long de l'hospitalisation de leur enfant - paternité : amener le père à faire les soins, faire des photos avec le papa,</p>	<p>- proposer au papa d'amener un vêtement ou un tissu avec son odeur (souvent fait avec la maman mais peu avec le papa) → Père qui se sent impliqué - pas de cahier de vie mais en projet : parents qui peuvent verbaliser, s'intégrer à la vie de l'enfant, pvr mettre des photos de leur bébé, informations importantes qui peuvent être notifiées par l'équipe - 6 chambres mère/enfant avec lit accompagnant pr le papa Pas de lit double possible du fait de l'agencement des pièces - auparavant, moins de parents restaient</p>	<p>- proposer au papa de s'investir au maximum dans les soins - parents qui peuvent rester tout le temps auprès de leur enfant s'ils le souhaitent. - mamans plus sereines quand les papas son présents, enfant + rassuré</p>	<p>- possibilité pr les parents de rester 24H/24, 7J/7 - chambre mère/enfant identique aux chambres en maternité, même organisation, lit médicalisé + berceau + lit accompagnant - photos proposées quand les papas sont là → souvenir et se voir auprès de leur enfant - papas de plus en plus présents et impliqués - nouvelle génération, posent plus de questions, actifs, souhaitent réaliser les soins. - enfant + apaisé, plus calme, plus rassuré - parents peu présents : enfants qui</p>

	<p>- enfants qui peuvent venir à tout moment au sein du service</p>	<p>→ Important qu'il se reconnaisse en tant que père « Marquer l'instant ».</p>	<p>- adaptation de l'équipe quand les parents souhaitent rester (optimisation des chambres doubles par exemple)</p>		<p>pleurent davantage, qui ont besoin de contact.</p> <p>- pas évident de rester en box tout le long de l'hospitalisation, explications données sur le fait que c'est bénéfique pour l'enfant</p>
--	---	---	---	--	---

ANNEXE N°8 : TABLEAU RECAPITULATIF DE LA SIXIÈME QUESTION – LA PLACE DU PÈRE

Entretien PDE n°1	Entretien PDE n°2	Entretien PDE n°3	Entretien PDE n°4	Entretien IDE n°5	Entretien PDE n°6
<p>- maman : culpabilité que son bébé soit né à l'avance</p> <p>- papa : inquiet pr son bébé : pas les mêmes angoisses que la maman</p> <p>- expression moins importante de la part des hommes que des femmes</p> <p>- parler beaucoup de ce qui va, ce qui ne va pas</p> <p>- on voit plus de mamans pleurer que de papas ou ils le font mais pas devant nous.</p> <p>- appui de la psychologue</p> <p>- s'adapter aux situations de vie, aux situations de soins, les bébés ont leur propre histoire, pas le même vécu</p> <p>- explications quand les parents et l'enfant viennent d'un autre hôpital pour rapprochement familial.</p>	<p>- travail à 4 mains, demander au père de tenir l'enfant ou la couche etc.</p> <p>- s'il ne veut pas, on demande de maintenir l'enfant</p> <p>- ça se fait petit à petit, c'est progressif</p> <p>- explications de comment on fait ? pères qui prennent vite le pli</p> <p>- Démarche Nidcap : confort du bébé, travail à 4 mains, prise de contact.</p> <p>→ Création de la parentalité</p> <p>→ Inviter les parents à participer</p> <p>- au fur et à mesure, ils gèrent à 4 mains, père et mère.</p> <p>→ Travail d'équipe</p> <p>- maman fatiguée, papa qui prend le relai</p> <p>- en fonction des cultures, selon les</p>	<p>- papa présent : évolution + rapide de l'enfant</p> <p>- maman qui reste beaucoup, + d'impact plutôt que le papa pr l'AM, le peau à peau.</p> <p>- on va plus facilement vers la mère</p> <p>- papa = rôle de soutien envers la maman</p> <p>- l'enfant reconnaît le papa et le papa reconnaît l'enfant</p> <p>- papa qui apprend à connaître son enfant, on fait tout pr favoriser ça.</p> <p>- PDE dit être assez exigeante avec la maman, bcp de demande pour qu'elle soit là (autres choses qui se jouent comme l'AM par ex)</p> <p>- on pourrait demander la</p>	<p>- locaux</p> <p>- ensemble des professionnels de santé formés ou en démarche de formation pour l'IHAB.</p> <p>→ + sensibilisés, compréhension des besoins des parents</p> <p>→ Plus le même discours qu'auparavant : accompagnement ++ à ce jour et parents beaucoup +</p> <p>Notions de proximité, moins de sensibilisation auparavant, on en parlait moins en anténatal, démocratisation du peau à peau, avant + utilisé pour thermorégulation</p> <p>- les pratiques évoluent au fil du temps et de la conception de la société.</p>	<p>- le faire participer au maximum</p> <p>- papas qui ont besoin d'être rassurés, peur de manipuler leur enfant</p> <p>→ Besoin de soutien, d'avoir quelqu'un à côté d'eux</p>	<p>- proposer de réaliser les soins</p> <p>- lui laisser le temps de le découvrir</p>

