



HAL
open science

L'enfant né sous le secret

Maurine Dupire

► **To cite this version:**

| Maurine Dupire. L'enfant né sous le secret. Pédiatrie. 2021. dumas-03477329

HAL Id: dumas-03477329

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03477329>

Submitted on 13 Dec 2021

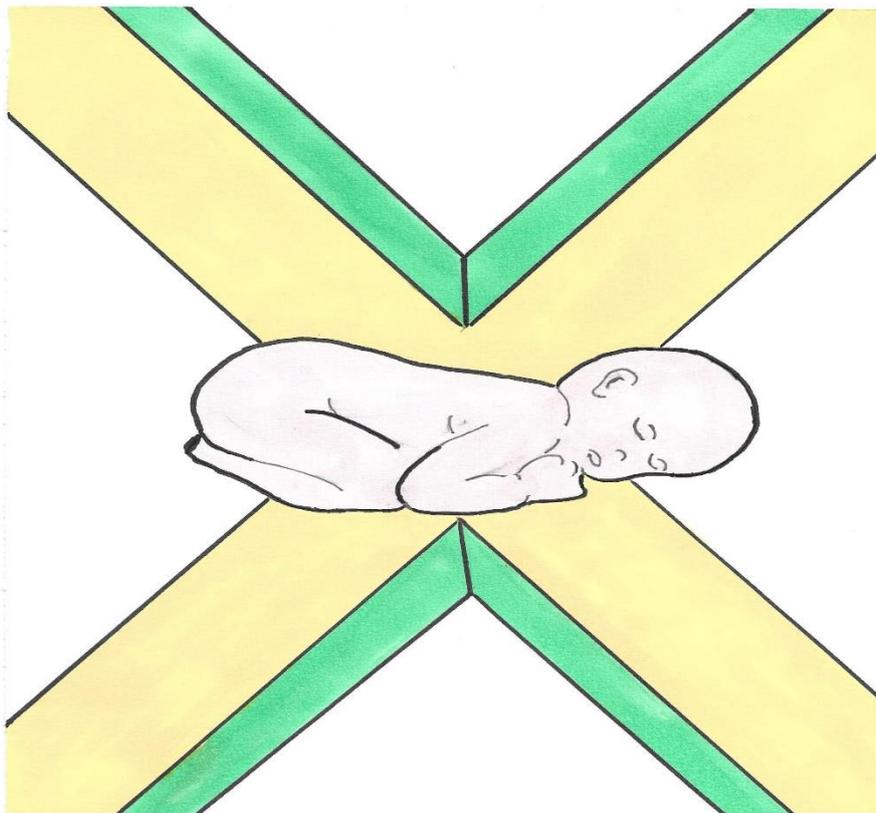
HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

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.

DUPIRE épouse DARTUS Maurine



L'Enfant Né sous le Secret



Référente : Mme Domergue
Promotion 2020-2021

Remerciements

Afin de pouvoir réaliser au mieux mon travail de fin d'étude, j'ai été accompagné, aiguillé, rassuré et surtout soutenu par de nombreuses personnes. J'ai été encouragé tout au long de cette année de formation intense, enrichissante par mes proches, mes amis et mes formateurs.

Tout d'abord je tiens à remercier Mme Domergue pour son encadrement, sa bienveillance mais surtout pour sa patience à l'élaboration de mon mémoire. Merci aussi à Mme Vantourhnoudt et Mme Rouzé pour leur accompagnement durant cette année qui a été pour tout le monde un peu compliqué dû à la crise sanitaire, mais toujours là avec le sourire et la bonne humeur.

Merci à mon mari qui m'a permis de vivre mon rêve afin d'être épanoui dans ma vie professionnelle et de faire pour moi le plus beau des métiers. Merci pour son soutien et sa force qu'il m'a donné tous les jours, merci à mes deux merveilleux petits garçons d'avoir cru en moi et de m'avoir apporté encore plus d'amour dans cette année très spéciale.

Merci à mes parents d'avoir toujours été là pour moi, de toujours me redonner le sourire lors des baisses de moral, merci d'avoir été là pour les garçons et d'avoir veillé sur eux afin que je d'être sereine pour mes études. Merci aussi à mes frères pour leur soutien et leur encouragement au quotidien. Et pour finir merci à mes amis et collègues d'avoir été aussi présent.

Merci à toutes et à tous.

I. Introduction

Pour mon projet professionnel de Puériculture, j'ai décidé d'étudier le thème de l'enfant « **Né sous le secret** ». Ce sujet a été une évidence pour moi, car j'ai vécu cette situation durant mes études d'infirmière il y a 12 ans. Cette expérience, m'avait fortement touché car on m'avait demandé de m'occuper de nouveau-né comme-ci j'étais sa maman et je me suis sentie désemparée face à cet enfant « né sous le secret » (je ne savais pas quoi faire à cette époque).

Je me suis donc documentée sur le sujet et la première motivation qui m'a poussé à l'étudier c'est qu'à ce jour « des enfants nés sous le secret a toujours été tabou¹ en France ». « Incomprises, souvent jugées, parfois méprisées, ces femmes qui accouchent sous X sont encore souvent considérées comme de mauvaises mères pour avoir osé l'inconcevable : Abandonner leur enfant² ».

Ma deuxième motivation se tourne vers un point de vue professionnel mais également personnel. En effet, rencontrant peu souvent cette situation cela présente une difficulté de posture face à ce nouveau-né. En France, par an, 625 naissances sont des enfants nés sous le secret³.

L'une des premières raisons de cette décision est l'absence du père biologique (43%). Ces naissances touchent tous les milieux professionnels : de l'étudiante à la femme au foyer ainsi que la femme active⁴. A toutes cette difficulté vient s'ajouter la découverte tardive de la grossesse : plus de huit femmes sur dix n'ont pris conscience de leur état qu'après la fin du délai légal pour une Interruption Volontaire de Grossesse en France⁵. Le déni de grossesse peut être également un motif d'abandon au moment de l'accouchement.

Il me semblait donc pertinent d'approfondir cette thématique et plus particulièrement celui de la relation soignant/soigné entre la Puéricultrice et l'enfant né sous le secret.

Je vous en souhaite bonne lecture.

1 Ouvrage anthropologie d'Agnès Fine

2 Documentaire de Nicolas Bourgoïn et Nathalie Perrier « Les Mères sous X, les mères de l'ombre »

3 <https://www.caf.fr/.../naissance/l-accouchement-sous-x-une-specificite-francaise>

4 PMA, GPA, sous X : Quelques lettres qui ne disent pas l'essentiel de Nathalie Lancelin-Huin

5 Rapport de l'Observatoire National de L'enfance en Danger (ONED) dans Le journal Le Monde Publié le 2 juin 2016 L'accouchement sous Le Secret une spécificité française

II. Constat

La situation que j'ai vécue se passe dans le service Maternité, il y a 12 ans, lors de ma 1^{ère} semaine de stage. J'étais en 2^{ème} année d'étude et c'est le premier stage que j'ai effectué pour la 1^{ère} fois auprès d'enfants. Je m'apprêtais à prendre notre poste de nuit et lors des transmissions, on me parle d'Hugo, un petit garçon « né sous le secret ». Ne comprenant pas ce terme je demande à notre tutrice ce que cela signifie : elle me répond qu'être « né sous le secret » se dit plus familièrement être « Né sous X », et là, en effet, cette appellation plus familière m'interpelle plus.

Cette situation était nouvelle pour moi, je n'avais jamais été confrontée à la naissance d'un bébé « né sous le secret ». J'ai demandé à ma tutrice, comment je devais prendre en soin ce petit garçon ? Elle m'explique que c'est un bébé que l'on garde près de nous, en lui procurant tous les soins nécessaires dont il a besoin et en lui donnant une affection plus particulière. Je lui demande à nouveau pourquoi il lui fallait une affection différente par rapport à un autre bébé ? Elle me dit que ces enfants n'ont pas la chance de tisser un lien d'attachement avec leur maman et que ce lien les aide afin d'éviter de faire la **dépression du nouveau-né** voire l'**hospitalisme**. Elle m'explique aussi que le service met en place pour ces enfants un cahier de vie qui permet de lui décrire ses journées, ses 1^{ère} fois (son 1^{er} bain, son 1^{er} biberon...) et des photos pour illustrer ces moments.

Cette situation m'a beaucoup touchée, étant étudiante, ma tutrice m'a demandé de m'occuper de ce petit garçon comme-ci c'était le bien.

J'ai ressenti un sentiment ambivalent : d'un côté la joie de pouvoir accompagner cet enfant dans ses premiers jours de vie (nous entendons par accompagnement la relation, les comportements et les soins nécessaires), d'un autre côté la peur de mal faire, peur de ne pas être à la hauteur où j'aurais préféré laisser la place à l'auxiliaire de puériculture.

Est-ce normal qu'un soignant ressente cette angoisse face à cette situation ?

Est-ce qu'un étudiant infirmier aurait ressenti les mêmes émotions que moi ?

En fait, je ne m'en sentais pas capable, ma tutrice m'a rassuré, en m'expliquant que non seulement j'étais capable mais que ça faisait partie de notre rôle d'être là pour ce petit garçon qui avait tant besoin d'affection et que pour l'instant j'étais la seule à pouvoir lui en donner.

C'est donc ce que j'ai fait durant la nuit. Je lui ai offert des moments d'attention, des gestes tels que des câlins, des caresses sur son visage, je l'avais sur moi régulièrement, beaucoup d'échange au niveau du regard, je lui chantais des petites chansons et je lui parlais beaucoup afin de le rassurer, et de le reconforter.

Après cette expérience, je gardais malgré tout un sentiment d'échec : en effet, j'avais mis tout en œuvre pour créer un lien avec ce petit garçon mais j'avais la sensation qu'à mon tour je l'abandonnais, car la fin de mon poste touchait à son terme et qu'il fallait que je rentre chez moi. Le fait de m'en occuper toute la nuit, j'avais peut-être pris mon rôle trop à cœur, et j'avais peut-être voulu pallier le lien d'attachement qu'il n'a pu créer avec sa mère biologique. Je n'avais qu'une envie c'était de garder ce petit garçon auprès de moi. Il m'a fallu beaucoup de temps pour me détacher de cette prise en soin.

Comment pouvoir apporter de l'attention à un enfant dont on sait pertinemment qu'il sera là que peu de temps ?

Aujourd'hui je peux dire que j'ai réussi à me détacher de cette situation. Le temps a fait son effet, le recul aussi m'a beaucoup aidé grâce à mon expérience professionnelle et personnelle (le temps nous fait grandir, notre travail aussi, ce qui permet de comprendre certaines situations qui nous ont parfois mises en difficulté).