<p>- discuter, adopter une posture différente, utiliser des mots compréhensibles, s'adapter au parent présent en face de nous. Possibilité d'interprète au sein du service si difficultés de compréhension - c'est au cas par cas</p> <p>- dans la globalité, inclusion véritablement du papa dans la prise en charge.</p>	<p>familles = modèle de famille.</p>	<p>même chose pr le père par exemple</p> <p>- au fur et à mesure, on arrive à donner une place au père et le père sait trouver sa place en fonction des cultures, des croyances, des coutumes. - encore à travailler pr cette PDE</p>			
--	--------------------------------------	---	--	--	--

**ANNEXE N°9 : TABLEAU RECAPITULATIF DE LA SEPTIÈME QUESTION –
AUTRES INFORMATIONS**

Entretien PDE n°1	Entretien PDE n°2	Entretien PDE n°3	Entretien PDE n°4	Entretien IDE n°5	Entretien PDE n°6
<p>- formation Nidcap : Pour les – de 34 SA, préma mais aussi RCIU, bébé instable, aide et accompagnement aux parents</p> <p>- apprécier par les parents car ont une vue d'ensemble sur e que leur enfant est capable de faire et de voir les difficultés.</p> <p>- travail d'équipe : suivre le bébé de l'entrée à sa sortie - ca permet aux parents de se dire « on est passé par là, on peut aller à la suivante.</p> <p>- parfois, parents qui ont tendance à voir ce qui ne va pas plus que ce qui va.</p> <p>- permet de leur faire comprendre de manière plus simple et visuelle.</p>	<p>- depuis la création du nouvel hôpital, ça a évolué.</p> <p>- auparavant 5 chambres mère/enfant pr les fins de parcours. → 48h pour jour et nuit</p> <p>- changement avec les chambres mère/enfant,</p> <p>- pour le lien parental et pour le bébé c'est mieux</p> <p>- parents qui peuvent faire des aller-retours, pas plus d'infection nosocomiale ni de débordements de la part des parents</p> <p>- ils prennent plus d'autonomie, gèrent eux-mêmes les soins, font les</p>	/	<p>- enfant + éveillé, + rapide chez un enfant qui a une présence physique régulière.</p> <p>- enfant qui va mieux manger quand les parents sont présents.</p> <p>- différence entre enfant hospitalisé avec peu ou pas de visites et enfant où les parents sont toujours présents.</p> <p>- durée d'hospitalisation + courte quand les parents sont présents</p>	<p>Depuis que l'IHAB a été mis en place, investissement bcp + important de la part des papas → Dès l'anténatal, annonce aux parents des bienfaits du peau à peau, de l'AM. → Parents – sur le fait accompli, cheminement possible durant la grossesse → Même si jour J plus tôt que prévu, ils ont pensé à ce qu'ils voulaient mettre en place.</p> <p>- même longueur d'ondes quand ceux sont des transferts d'autres hôpitaux pr rapprochement familial, continuité des soins et de la prise en soin.</p>	/

	<p>alimentations tulipe</p> <p>- idem à la démarche nordique, dynamique de service, chefs de service, médecins etc. qui sont persuadés de ça, tous formés</p> <p>- « je ne voudrais pas travailler autrement »</p>			<p>→ parents qui font déjà beaucoup, participent dès le début, parents à l'aise pr sortir l'enfant de l'incubateur par exemple.</p>	
--	--	--	--	---	--