En lien avec cette circonstance, j'ai rencontré une puéricultrice de PMI qui avait travaillé des années dans un service de maternité. Celle-ci me raconte une situation identique à la mienne. A ses débuts, elle a eu en soin une petite fille « née sous le secret ». C'était son 1^{er} cas et « elle se rappelle encore aujourd'hui les émotions qu'elle a ressenties telles que la colère, la tristesse, la surprise de savoir qu'un enfant puisse être abandonné dès sa naissance ». Ce nouveau-né, qu'elle a eu en soin pendant 2 jours, et pendant lesquels elle a créé un lien affectif important a été récupéré par la sage-femme de la pouponnière. La puéricultrice a eu beaucoup de mal à s'en séparer. Elle s'était trop impliquée dans cette relation, le lien d'attachement a été rompu, c'était comme un arrachement au fond d'elle, comme-ci on lui retirait une partie d'elle. Elle a eu beaucoup de mal à se remettre de cette situation. Son ressenti était de la compassion envers cette petite fille à peine venue au monde, également de la tristesse lors de son départ mais elle devait rester professionnelle et ne pas pleurer. Elle me raconte d'avoir fait la demande à sa cadre de pouvoir rencontrer une psychologue pour lui permettre à nouveau d'avancer et de se remettre émotionnellement. Après cette situation elle s'est promis de tout faire pour ne plus jamais revivre ce douloureux moment. D'après elle, nous ne sommes jamais assez préparées à vivre ce genre de situation particulière, même si le temps nous forge une carapace, nous restons des êtres humains dirigés par nos émotions et parfois il nous arrive de faillir à notre pratique qui est celle d'être un soignant.

J'ai eu aussi la chance d'avoir un entretien téléphonique avec une Puéricultrice travaillant dans une Pouponnière depuis quelques années et elle m'explique qu'elle passe par plusieurs phases : la colère, la tristesse, l'espoir (rétractation des parents) et une certaine compréhension.

Il faut savoir qu'à son arrivée, elle prend en soin l'enfant et elle devient sa référente jusqu'à son adoption. La première chose, pour elle, est de créer un lien d'attachement pour le rassurer, le sécuriser, lui assurer un bon développement. Son envie serait de lui donner de l'amour maternel, mais elle sait qu'elle doit maintenir une certaine distance affective afin de ne pas développer une « relation mère-enfant » : défi difficile à relever.

On peut se demander : quelles limites s'imposent-elles pour ne pas se substituer à la maman ? Comment pratiquent les Puéricultrices pour créer et entretenir un climat favorable à l'épanouissement du nourrisson sans prendre la place de sa future famille ?

On peut aussi remarquer qu'avec ces deux autres situations qu'il n'est pas évident de faire la part des choses entre un comportement purement professionnel et une attitude d'humanité. Comme disait la puéricultrice de pouponnière il est difficile de séparer le devoir de l'envie. J'aimerais comprendre comment les puéricultrices se protègent de l'attachement au « nouveau-né sous le secret » ?

Cette expérience a soulevé chez moi de nombreuses questions. Je me suis interrogée sur la façon d'éviter cette situation ? Est-ce que mon comportement et notre prise en soin aurait été différente si c'était un nouveau-né prématuré par exemple ? Un soignant a-t-il le droit d'éprouver de la tristesse ? Et si oui, a-t-il le droit de l'exprimer ? Comment ? Dans quelles limites ?

Je me suis également penchée sur la relation soignant/ soigné. Aujourd'hui, après 10 ans d'expérience en tant qu'Infirmière est-ce que la relation avec l'enfant « né sous le secret » serait-elle la même ?

Pour donner suite aux diverses expériences relatées, une question de départ en est ressortie :

Quelle relation soignant/ soigné la Puéricultrice peut-elle mettre en place auprès d'un enfant né sous le secret en service de Néonatalogie ?

Par cette question, j'aimerais savoir comment la Puéricultrice sépare la relation soignant de celle maternelle ? Son rôle est de s'occuper et de soigner cet enfant « Né sous X » sans s'impliquer personnellement car il n'y a pas de lien entre ce bébé et celle-ci. A la suite de ce constat est-ce que cela est vraiment réalisable ?

Deux questions me viennent à ce sujet :

Quelles relations peuvent exister entre une puéricultrice et un enfant né sous le secret ?

Faut-il réellement une relation optimale entre la puéricultrice et l'enfant né sous le secret pour son bon développement ?

Nous verrons ainsi pour y répondre : dans un premier temps, la définition ainsi que la chronologie de la naissance sous le secret, puis dans un deuxième temps les différentes relations qui peuvent s'exercer sur la puéricultrice (relation soignant/soigné, la création du lien d'attachement et l'émotion du soignant).

III. Cadre contextuel :

Pour commencer, il est important de connaître la définition de l'Accouchement sous le secret : tout d'abord il faut savoir que l'accouchement sous le secret a été légalisé en 1941. C'est un accouchement anonyme, accouchement avec abandon ou accouchement sous X renvoyant à une définition moins familière : celle de l'accouchement sous le secret, c'est à dire la possibilité pour une femme d'accoucher sans donner son identité ou avec l'assurance qu'elle ne sera jamais révélée sans son consentement.

Après avoir défini l'accouchement sous le secret, j'ai trouvé nécessaire de vous éclaircir sur les causes de l'abandon. Je mettrais en avant **l'Interruption Volontaire de Grossesse** mais également le **Déni de grossesse**.

A. L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Il me semblait important de vous expliquer que l'IVG est une des causes de l'accouchement anonyme. Il faut savoir que 8 femmes sur 10 se rendent compte trop tard de leur grossesse et qu'en France on peut avorter jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (SA) alors que dans d'autres pays tels que les Pays-Bas c'est à 22 SA, la Suède 18 SA⁶. Ne pouvant pas pratiquer l'IVG, elles décident parfois à contre de cœur (dû fait de leur religion, de leur âge...) d'avoir recours à l'accouchement sous le secret.

Il faut savoir qu'avant la Loi du 17 Janvier 1975 par Simone Veil, loi qui dépénalisait l'avortement, il y avait des avortements clandestins (1000 par jour) dans des conditions d'hygiène déplorable⁷. Cette loi s'est vue s'enrichir et les droits acquis sont mieux protégés.

Il faudra attendre le 31 décembre 1979 pour que l'avortement soit définitivement légalisé.

A partir de 1983, l'IVG sera remboursée par la sécurité sociale.

En juillet 2001 : le délai légal de l'IVG passe de 10 semaines de grossesse à 12 semaines de grossesse soit 14 Semaines d'Aménorrhée. Il n'est plus nécessaire aux mineures d'avoir la signature de leurs parents mais juste un accompagnant majeur.

En France, toutes femmes enceintes, qu'elles soient majeures ou mineures, ne souhaitant pas poursuivre une grossesse, peuvent faire ce que l'on appelle l'Interruption Volontaire de

⁶Article Avortement enEurope : Quels sont les délais respecter ? par ALhéna Domela

⁷FranceInfo : Loi sur l'avortement de Simone Veil (Emilie Gautreau 30-11-2017)

Grossesse ou appelé plus couramment l'Avortement. La pratique de l'avortement est réglementée, les méthodes (médicamenteuse ou instrumentale) utilisées dépendent du délai légal maximal :

- Par la méthode médicamenteuse pouvant se pratiquer en ville, l'IVG s'effectue jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, elle peut être pratiquée par un gynécologue ou sage-femme ayant la convention.
- Par la méthode médicamenteuse pouvant se pratiquer à l'hôpital, l'IVG s'effectue jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée.

C'est le spécialiste qui décide avec la patiente. Il faut savoir qu'il y a deux prises de médicaments à 48h d'intervalle : le premier qui arrête l'évolution de la grossesse et le deuxième qui donne les contractions puis permet d'évacuer l'œuf (Méthode efficace à 95%).

- Par la méthode instrumentale ou chirurgicale, cela se fait obligatoirement si les 9 semaines d'aménorrhée sont dépassées, il est fait uniquement dans un établissement de santé public ou privé et par un médecin. C'est une méthode qui se fait dans un bloc opératoire avec une anesthésie (locale ou générale) et qui permet d'aspirer le contenu de l'utérus.

Quelle que soit la méthode choisie, les frais relatifs à l'IVG sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Simone Veil revendique ce droit afin de pallier les avortements clandestins. La contraception fait d'énorme progrès : la pilule est mise au point par Gregory Goodwin Pincus en 1956 et le stérilet progresse.

B. Le Déni de grossesse

Le terme de « déni de grossesse⁸ » apparaît pour la première fois en 1976 par Ary et Simone Bécache.

Selon Jacques Dayan et Benoit Bayle psychiatres⁹, les négations de grossesses comprennent les différentes formes de non-reconnaissance de l'état de la femme enceinte : le déni, la dissimulation et la dénégation de grossesse.

Déni de grossesse : Pour Dayan¹⁰, il parle du déni comme « d'une grossesse inconsciente, conduisant la femme, souvent tardivement et brutalement, à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail, voire seulement de la naissance ».

Il nous explique aussi qu'il y a deux types de déni de grossesse :

- Le déni partiel : on prend conscience de sa grossesse avant d'accoucher.
- Le déni total : c'est « la persistance jusqu'aux premières heures du travail voire jusqu'à la délivrance » explique Dayan¹¹

A la suite de cela la maman doit être prise en charge médicopsychologiquement. Celle-ci doit être rapide et fondamentale.

La psychiatre Miller¹² tente de classer le déni en différents groupes :

- Le déni affectif : la femme a connaissance de sa grossesse mais n'a pas la signification émotionnelle et les changements comportementaux habituellement présents.
- Le déni persuasif : c'est un déni complet, aucun signe physique ou psychique ne transparait.
- Le déni psychotique : il survient chez les femmes atteintes de maladies psychiatriques de type psychose (schizophrénie, troubles bipolaires...)

La dissimulation : la femme se sait enceinte très tôt mais elle le cache par tous les moyens à son entourage, pour des raisons religieuses ou par peur du rejet...

8Bécache A., Bécache S., « un déni de grossesse : aperçus psychodynamiques » in Lyon Médical, 235/1, 1976, p. 39-41

9Déni et négation de grossesse : une revue de la littérature par sarah seguin, bernard golse et gisèle apter dans la psychiatrie de l'enfant 2013/1 vol 56 caim

10Déni et négation de grossesse : une revue de la littérature par Sarah Seguin, Bernard Golse et Gisèle Apter dans la psychiatrie de l'enfant 2013/1 vol 56 Caim

11Livres le déni total c'est « persistant jusqu'aux premières heures du travail voire jusqu'à la délivrance »

12Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial par Vellut N et Cook J.M en 2012 p554

La dénégation : il faut savoir différencier le Dénî de la Dénégation, cette dernière est « un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, ses pensées, ses sentiments jusqu'ici refoulés, cette dernière continue à s'en défendre en niant qui lui appartiennent » selon Laplanche et Pontalis¹³. Et pour Freud c'est un mécanisme de refoulement.

Nous verrons à travers mes recherches que l'Abandon a toujours existé :

Dans l'antiquité grecque et romaine, les familles abandonnaient les enfants souvent devant un temple pour que ces derniers puissent être recueillis. Le père avait le droit de vie et de mort sur ses enfants, ce fait disparaîtra en 374 après Jésus Christ.¹⁴

A partir du 4ème siècle, l'infanticide et l'abandon furent condamnés. Dans notre pays, l'accouchement anonyme et par conséquent l'abandon de l'enfant, la condamnation sociale et religieuse des naissances hors mariage ont une longue histoire.

En Aout 1552, on trouve un arrêté qui stipule que ces enfants abandonnés seront protégés.

En 1556, Henri II rend obligatoire la déclaration de grossesse et de l'accouchement. Si la femme venait à ne pas se plier à ces deux règles, elle serait alors suspectée d'infanticide et punissable de mort. Cet arrêté restera en vigueur jusqu'en 1791¹⁵.

A partir du 18ème siècle, l'abandon étant en nette augmentation, Saint Vincent de Paul décide de mettre en place l'usage du tour : sorte de tourniquet placé dans le mur d'un hospice. La mère déposait l'enfant, sonnait une cloche, une personne faisait basculer le tour et récupérait le nouveau-né. L'Eglise institue la maternité secrète sous le règne du Pape Clément 14 en 1774¹⁶. Le Décret-Loi du 28 Juin 1793 adopté par la convention, oblige la nation de prendre « L'éducation physique et morale des enfants connus sous le nom d'enfants abandonnés, prenant le nom d'Orphelin », de même que la dotation, pour chaque district, d'une maison où « la fille enceinte pourrait se retirer secrètement pour faire ses couches ». La prise en charge matérielle de la mère, les frais de gésine et tous les besoins pendant son séjour sont garantis et cela jusqu'à ce qu'elle soit complètement rétablie. Cette loi exige que « le secret le plus inviolable soit conservé sur tout ce qui la concerne ».

¹³Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature. Seguin, Golse, & Apter, 2013, p. 267 Art Cairn

¹⁴Quilles Yvonne : L'abandon à la naissance, un acte responsable=> « Revue Enfants d'Abords » Mars 1190- n°139 pages 14-23

¹⁵Livre Catherine Bonnet geste d'amour, l'accouchement sous X

¹⁶Livre Catherine Bonnet geste d'amour, l'accouchement sous X

A partir de 1860, le « tour » se verra remplacé par « un local ouvert de jour et de nuit », appelé plus tard « bureau ouvert » 24h sur 24h, qui aura pour but d'encourager les femmes à garder leurs enfants en leur proposant des moyens de secours. En 1880, l'obstétricien de renom Adolphe Pinard crée une œuvre d'assistance familiale à la femme enceinte dénommée « La Mère ». Elle est chargée d'accueillir en secret, dans des refuges asiles, plusieurs milliers de femmes enceintes par an¹⁷.

A partir des années 1890, le sénateur Paul Strauss institua des refuges ouvroirs appelés « Maternités secrètes ». Ils ont pour mission d'accueillir secrètement les femmes et de les aider, lorsqu'elles sont seules à élever leurs enfants¹⁸.

Début du 20ème siècle, la Loi du 27 Juin 1904 permet le secret de la naissance des enfants pour réduire l'abandon : le secret de l'abandon est ainsi institué. L'assistance publique multiplie les centres nourriciers, visant à prévenir des abandons et créer des maisons maternelles qui ont pour but d'accueillir les mères et leurs bébés à la sortie de la maternité. En 1970, malgré la pilule, et la réglementation de l'Interruption Volontaire de Grossesse, des grossesses non désirées se développent encore. En Juin 1984, une Loi remplace le terme « d'abandon » par celui de « remise aux services de l'aide social à l'enfance en vue d'une admission comme pupille de l'Etat¹⁹ ». Plus tard « l'accouchement sous X » devient « l'accouchement sous le secret »²⁰

Sur le plan législatif, j'ai vu tout au long de ces années évoluer les textes juridiques qui permettent de protéger l'enfant, tout en lui permettant, si la mère le désire, de connaître ses origines.

Le décret-Loi de septembre 1941 est souvent considéré comme étant à l'origine de l'accouchement sous le secret en France. Il tend l'obligation aux maternités créées dans le cadre du « Code de la famille », d'accueillir gratuitement les femmes enceintes qui demandaient à accoucher sous le secret, en veillant à assurer à la mère les soins nécessaires. Ce texte sera plusieurs fois repris dans différents décrets et modifié notamment par les lois du 8 janvier 1993 et enfin par la loi du 22 janvier 2002.

¹⁷L'accueil et l'adoption des enfants au fil de l'histoire avril 2013

¹⁸L'accueil et l'adoption des enfants au fil de l'histoire avril 2013

¹⁹Art 61 du Code de Famille et de l'aide social : LegiFrance

²⁰En vertu des art 47 du code de la famille et de l'aide sociale et 341-1 du code civil

Le décret du 29 Novembre 1953 confirme l'accouchement sous X. Il est complété par la loi du 6 Janvier 1986 qui institue l'Art 47 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, selon lequel le secret de l'accouchée doit être respecté lorsque celle-ci le demande. Ainsi, la mère peut demander lors de son admission dans un établissement hospitalier que son identité soit préservé¹⁰. Aucune pièce d'identité n'est alors exigée et aucune enquête n'est entreprise.

La déclaration de naissance doit être faite dans un délai légal par le personnel soignant qui a assisté à l'accouchement et aucune mention sur le registre d'état civil du nom de la mère, ni du père sauf si ce dernier se fait connaître. La mère peut donner les prénoms à l'enfant si elle le souhaite, si ce n'est pas le cas, on lui choisira trois prénoms dont le dernier tiendra lieu du nom de famille.

L'enfant sera recueilli par les services de l'Assistance Sociale à l'Enfance ou en pouponnière et un procès-verbal sera alors établi¹³. Il comportera le consentement à l'adoption de la mère ou des deux parents ainsi que la mention des informations qui ont été laissés par la maman ou par les parents.

La reconnaissance de paternité¹⁴ : le 7 avril 2006, la Cour de cassation a décidé que si le père reconnaît l'enfant avant sa naissance, la reconnaissance ne pourra être remise en cause et le pouvoir de consentir à l'adoption appartiendra au père biologique, et non au Conseil de famille.

La femme dispose d'un délai de rétractation de 2 mois²¹ à l'issu duquel l'enfant deviendra « Pupille de l'Etat »¹⁶ et pourra être placé en vue d'une adoption plénière²².

Il faut savoir qu'après plusieurs rapports fait à ce sujet, que la quête des origines est une étape naturelle et surtout nécessaire dans la construction future de l'enfant.

Il a été remarqué que de plus en plus d'enfants qui étaient nés sous le secret recherchaient leurs origines, ce qui a abouti à la loi Mattéi du 5 juillet 1996²³, cette loi ne supprime pas la possibilité de demander le secret mais apporte des aménagements : elle institue un droit relatif, qui dépend de la volonté de la mère et non un droit absolu de connaître ses origines.

La dernière réforme est la loi relative à l'accès aux origines²⁴ initiée par la ministre de la Famille Ségolène Royal ; elle crée une instance : le conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP), dont la mission est de faciliter l'accès aux origines des personnes adoptées ou

²¹Legifrance Article 348-3 Loi n°2010-1609 du 22-12-2010 art 28

²²Legifrance Article 351 Loi n°96-604 du 5 Juillet 1996- Art 9 JORF 6-07-1996

²³Legifrance Loi n°96-604 relative à l'adoption

²⁴Legifrance Loi n°2002-93 du 22-01-2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat

« Pupilles de l'Etat ». Ainsi, la femme qui ne veut pas établir de filiation peut cependant laisser son identité sous pli cacheté. L'enfant pourra alors demander au CNAOP, lui seul sera habilité à ouvrir l'enveloppe afin de rentrer en contact avec la mère.

Cependant, la levée du secret sera toujours soumise à sa seule volonté ; la mère doit en effet donner son accord pour lever le secret, mais peut également choisir de maintenir son identité secrète même après sa mort. La levée du secret ne crée bien sûr aucune filiation avec les mères biologiques.

Il est à noter qu'une femme qui ne veut pas établir de filiation, n'est pas obligée d'accoucher dans le secret et peut quand même laisser son identité « ouvertement », l'enfant pourra y accéder plus tard. De même, l'accouchement dans le secret ne doit pas être confondu avec la demande de confidentialité dont peut bénéficier toute personne hospitalisée.

C. Les troubles psychologiques :

Durant mes recherches, j'ai pu remarquer que l'enfant né sous le secret pouvait être atteint de deux différents troubles psychologiques ayant un impact important sur son bon développement si nous ne faisons rien.

1. La dépression du nourrisson :

Cette notion de dépression du nourrisson a été conceptualisée dès 1946 par le psychanalyste René Spitz. Cela est dû souvent à une rupture du lien d'attachement avec la mère causé par la séparation ou de la perte. Cette rupture est dû par la pauvreté de l'interaction, l'absence ou le peu d'harmonisation affectif. Si cette situation venait à se prolonger cela serait préjudiciable à l'enfant. Il est important de savoir repérer les signes d'alerte dans le but de prévenir ce trouble. Il y a les signes psychosomatiques (trouble alimentaire, trouble du sommeil, arrêt de croissance...) et les signes comportementaux (un bébé sans pleur, sans larme, lenteur gestuel...) ces signes-là peuvent montrer la détresse du bébé face à la séparation entre lui et sa mère.

« Qu'il soit difficile d'accepter qu'un bébé ait une vie psychique, que ce nouveau-né puisse déjà ressentir de la douleur, des sensations de mal être. Si on admet l'idée qu'un bébé peut éprouver du plaisir donc il peut être amené à éprouver du déplaisir. Si ce mécanisme est dit passager cela fait partie du développement normal du bébé mais si cela est permanent on dit que le bébé est déprimé. » d'après le psychiatre Pierre Delion.

2. L'hospitalisme²⁵ :

Il désigne un syndrome de régression mental que développent les jeunes enfants séparés de leur parent. Le meilleur remède reste l'attachement afin de l'aider à se développer correctement.

La solitude des enfants en pouponnière d'après-guerre rendait ces jeunes enfants malades, tant physiquement que psychiquement.

L'enfant en manque d'affection passe par différents stades :

- 1^{er} mois : il pleure, il cri et cherche le contact,
- 2^{ème} mois : il dort mal, il perd du poids et sa croissance se ralentit,
- 3^{ème} mois : il semble indifférent et ne témoigne plus d'intérêt ni pour les personnes, ni pour l'entourage.

A l'époque, la psychologie des enfants n'était pas présente dans les diagnostics dans le mal-être des bébés. On pensait que leur comportement était dû à leur hérédité (parents alcoolique, syphilitiques ou retard mentaux).

Tout cela fut réfuté par la découverte de l'hospitalisme que l'on doit notamment à René Spitz (psychanalyste Hongrois). Les psychologues ont constaté que l'hospitalisme était réversible, lorsque l'enfant retrouvait une stabilité affective, ils constataient une amélioration de son état. Mais il reste cependant des étapes de séparations plus graves, entre le 6^{ème} et le 15^{ème} mois.

Aujourd'hui, l'hospitalisme se fait plus rare car les professionnels se montrent plus vigilant et prennent en compte l'importance de l'attachement²⁶.

L'enfant « né sous le secret » est un enfant calme, hypotonique, qui ne pleure pas beaucoup voire pas du tout, cela m'a été rapporté par plusieurs pédiatres de néonatalogie, comme-ci il voulait se faire oublier. J'ai essayé de comprendre pourquoi il se comportait ainsi et j'ai donc rencontré un Pédiatre d'un Centre Hospitalier qui me disait « que les enfants nés sous le secret se faisait discret dans leur comportement car durant la grossesse ils n'étaient pas désirés et que c'était leur façon à eux de s'effacer. C'est pour cela qu'il est important de lui apporter de l'affection, lui permettant un meilleur développement ».

²⁵Documentaire L'Hospitalisme : Selon René Spitz France 5 présente par le Dr Cymenes

²⁶Reportage du Dr Michel Cymes sur France 5 le 24-03-2010 : Hospitalisme syndrome des pouponnières

Après une naissance lors d'un accouchement sous le secret, l'enfant sera accueilli en Néonatalogie pour ne pas se retrouver dans le même service que sa mère quand cela est possible. Pour mieux comprendre ce service, je pense indispensable de vous expliquer le fonctionnement de celui-ci et le rôle de la Puéricultrice face à la prise en soin de cet enfant. Il est vrai que nous, personnel soignant, nous sommes rarement confrontés à la naissance sous X. La difficulté de ces naissances est de trouver un juste milieu affectif afin d'aider au mieux l'enfant et d'éviter qu'il ne développe des troubles psychologiques.

D. Service de néonatalogie :

Du début du 19^{ème} siècle jusqu'aux années 1950, les soins des nouveaux nés étaient réservés aux obstétriciens. En 1963, le docteur Shaffer crée une nouvelle spécialité « la néonatalogie ». Cette dernière concerne la médecine du fœtus et du nouveau-né (prévention des détresses respiratoires, complications cérébrales, traitement des ictères...). De nouveaux services sont créés dans le même espace afin qu'obstétriciens et pédiatres puissent se concerter.

C'est à partir de 1815 que l'on commence à peser les nouveau-nés car on s'aperçoit que ces enfants perdaient du poids dans les premiers jours. On s'aperçoit aussi que le refroidissement est une cause importante de mortalité. Le docteur TARNIER créa la première couveuse en 1878, qui fût améliorée en 1893 par le Docteur BUDIN qui les installa dans le service de néonatalogie. Ces couveuses furent munies de parois en verre pour mieux voir le prématuré, cela a été mis en place par Madame HENRY, sage-femme.

Aujourd'hui, le service de médecine néonatale prend en charge des nouveau-nés à partir de 24 SA ou un poids égal à 500 grammes²⁷ avec un taux de survie de 80%. Ce taux est dû à l'évolution et au progrès de la médecine. Lors de l'hospitalisation, l'enfant est examiné par différents spécialistes, le but est de diagnostiquer précocement des anomalies (neurologue pour hémorragie intra ventriculaire détecter par échographie trans-fontanelle, ophtalmologue pour la rétinopathie, cardiologue pour trouble du rythme vu au scope puis diagnostiquer à l'électrocardiogramme...). Ce service permet en plus de créer le lien entre les parents et leur enfant afin de les autonomiser dans la prise en soin de leur bébé.

²⁷Article Cairn Néonatalogie et réanimation de Pierre Henri Jarreau dans Laennec 2009/4 Tome 57 page 8 à 21

Toutes ces avancées, ces recherches ont permis à ce jour de prendre en soin l'enfant né prématuré dans sa globalité.

Le service de néonatalogie accueille aussi les enfants nés sous le secret afin qu'ils ne se retrouvent pas dans le même service que leurs mères, car ces nourrissons nécessitent parfois aussi des soins. Puis, par la suite ils seront pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance.

E. Mission de la Puéricultrice :

La Puéricultrice en néonatalogie est spécialisée dans la prise en soin du nouveau-né atteint de différentes pathologies mais aussi des nouveau-nés sains (enfant né sous le secret).

Les tâches de la puéricultrice en néonatalogie sont multiples : toilettes, alimentation, administration de médicaments, réalisation de soins invasifs, installation de perfusions, placement de pansements, prélèvement de sécrétions... Le tout en utilisant un matériel adapté et en étant particulièrement attentive aux réactions de l'enfant.

La puéricultrice a aussi un rôle social important, celui de soutenir psychologiquement l'enfant et sa famille si il en a une. Cela passe notamment par un important travail d'information en expliquant la maladie et les soins qui lui sont prodigués. L'enfant est un être à part entière, il est donc important de lui faire part de nos moindres faits et gestes même si c'est un nouveau-né. Elle met en place un climat de confiance qui est nécessaire au bon déroulement des soins. La puéricultrice en néonatalogie prend donc en soin le nouveau-né dans sa globalité, tant au niveau des soins que dans l'approche psycho-sociale. Elle joue aussi le rôle de référente dans les relations avec les autres professionnels qui interviennent auprès du nouveau-né.

Après sa naissance, l'enfant né sous le secret arrive en néonatalogie en attendant son placement familial. L'enfant est dit hébergé, il sera surveillé et soigné si son état le nécessite. Si la mère le désire, elle peut s'occuper de son enfant durant son hospitalisation, lui rendre visite autant de fois qu'elle le veut et même participer aux soins. Nous pouvons lui faire des photos de son bébé si elle le souhaite. Cependant si ce n'est pas son souhait, ce sont les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture qui vont veiller sur lui, c'est-à-dire lui prodiguer les soins qui sont nécessaires pour son bon développement (bains, alimentation, câlins, donner de l'attention). Selon la durée du séjour en Néonatalogie le personnel crée un album photo et un cahier appelé « le journal de vie » afin de lui permettre de se construire des souvenirs, celui-ci sera remis à la

Sage-femme du placement Familial lors de la sortie de l'enfant. Il est important durant son séjour d'assurer et de lui permettre de créer le lien d'attachement pour l'aider à bien se développer tout au long de sa vie.²⁸

Pour ce qui est de la déclaration de naissance, celle-ci est faite une fois que la mère a quitté la maternité, c'est-à-dire au 3^{ème} jour. Il faut savoir que la maman peut lui donner un, deux ou trois prénoms, si ce n'est pas le cas se sont les sages-femmes qui lui donnent trois prénoms et le dernier sera son nom usuel. Ensuite l'enfant est remis à la sage-femme du Conseil de famille, soit il va en pouponnière, soit en famille d'accueil.

La maman peut aussi accompagner son enfant tout au long de son hospitalisation et le garder près d'elle en maternité, ou alors elle peut lui rendre visite en service de médecine néonatale accompagnée de la référente de l'accouchement sous le secret (sage-femme, puéricultrice).

Il est important de savoir que la mère a un délai de rétractation de deux mois. Une fois ce délai passé, l'enfant sera mis à l'adoption²⁹.

F. Tranche d'âge observé :

Il aurait été intéressant d'observer l'enfant de la naissance à un an, mais en service de médecine néonatale, l'enfant né sous X est hospitalisé de la naissance à 1 mois voire 3 mois selon sa pathologie mais aussi selon le protocole du service.

Nous allons voir le développement affectif-social, cognitif et sensoriel-moteur pour nous aider à comprendre l'évolution de l'enfant.

Le développement sensori-moteur : Jean Piaget, psychologue³⁰ proposa une théorie complète mettant en évidence le stade sensori-moteur (0 à 2 ans). Cela correspond au développement et à la coordination des capacités sensorielles et motrices, cette théorie est liée à l'action (intelligence pratique). Cette période correspond aux activités dites réflexes innés (suction, grasping, marche automatique...) l'enfant découvre son corps en prenant conscience de ses sens.

²⁸Article rencontre à la maternité avec des femmes ayant accouché sous X et accompagnement du bébé de la naissance à l'adoption de Guylaine Coudert et Noella Baron page 73-75

²⁹Article Rencontre à la maternité des mères qui accouchent sous X page 75 de Guylaine Coudert et Noella Baron

³⁰La naissance de l'intelligence chez l'enfant, Delachaux et Niestlé p 8-12

A ce stade, apparaît les premières habitudes par la répétition de certains comportements qui lui permettra d'avoir des représentations mentales : l'association d'un objet à une personne afin de combler le manque par exemple de sa maman qui n'est pas dans la pièce.

Ensuite vient l'émergence du langage, c'est la période pré-linguistique. Cette période est basée sur les cris et les pleurs afin de se faire comprendre, cette façon lui permet de communiquer et d'établir une relation avec son entourage. Dès l'âge d'un mois, l'enfant est capable de distinguer la voix humaine des autres sons. Dès 3 mois, l'enfant se met à babiller. Grâce à ces différentes formes de langage, l'enfant développe sa communication et son langage afin d'acquérir la parole grâce aux émotions (joie, tristesse...) ³¹.

Le développement affectif, cognitif et social permet à l'enfant de devenir autonome et de communiquer avec l'extérieur. Dès la naissance, l'enfant apprend à son rythme.

- Le développement affectif permet à l'enfant de ressentir de l'émotion, de s'exprimer et de pouvoir trouver des réponses à ses propres besoins. Ces différentes réponses venant de son entourage permettent à l'enfant d'organiser ses émotions qui sont au début indifférencié.
- Le développement social permet à l'enfant d'interagir avec le monde extérieur, en souriant, en suivant du regard les visages qui lui sont familiers. Il communique en émettant des petits bruits, des sons. Sa mère reste son centre d'intérêt, il se calme plus facilement lorsqu'il est dans ses bras.

On peut remarquer que le développement de 0 à 2 ans est un développement à la fois complexe mais aussi rapide dans la mise en place.

³¹Stades Freud, Piaget, Wallon site www.psychologue.fr

IV. Cadre conceptuel

A. La relation soignant/soigné

C'est une relation entre deux personnes ayant un statut différent : la personne soignée et le professionnel de santé. C'est ce qu'on appelle une relation bilatérale asymétrique.

Cette relation a pour but d'aider et de soutenir la personne soignée jusqu'au retour de son autonomie. Elle repose sur trois attitudes : l'engagement du soignant, sa disponibilité et son objectivité vis-à-vis du soigné.

1. Différentes relations du soignant/soigné

La relation de civilité intervient en dehors du soin et nous oblige à utiliser des codes socio-culturels, c'est-à-dire : être poli, se présenter, être courtois... On ne fait pas toujours attention à ces codes mais quand ils sont absents, cela laisse à penser à un manque de respect, d'impolitesse ce qui peut avoir des conséquences sur la prise en charge.

Ensuite, nous verrons la relation fonctionnelle qui pour plusieurs psychologues, notamment Siebert et Le Neurès « correspond à une relation d'investigation dans laquelle le soignant part à la recherche d'informations qui lui permettra de définir la meilleure prise en charge du patient »³².

Après, vient la relation de compréhension basée sur l'empathie. Elle passe par une écoute attentive afin de pouvoir dédramatiser le soin et la situation.

Et enfin, la relation d'aide basée sur le soin relationnel. C'est une technique d'entretien qui utilise la reformulation, les interventions dites verbales et non-verbales. Selon Mr Manoukian et Mme Massebeuf « aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné »³³. Elle permet de rassurer et de reconforter le patient mais également de l'aider à accepter la maladie.

³²Article Soins relationnels. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson 2011

³³Livre d'Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf 2001 « La relation soignant-soigné » page 45-47 et 48

2. Interaction soignant-bébé : Relation de référence

Lors de mes lectures, j'ai pu remarquer que moins il y avait de soignant et meilleure serait la prise en soin du nouveau-né avec la désignation d'une figure de « Référence ». Ce qui permet une relation plus individualisée.

Des recherches effectuées par plusieurs psychologues, tel que Bowlby, nous permet de comprendre l'importance de la référente pour ces enfants séparés de leurs figures maternelles, pouvant impacter son état si celle-ci n'existait pas. Cette « figure de référence » permettra au nouveau-né de continuer son bon développement. Il explique que cette référence qui assure les soins maternels permettrait d'atténuer la détresse du nouveau-né. Selon Lisa Batista, psychologue clinicienne, « la nécessité de la continuité d'une présence maternelle dans les premiers mois de la vie, et que si cet enfant n'a pas cette ressource entre 0 et 2 mois il pourrait se laisser mourir³⁴». Il est vrai qu'il est difficile pour les soignants de faire face et de trouver une solution à ce problème. C'est pour cela que Lisa Batista aimerait mettre en place une capacité de portage psychique pour le bébé, en utilisant aussi des entraînements et des formations pour le personnel afin de pouvoir palier et arriver à faire face à cette difficulté.

D'où l'importance de cette relation qui procure un intérêt, un privilège et une sérénité affective importante. Cette référente qui crée une continuité prend en soin dans la globalité l'enfant, elle lui réalise son cahier de vie (album photo, description de ses journées, de son évolution, l'achat de ses vêtements, des cadeaux de Noël, anniversaire...). Elle participe aux instances de réunion en ce qui concerne l'enfant et à l'élaboration d'écrit le concernant. Tout enfant a un besoin vital naturel d'attachement pour se construire et se différencier. Les marques de ce lien d'attachement sont présentes dès la venue de l'enfant et s'enrichissent avec le temps. Grâce à la répétition d'une expérience dite positive, qui permet de satisfaire des besoins et qui offre les meilleures conditions de construction de ce lien.

Pour qu'un enfant puisse se construire à son rythme, être aidé dans un développement harmonieux, il lui faut être soutenu dans la continuité par une personne référente et par la relation qu'il l'entretien avec elle, selon Emmi Pikler (pédiatre)³⁵. Elle explique également que la relation qui relie l'enfant au soignant est de nature différente à la relation parentale³⁶.

³⁴Art Maternage et son évolution contemporaine dans les pouponnières par Margot Violon et Jacqueline Wendland

³⁵Art Origine et concept de la théorie de l'attachement de Romain Dugravier

³⁶Les relations professionnels enfants dans les pouponnières. La notion de référence Art Cairn Psychiatrie de l'enfant 2014/2 Vol.57 pages 581 à 616

Pour bien faire la différence entre l'amour d'une mère et l'amour de la référente et ainsi mieux comprendre dont il s'agit, on peut dire « la mère soigne son enfant parce qu'elle l'aime et la référente aime l'enfant parce qu'elle le soigne ³⁷ ».

On peut également évoquer Winnicott qui nous explique : : « ce qui compte pour un enfant petit, c'est la qualité du maternage qui lui est proposé ». Il souligne aussi que le maternage doit être investi par l'adulte envers l'enfant de manière suffisante et surtout constante.

La bonne distance dans leur relation doit être mise en place correctement, car la référente est bien une figure de référence et non une figure maternelle. La référente symboliquement passe le relais à ses collègues de son équipe pour assurer la continuité de la prise en soin. Il faut savoir que la préparation au départ est essentielle que ce soit pour l'enfant mais aussi sa référente. Selon Bernard Martino : « à l'inverse du comportement maternel, prioritairement dicté par les ressentis de la mère, le personnel soignant doit être capable de prendre de la distance face à la pente naturelle de leurs émotions pour faire preuve de contrôle, de mesure, dans le ressenti et l'expression d'affects et de sentiments. Ceci est mis en place pour que l'enfant arrive à concevoir la fin de cette relation comme une distanciation et non comme une rupture, une énième séparation qui pourrait l'amener à se détacher du monde social³⁸».

Il est essentiel que dans cette relation, il y ait la juste proximité dès la première rencontre pour préserver l'enfant mais aussi la Puéricultrice car cette relation sera transitoire. Mais malgré cette juste distance, elle reste capitale pour la création du lien d'attachement que nous verrons dans la deuxième partie.

³⁷Livre Szantos Feder 2002 p 162

³⁸Art Maternage et son évolution contemporaine dans les pouponnières par Margot Violon et Jacqueline Wendland

B. Lien d'attachement

C'est une relation qui se met en place dès la naissance entre l'enfant et ses parents. Elle est basée sur une proximité, une disponibilité et enfin l'accessibilité d'une personne. Cette relation est pour l'enfant un sentiment de sécurité et de protection, mais surtout elle permet aussi un bon développement psychologique et physique.

1. Les 4 styles d'attachements

Il est important de savoir que durant la première année de vie d'un enfant, le lien d'attachement se fait aux réponses apportées par ce qu'on appelle les figures d'attachement. Si celles-ci ne répondaient pas à ces attentes cela aurait un impact dans la survie du nouveau-né. Nous allons voir grâce à Bowlby, fondateur de la Théorie de l'attachement, l'importance de celle-ci, sa collaboratrice Mary Ainsworth³⁹ a défini les différents styles d'attachement. Cela permet de mettre en évidence la réponse adéquate des parents, aux signaux de stress et aux besoins de l'enfant. Cette théorie a permis d'éclaircir le comportement de l'enfant avec ou non la présence de ses parents.

En premier nous avons la notion d'attachement Sécure : c'est un enfant qui a une bonne estime de lui, il est capable de faire appel à la figure d'attachement quand il en a besoin. L'enfant sait montrer son mécontentement lors de la séparation mais accueille sa maman avec le plus grand des bonheurs lors de son retour.

Ensuite nous avons l'attachement dit Insécure évitant : l'enfant maîtrise ses émotions avec peu d'interaction avec la figure d'attachement, il cache sa détresse émotionnelle car il considère qu'on ne peut pas faire confiance aux autres. Il essaie de garder le contrôle lorsqu'il est effrayé afin de réduire ses signaux de détresse envers ses parents. Cet attachement présente une pseudo-indépendance.

Puis l'attachement d'Insécure ambivalent ou résistant : l'enfant se montre ambivalent lors d'une situation de stress, c'est-à-dire qu'il va résister au besoin d'être réconforté. Lors de la séparation il manifeste de la détresse en mélangeant une recherche de contact et de rejet coléreux engendrant la difficulté à être réconforté.

Et pour finir nous verrons apparaître en 1986 l'attachement Désorganisé établi par Mayr Main⁴⁰ : c'est un comportement instable, l'enfant n'arrive plus à faire le lien entre ses émotions

³⁹Art Origine et concept de la théorie de l'attachement de Romain Dugravier

⁴⁰Art la théorie de l'attachement ; pour le meilleur et pour le pire par Violaine Pillet dans Dialogue 2007/1 (n°175) pages 7 à 14

et sa vie affective. Il s'agit souvent d'enfant victime de maltraitance ou témoin de violence (figures d'attachement qui sont-elles mêmes terrifiées). Les parents sont en incapacités de jouer leur rôle de protecteur lors des besoins de leurs enfants. Dans cet attachement le parent réagit à la peur de son enfant étant lui-même effrayé : appelé peur sans solution.

Ces différentes catégories d'attachement sont des stratégies adaptatives sans conséquence psychopathologique. Cependant il est évident d'avoir des stratégies d'attachement sécurisées qui est un facteur de protection contre l'adversité. Ces enfants explorent leur environnement plus librement, ils régulent mieux leurs émotions lors d'événements de vie stressants. Le travail de Mary Ainsworth permet de considérer ces différents styles comme des facteurs de risque ou de protection.

2. Construction du lien d'attachement

Le processus d'attachement est une fonction adaptative, il constitue un besoin social primaire.

Dans cette notion de construction au lien d'attachement, le mot « Caregiving⁴¹ » mis en évidence par Bowlby et Mary Ainsworth, nous traduit ce terme de « donneur de soins »⁴². On entend aussi dans la personne « Caregiver » une protection, une sécurité. Il permet aussi à l'enfant de grandir sereinement dans une relation dite affective.

Du fait de mes nombreuses lectures, de témoignages de puéricultrices lors de mes stages, j'ai observé différentes phases pour construire ce lien. La phase de désir d'attachement : celle-ci est traduite par un besoin proche et d'échange, cela est inévitable entre l'enfant et la Puéricultrice. Qu'entend-on dans le mot proche, cela veut dire que la puéricultrice lui prodigue les soins primaires tels que le nourrir, le changer, le porter... c'est ce qu'on appelle un échange fortement présent chez le nourrisson qui réagit aux différentes stimulations qui sont prodiguées par la soignante.

Ensuite, vient la phase du besoin de faire part à l'autre, c'est-à-dire un échange qui doit être présent entre le nourrisson et la Puéricultrice, dont l'intérêt est de lui permettre un bon

⁴¹Art La théorie de l'attachement : son importance dans son contexte pédiatrique par Susana Tereno, Isabel Soares, Eva martins, Daniel Sampaio, Elizabeth Carlson dans devenir 2007/2 vol 9

⁴²Article Concept de la théorie de l'attachement de Romain Dugravier, anne-Sophie Barbey-Mintz

développement mais aussi une interaction avec sa future famille. De cet échange naîtra la réponse qui est la troisième phase, qui peut être signe de dépendance naturelle ou d'interdépendance. Si la réponse est adaptée à la demande du nourrisson, nous verrons que l'échange pourra être amené à diminuer voire disparaître car la Puéricultrice aura répondu aux attentes qui satisferont l'enfant. Puis, nous verrons apparaître les besoins d'individualisation. Selon l'évolution de la relation, plus celle-ci sera enrichissante et plus les besoins du bébé diminueront face à la soignante pour laisser la place à sa future maman. C'est là où la séparation approche, il faut savoir que dans toute création du lien d'attachement entre le soignant et le bébé conduira à une fin qui aboutit à la séparation. C'est un processus de deuil qui commence pour l'enfant qui rencontrera sa future famille, la soignante s'efface peu à peu pour laisser place aux parents, à ce moment-là, la relation prend fin.

Dès ce moment, la Puéricultrice aura besoin de soutien pour pouvoir accepter cette séparation. Elle pourra trouver cela auprès de ces collègues, où autres personnes de confiance qui pourront l'écouter. Puis l'avant dernière phase qui est le deuil, permet au professionnel d'accepter cette séparation afin de pouvoir prendre en soin d'autres enfants. Et pour finir c'est l'apparition de nouveaux besoins qui vont permettre à la Puéricultrice de passer à autre chose.

Et le cycle recommence, à chaque nouvelle prise en soin, celle-ci sera avec variable selon le soignant, l'enfant, la situation et l'intensité. (Cf. annexe n°2)

Cette relation permet de mettre en évidence l'implication et surtout l'émotion du soignant, qui sera étudiée dans mon troisième concept.

C. L'émotion du soignant face à l'enfant né sous le secret

Selon N. Sillamy « l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue, accompagnée d'un état affectif qui peut être agréable ou pénible⁴³ ». On sait que c'est une réaction affective qui peut arriver brusquement mais dans un laps de temps. Les émotions peuvent engendrer des répercussions physiques mais aussi physiologiques sur la personne. Les émotions sont vécues différemment selon l'individu, le contexte et peuvent être plus ou moins visibles.

Nous pouvons remarquer que dans la définition de N. Sillamy, une ambivalence de nos émotions avec cette notion d'agréable ou de pénible pouvant être décrite comme émotion dite positive ou négative.

Il est important de savoir que les émotions comportent des paliers : tel que la joie simple à l'hilarité, de la peur à la détresse, de la colère à la frénésie... cela permet de différencier l'intensité de l'émotion.

1. Emotion

C'est une réaction plus ou moins de grande intensité et soudaine. Provoquée par des stimuli engendrant un effet de plaisir ou de déplaisir. C'est ce qu'on appelle l'émotion (la joie, la peur, la tristesse, la colère, la surprise et le dégoût).

Nos émotions nous permettent de pouvoir nous adapter à ce que nous vivons et nous guident chaque jour dans nos choix. Savoir gérer et connaître ses émotions serait essentiel quand on est soignant. Cela nous permettrait de nous aider dans notre quotidien de soignant à mieux appréhender les soins.

J'ai pu remarquer dans mes recherches que le soignant ne doit pas laisser la place à ses émotions et qu'il doit être capable de maîtriser ses affects, c'est-à-dire avoir une neutralité dans ses émotions. Selon Claude CURCHOD qui met en avant « le mythe du soignant vertueux : empathique, toujours à l'écoute, disponible, non jugeant, empli de compassion, expert en communication⁴⁴», nous fait remarquer que cette conception du soignant dit « idéal » avec cette neutralité émotionnelle et infaillible, nous montre bien que celle-ci est loin de la réalité.

⁴³Article dans les concepts en sciences infirmières de Lydia Fernandez « Emotion »

⁴⁴Livre « Relation soignant-soignés prévenir et dépasser les conflits » de Claude Curchod

On remarque qu'avec le temps les représentations de l'émotion du soignant deviennent de plus en plus considérées comme le dit Mme SABOURIN Romola psychologue qui nous explique que « être ému lorsqu'un patient souffre et être triste lorsqu'il décède, est tout à fait normal et humain⁴⁵ », cela nous permet de reconnaître l'humanité du soignant qui a le droit de ressentir, de s'émouvoir... de ce qui l'entoure.

Nous pouvons voir aussi la répercussion des émotions lors des soins. Tout d'abord, il y a le mécanisme de défense qui nous permet de nous protéger lors d'événement angoissant, stressant..., ce mécanisme est mis en place par le soignant inconsciemment. Mais, cela peut avoir une interférence dans la relation soignant/soigné si ce dispositif est répété et peut engendrer une perte de contact avec le patient, conduisant à une insatisfaction et une frustration du soignant pouvant entraîner un épuisement professionnel.

Les émotions du soignant nous amènent aussi à parler de la notion de la « juste proximité » qui permet au professionnel de se protéger de ses émotions et de celle du soigné tout en gardant la bonne distance afin de se montrer toujours empathique avec le patient. Mais en voulant trop se préserver parfois nous adoptons ce qu'on appelle une « distance hyper défensive⁴⁶ » créant ainsi un « blindage » qui annule la relation et engendre une déshumanisation des soins. La relation soignant/soigné n'est pas figée et évolue avec la relation. Elle ne peut se faire que si les deux auteurs se font mutuellement confiance et surtout doit être basée sur une relation d'authenticité.

Je remarque aussi que si le soignant est en accord avec ses propres émotions, il sera plus efficace pour entretenir un lien de confiance et une relation dite légitime. Je pense qu'il est donc important de savoir mettre en évidence nos émotions mais aussi nos limites afin d'optimiser au mieux la prise en soin.

2. Répercussion des émotions du soignant dans la relation avec l'enfant né sous le secret

Lors de mes lectures, j'ai pu noter qu'il était important pour la Puéricultrice d'apprendre à savoir gérer ses émotions, de garder la bonne proximité et d'éviter de s'attacher... Je pense que cela reste compliqué pour le soignant de gérer ses émotions face à ces enfants sans repère.

Il faut savoir que la répartition des enfants avec la Puéricultrice ne se fait pas par choix personnel. Cette décision ne doit pas être influencée par ses émotions et ses désirs. Quelles

⁴⁵Livre « Les cinq sens dans la vie relationnelle » de Romola Sabourin

⁴⁶Fiche lecture article : les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance par Florence Michon (cadre de santé)

qu'en soient les caractéristiques de l'enfant, cela influencerait la soignante par son existence avec tout son être, sa présence, ses besoins de soins, d'attention et d'intérêt.

Le commencement dans cette relation doit être basé sur la construction, c'est-à-dire dans la connaissance de l'enfant et la prise de conscience de la responsabilité qu'on a envers lui. Cette relation se fait de manière naturelle. Une fois que la Puéricultrice a compris sur quoi elle était basée, cela aboutira à un bien-être physique et psychique de l'enfant et de son développement optimal.

J'ai pu remarquer aussi, une différence d'émotion entre une jeune puéricultrice et une plus ancienne. La jeune puéricultrice découvre son premier enfant dont elle sera sa référente. Cela peut parfois entraîner une situation un peu compliquée, telle que la référente met en place une relation mère/ enfant, c'est pour cela qu'il est important que la pédagogue doit être vigilante et veiller sur la jeune soignante, car cette situation peut comporter des dangers pour l'enfant mais aussi pour la puéricultrice. C'est pour cela qu'il faut l'accompagner dans la prise en charge de l'enfant afin qu'elle puisse gérer ses émotions et ses sentiments. Il faut que la jeune puéricultrice comprenne l'intérêt de ses actions face à cet enfant, car si celle-ci ne se préserve pas, lors de la situation de « perte » du premier enfant, elle se verra être malheureuse, triste... ce qui engendra une perte de ses capacités professionnelles (moins de motivation, parfois quitter sa profession...)⁴⁷. La puéricultrice expérimentée arrive plus facilement à prendre du recul sur la prise en charge de l'enfant grâce à son expérience et son vécu même si parfois il peut lui arriver de retomber dans une situation du premier enfant. Chaque puéricultrice se souvient très bien de leur premier enfant comme si c'était hier.

La relation enfant/soignant ne peut être comparée avec la relation mère/enfant, car celle-ci est unique et différente. Ce ne sont ni les mêmes relations car elles n'ont pas la même histoire ni la même motivation et ni le même avenir.

La puéricultrice doit gérer ses sentiments, contrôler ses émotions pour ne pas se mettre en difficulté et mettre en difficulté l'enfant⁴⁸. C'est pour cela qu'il est important pour cette dernière d'être accompagnée par une pédagogue⁴⁹, qui est une professionnelle (pédiatre, psychologue, psychopédagogue, infirmière...) qui accompagne et soutient les puéricultrices d'un groupe dans leur travail afin d'éviter que celle-ci s'attache trop à l'enfant et de pouvoir au plus vite l'aider

⁴⁷Art La nurse de référence en pouponnière 2020 p165-166 Par Maria Vincze

⁴⁸Art La nurse de référence en pouponnière 2020 p165

⁴⁹Art La nurse de référence en pouponnière 2020 p158 Par Maria Vincze

à préserver ses sentiments intacts. Il faut noter que la Puéricultrice sera référente de deux enfants⁵⁰, pour lui permettre de garder une bonne disparité en vue d'une relation dite équilibrée. Il peut arriver parfois malgré les dispositifs mis en place que l'instigatrice soit plus attachée à un enfant⁵¹. Voilà pourquoi, la puéricultrice doit arriver à prendre de la distance face à ses émotions, car elle représente aux yeux des enfants une réelle sécurité.

Pour qu'une prise en soin, soit dite idéale, il faut que la Puéricultrice trouve en elle, l'adéquation avec ses émotions mais ne doit en aucun cas s'y opposer, car chaque être humain est régi pour ces dernières. C'est pour cela qu'il est important de bien comprendre et de s'imprégner de ce que dit Mme Szanto Feder Agnès : « La mère soigne son enfant parce qu'elle l'aime et la Puéricultrice aime l'enfant parce qu'elle le soigne⁵². »

⁵⁰Art La nurse de référence en pouponnière 2020 p151-178 par Maria Vincze

⁵¹Art La nurse de référence en pouponnière par Maria Vincze 2020 p151-178

⁵²Art les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyer de l'enfance : notion de référence dans psychiatrie de l'enfant 2014/2 (Vol 57) par Margot Violon, Jacqueline Wendland

V. Hypothèse :

- La relation soignant/ soigné qui est mise en place par la Puéricultrice en Néonatalogie avec l'enfant né sous le secret s'exprime sous la forme d'une relation d'amour comme l'indique Agnès Szantos Feder : « La mère soigne son enfant parce qu'elle l'aime et la Puéricultrice aime l'enfant parce qu'elle le soigne. »
- En néonatalogie, la puéricultrice gère ses émotions lors de l'accueil d'un enfant né sous le secret pour optimiser le soin=> La puéricultrice doit gérer ses sentiments, contrôler ses émotions pour ne pas se mettre en difficulté et mettre en difficulté l'enfant (Art cairn la nurse de référence en pouponnière)

VI. Méthodologie des entretiens semi-directifs

Dans cette deuxième partie, nous verrons la méthodologie de l'enquête avec les différentes composantes que j'ai choisi : l'outil, le terrain d'investigation et le type de population interrogée. Puis, nous passerons ensuite à l'analyse des résultats qui me permettra de comparer la partie de mon travail (cadre contextuel et cadre conceptuel), afin de pouvoir valider ou réfuter mes hypothèses.

J'ai réalisé mon enquête auprès d'Infirmières(iers) Puéricultrices(eurs) Diplômé(e)s d'Etat pour ensuite analyser les données. J'ai mené celle-ci en utilisant les entretiens semi-directifs en me servant d'un guide d'entretien (cf. annexe n°2). Le choix de cet outil permet un échange dirigé sur mes différents items que j'ai abordé dans mon travail, tout en laissant à l'interlocuteur interviewé, une liberté dans ses réponses mais aussi lui laisser la possibilité de me donner des éléments nouveaux qui pourrait enrichir mon travail. Ce choix d'outil permet une étude qualitative.

J'ai utilisé que des questions ouvertes pour me permettre de collecter des informations aussi détaillées que possible.

Pour ce qui est du terrain d'enquête, j'ai souhaité effectuer mes entretiens en intra-hospitalier plus précisément en service de Néonatalogie prenant en soin des enfants nés sous le secret. Cela a été un peu compliqué dû fait de la crise sanitaire, après plusieurs refus voire parfois aucune réponse à mes courriers, j'ai eu un accord du Centre Hospitalier public, m'autorisant à faire mes entretiens au sein de leur service de Néonatalogie.

Au niveau des professionnels interrogés, j'ai pu rencontrer 4 Puéricultrices. Les 4 Puéricultrices se sont portées volontaires pour répondre à mes entretiens. La cadre m'a contacté pour me donner des rendez-vous différents car étant en poste de 12h, il était difficile de pouvoir toutes les rencontrer le même jour.

Je vais vous présenter les personnes interrogées sous forme de tableau avant l'analyse :

| Personnes interrogés | Expériences professionnelles |
|-----------------------------|---|
| Puéricultrice 1 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diplômée infirmière en 2004 ➤ Diplômée puéricultrice en 2007 ➤ Travaille en Néonatalogie depuis décembre 2007 |
| Puéricultrice 2 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diplômée infirmière en 2004 ➤ Diplômée puéricultrice en 2005 ➤ Travaille en Néonatalogie depuis 2005 avec une coupure de 2009-2011 en PMI |
| Puéricultrice 3 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diplômée infirmière en 2000 ➤ Diplômée Puéricultrice en 2001 ➤ Travaille en Néonatalogie depuis 2001 tout de suite après le diplôme. |
| Puéricultrice 4 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diplômée infirmière en 2018 ➤ Diplômée Puéricultrice en 2019 ➤ Travaille en Néonatalogie depuis novembre 2019 |

Le nombre d'entretiens m'a permis d'avoir des points de vue divers selon l'expérience et selon le fait que l'on soit une maman où pas. Ces entretiens ont été très enrichissants pour mon travail mais aussi pour moi.

L'outil d'enquête utilisé pour mes entretiens a été validé par ma formatrice référente et en amont de tout cela j'avais envoyé une lettre à la cadre du service afin d'avoir son aval pour les entretiens. Mes entretiens ont été enregistrés après accord des interviewés. L'objectif de ces

enregistrements était de retranscrire au mot près les propos des professionnels. Cela a permis un échange fluide et aucun frein au cours de l'entretien. Les interviews sont anonymes et utilisés dans un seul but : celui de mon travail de fin d'étude (exemplaire mis en annexe 2).

Ils ont eu lieu dans la salle de pause, c'était un endroit calme et paisible. Toute l'équipe était prévenue des entretiens afin qu'on ne soit pas interrompue lors de nos échanges avec le soignant interviewé. Ils ont duré environ 15 à 25 minutes.

VII. L'Analyse de l'enquête

Après ces entretiens, j'ai pu aborder des thèmes de mon mémoire, cela m'a permis de faire des comparaisons entre mon travail et la pratique des puéricultrices dans leur service. J'ai classé les thèmes et je vais maintenant les étudier :

A. Les émotions :

Lors des entretiens, nous avons échangé sur le thème de l'émotion : de ce thème est né deux parties : les émotions des soignants et la gestion des émotions pouvant avoir un impact dans la prise en soin de l'enfant né sous le secret.

En regroupant les réponses de nos intervenantes, les premières émotions qui en ressortent sont : l'empathie, la tristesse et la colère. La 1^{ère} Puéricultrice me dit « J'ai beaucoup d'empathie, de la tristesse [...] le bébé n'a rien demandé » tandis que la 4^{ème} Puéricultrice m'explique « La 1^{ère} émotion, c'est la colère parce qu'on se dit que cet enfant n'aura pas ses repères ». La 3^{ème} puéricultrice quant à elle me parle d'acceptation : « Il y a aussi l'acceptation de la décision des parents, je n'ai pas de jugement à avoir, car on ne peut pas juger la maman ».

Je remarque qu'à l'arrivée de l'enfant né sous le secret, quelques émotions dominent pour la plupart des puéricultrices interrogées. Il y a « la tristesse », également la « colère », mais il y a aussi de bonnes émotions comme l'espoir, ainsi nous dit la PDE⁵³1 « Mais aussi on a de l'espoir parce qu'il aura peut-être une meilleure vie qu'avec sa mère biologique. »

Cela me laisse à penser que les émotions ressenties face à l'enfant né sous le secret, peuvent engendrer des difficultés chez les puéricultrices qui seraient susceptibles d'interférer dans la prise en soin de l'enfant né sous le secret. En effet chacune se fait une représentation particulière concernant la gestion des émotions. N. Sillamy (auteur) nous dit que : « une ambivalence de nos émotions avec cette notion d'agréable ou de pénible pouvant être décrite comme émotion dite positive ou négative. »

Ce qui ressort des entretiens, c'est que cette gestion des émotions au sein des différentes puéricultrices peut avoir un impact positif ou néfaste sur la prise en soin.

⁵³ PDE : Puéricultrice

D'après Vincze Maria qui nous dit : « La puéricultrice doit gérer ses sentiments, contrôler ses émotions pour ne pas se mettre en difficulté et mettre en difficulté l'enfant ». Tandis que la psychologue, Romola SABOURIN, déclare « être ému quand un patient souffre, et être triste s'il décède, est tout à fait normal et humain ». Alors que nos 4 PDE sont unanimes et répondent que les émotions optimisent la prise en soin de l'enfant né sous le secret.

Elles m'expliquent que l'émotion dite positive fait partie intégrante du soin, que ces émotions permettent une relation soignant/soigné de confiance, une relation concrète est basée sur le bien-être de l'enfant. Cela me laisse à penser que pour avoir une prise en soin la plus adaptée possible il faut savoir être professionnel, c'est-à-dire ne penser qu'au bien-être de l'enfant et non au nôtre. Mais également de laisser nos émotions négatives en dehors du service, afin de mieux répondre aux besoins nécessaires de l'enfant tout en restant dans son rôle de soignant, comme explique la PDE 1 « Je n'ai pas de colère ce qui me permet d'être plus sereine vis-à-vis de l'enfant. »

Les émotions ont une grande place dans la prise en soin, elles permettent une relation de confiance entre l'enfant et la puéricultrice, comme l'explique la PDE3 : « elle permet vraiment d'accentuer notre ressenti et celui de l'enfant pour vraiment l'aider dans sa construction ». Mais aussi, les entretiens nous montrent que si les émotions prennent trop d'importance dans la relation soignant/soigné, cela peut engendrer des conséquences qui pourraient être préjudiciables dans la construction et le développement de l'enfant né sous le secret. D'ailleurs la PDE 4 me le dit : « Pour une prise en soin optimale, il faut les émotions mais pas trop non plus pour que tout le monde se préserve ». Les émotions des Puéricultrices influencent la relation établie avec l'enfant né sous le secret. Selon la situation, le niveau d'expérience, le parcours de la puéricultrice et la charge émotionnelle, la situation sera appréhendée différemment par la soignante. La gestion de ses propres émotions est une étape importante pour arriver à une prise en soin adéquate.

Après le thème de l'émotion, un autre point à éclaircir est essentiel, il s'agit de la relation soignant/soigné.

B. Relation soignant/soigné

D'après Agnès Szantos Feder « la mère soigne son enfant parce qu'elle l'aime et la puéricultrice aime l'enfant parce qu'elle le soigne », ce que nous confirme la PDE 3 « on a tendance à avoir une relation un peu mère/enfant, une relation protectrice donc au final maternelle ».

Cherchant à savoir quelle relation est établie par nos intervenantes, deux d'entre elles pensent à une relation de bienveillance (PDE 1 et PDE 4), alors que les deux autres pensent à un rôle d'attention. Elles sont néanmoins d'accord pour parler d'un rôle maternant un peu ambigu.

Je tente de savoir s'il existe une relation soignant/soigné particulière mise en place par les puéricultrices face à l'enfant né sous le secret. Les puéricultrices me parlent de relation de bienveillance, d'attention et de protection, comme le dit si bien la PDE 2 « On est plus qu'une relation d'aide, on a une relation un peu d'amour, on ne remplace pas la maman mais on pallie au maximum ».

J'ai pu ressentir une légère difficulté parfois, d'associer cette relation comme une relation soignant/soigné ou comme une relation dite maternante, un terme quelque peu ambivalent. Ces dernières me parlent donc de relation maternante mais sans remplacer le rôle de maman, ni à donner de l'amour maternel, comme me dit la PDE 1 « Je suis bienveillante, maternante mais je ne donne pas ce qu'on appelle de l'amour maternel ». En effet, leur rôle à proprement dit c'est de soigner ces enfants tout en les accompagnant, afin de leur apporter tout ce dont ils ont besoin pour leur bon développement sans pour autant être leur maman. Cela étant, trois puéricultrices me font part d'être déjà maman, ce qui les a beaucoup aidés dans la prise en soin de l'enfant né sous le secret. Il est donc important de connaître ses limites afin d'entreprendre la meilleure relation pour l'enfant et ainsi éviter de le mettre dans une situation inconfortable et compliquée.

Pour favoriser la relation soignant/soigné les 4 PDE me parlent du « cahier de vie » mise en place dès la naissance afin de lui créer des souvenirs pour plus tard (photo du 1^{er} bain, du 1^{er} biberon, il lui offre un doudou...). Elles écrivent tout ce qu'il se passe et ce que fait le nouveau-né dans sa journée. Elles leur parlent beaucoup et leur expliquent pourquoi ils sont là. Elles utilisent des écharpes de portages, qui permettent un contact, un toucher pour que l'enfant puisse développer et mettre ses sens en éveil. Elles ont aussi une poussette, une balancelle mise à disposition pour que les enfants ne restent jamais seuls, ce qui leur permet de communiquer avec l'entourage. Comme précédemment dit, trois des puéricultrices souhaiteraient qu'une référente soit mise en place. Emmi Pickler nous dit « pour qu'un enfant puisse se construire à

son rythme [...] il doit être soutenu dans la continuité par une personne référente et par la relation qu'il entretient avec elle ». L'enfant pourrait ainsi se construire des repères mais aussi une relation de confiance pourrait alors s'installer entre l'enfant né sous le secret et la personne qui prend soin de lui. Mr Manoukian et Mme Massebeuf nous informent que « la relation est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné ».

Effectivement, les puéricultrices ont à leur charge 6 enfants lorsque ces dernières vont en médecine de soin continu, la mise en place d'une référente aiderait à être beaucoup plus présente pour l'enfant.

J'ai pu remarquer par mes recherches et mes entretiens, que la relation soignant/soigné doit être une relation d'aide afin de mettre un lien de confiance et surtout un attachement dite sécuritaire pour que la prise en soin soit la plus optimale possible. Mais je peux voir que celle-ci peut être parfois compliquée à mettre en place par les puéricultrices car elles sont tiraillées entre une relation d'aide et une relation maternante. Je remarque que c'est une relation vraiment ambiguë mais elles doivent garder leur place de soignante et rester professionnelles face à l'enfant né sous le secret. La relation professionnelle permet au soignant et au soigné de garder une relation non maternelle, « pour qu'à la fin de cette relation l'enfant voit cela comme une distance et non comme une rupture » comme le dit Bernard Martino.

C. Les nouveaux thèmes :

J'ai pu remarquer lors de mes entretiens, que l'expérience professionnelle pouvait avoir des répercussions sur la prise en soin des enfants nés sous le secret mais aussi sur le soignant prenant en charge l'enfant. Les puéricultrices mettent en avant cette expérience et ce vécu, qui leur permettent aujourd'hui de mieux appréhender le soin. Comme le dit la PDE 1 « on pourrait parler de l'expérience qui je pense à un impact direct sur la prise en soin d'un enfant né sous le secret », sans s'attacher et surtout pour se préserver et préserver l'enfant de la future séparation. La PDE 3 explique : « l'expérience professionnelle te permet de te forger une carapace mais tout en répondant aux besoins de l'enfant pour l'aider à son développement ». Mais chacune d'entre elles se souvient du premier enfant né sous le secret qu'elles ont prise en soin pour la première fois et combien il a été difficile pour elles une fois celui-ci parti. Notre expérience s'acquiert quotidiennement et se renforce au fil des jours, des mois et des années ce qui nous permet de voir notre posture de soignant évoluer. La PDE 1 me dit « Notre expérience permet de nous forger un caractère, on est moins naïve ». L'expérience professionnelle permet

d'apporter des acquis et d'améliorer notre rapport à l'enfant et la qualité de la prise en soin. Je peux remarquer que la jeune diplômée peut rencontrer des difficultés lors de la prise en soin comme l'exprime la PDE 2 « Il est vrai qu'une jeune puéricultrice peut plus facilement se laisser attendrir par cet enfant né sous le secret et avoir dû mal à garder la barrière soignant/soigné » ou encore la PDE 1 qui me dit « Une jeune puéricultrice peut avoir plus de difficulté à mettre une juste barrière dans la prise en charge ce qui peut la mettre en difficulté mais aussi mettre en difficulté l'enfant ». Il faut savoir que nous avons tous commencé un jour, et que ces difficultés que nous avons pu rencontrer ont fait une force pour nous permettre de nous améliorer.

Grâce aux réponses apportées, j'arrive sur cette conclusion : l'expérience professionnelle peut avoir une réelle influence bénéfique sur la prise en soin d'un enfant né sous le secret. En effet, leur expérience mais aussi leur vécu ont permis à ces soignantes de savoir mettre la juste distance lors de cette prise en charge, un peu particulière, dû au fait que l'enfant n'a pas la chance d'avoir ses parents biologiques à ses côtés.

Au niveau du lien d'attachement, la PDE 2 me confirme « Le lien d'attachement est nécessaire mais il faut savoir mettre une juste distance ». Aux vues des diverses réponses, je pense qu'il est complexe de mettre un tel lien en place en quelques jours mais qu'il se met en place naturellement.

Selon Bowlby « durant la première année de vie d'un enfant le lien d'attachement se fait aux réponses apportées par ce qu'on appelle les figures d'attachement. Si celles-ci ne répondaient pas à ces attentes cela aurait un impact dans la survie du nouveau-né ».

J'ai pu voir qu'il était délicat pour les puéricultrices de savoir jauger le lien d'attachement. Malgré cette difficulté elles savent bien que ce lien doit être un attachement professionnel et non maternel, la PDE 4 me dit : « il faut que ce soit un attachement professionnel pour aider l'enfant ». Ce lien est nécessaire pour le nouveau-né en construction mais il sera plus facilement mis en place en famille d'accueil ou en pouponnière. Effectivement, la mise en place de ce lien dépend du facteur temps mais aussi du contact avec sa figure d'attachement, comme nous l'explique le psychologue Mr Myers « chez le bébé, l'attachement se développe à partir du contact avec les parents [...] l'attachement s'incarne dans une personne fournissant à l'autre une base sécurisante ». Le lien d'attachement permet un sentiment de réconfort mais aussi un échange, selon Bowlby « L'attachement est un besoin instinctif d'être proche pour échanger de l'amour [...] il se concrétise par la création de liens avec soi-même, des êtres vivants et de ses buts ».

Je peux dire que la puéricultrice est une personne sécurisante, réconfortante. Elle est une vraie figure de référence pour apporter les réponses adéquates par rapport à la demande de l'enfant né sous le secret. Elle joue un rôle important dans la mise en place et le maintien de ce lien tout en gardant une juste proximité.

Après avoir comparé mes entretiens et mon travail théorique, je vais pouvoir confirmer ou infirmer mes deux hypothèses répondant à ma question de départ qui était :

Quelle relation soignant/ soigné la Puéricultrice peut-elle mettre en place auprès d'un enfant né sous le secret en service de Néonatalogie ?

Ma première hypothèse était : la relation soignant/ soigné qui est mise en place par la Puéricultrice en Néonatalogie avec l'enfant né sous le secret s'exprime sous la forme d'une relation d'amour comme l'indique Agnès Szantos Feder : « La mère soigne son enfant parce qu'elle l'aime et la Puéricultrice aime l'enfant parce qu'elle le soigne. »

J'ai pu voir dans mon travail, l'importance de la relation soignant/soigné qui doit être une relation de confiance mais aussi une relation dit sécurisée et non une relation mère/enfant. Les différents professionnels interrogés mettent en avant une relation particulière plus protectrice, de bienveillance et d'attention et non une relation maternelle. Savoir faire la différence entre la relation d'aide et la relation mère/enfant permet d'établir une relation adaptée. Ces éléments me permettent d'infirmer ma première hypothèse.

Ma deuxième hypothèse était : en néonatalogie, la puéricultrice gère ses émotions lors de l'accueil d'un enfant né sous le secret pour optimiser le soin.

Grâce aux entretiens, j'ai pu démontrer l'importance de la gestion des émotions lors de la prise en soin d'un enfant né sous le secret, celle-ci a été décrite par l'ensemble des professionnelles rencontrées. La gestion des émotions doit être présente, qu'elle soit positive ou négative mais ne doit en aucun cas venir perturber et mettre en difficulté le soignant mais aussi l'enfant. Les soignants me parlent de l'expérience professionnelle qu'on acquiert tout au long de notre carrière, et qui nous permet d'avoir les émotions nécessaires qui n'impacteront pas la prise en soin afin d'avoir une bonne distance relationnelle, ce qui permet un meilleur équilibre lors de la prise en soin de l'enfant né sous le secret.

Ces éléments me permettent de confirmer notre deuxième hypothèse.

VIII. Conclusion :

Mon projet professionnel avait pour objectif de mettre en avant la relation soignant/soigné face à un enfant né sous le secret. Grâce à mes recherches, à mes entretiens et mes réflexions personnelles et professionnelles, j'ai pu répondre à ma problématique. Il est aussi la conclusion, d'un long travail personnel durant plusieurs mois.

Malheureusement, mon travail s'est vu impacté par la crise sanitaire que nous vivons depuis maintenant plus d'un an. En effet, j'aurais aimé faire deux services de réanimation néonatale dans des établissements hospitaliers différents afin de pouvoir confronter les avis sur notre posture professionnelle. Mais, je n'ai eu qu'une réponse positive d'un Centre Hospitalier public pour mes entretiens. De ce fait, peut-être que mes recherches auraient été plus pertinentes en confrontant deux établissements.

Mon travail a été très enrichissant au point de vue personnel mais aussi professionnel. Il est vrai que cela n'a pas été facile tous les jours, j'ai rencontré des difficultés dans la réalisation de ce projet mais avec de la volonté et de l'investissement, on arrive à surpasser nos contraintes. Grâce à toutes ces recherches, ces réflexions et ces rencontres, j'espère pouvoir mettre en place toutes ces connaissances acquises faites tout au long de mon projet dans ma future profession de puéricultrice.

Celui-ci m'a permis aussi de prendre conscience et connaissance de l'importance de la mise en place d'une relation soignant/soigné dite adéquate, en tant que future puéricultrice, j'essaierai d'adapter et d'adopter la meilleure attitude possible face à l'enfant « né sous le secret ».

Durant mes entretiens, j'ai beaucoup entendu parler de l'importance de l'expérience professionnelle lors de la prise en soin de l'enfant né sous le secret. Cela m'a interpellé dans un nouveau questionnement : *l'ancienneté aiderait-elle vraiment à mieux appréhender la mise en place d'une relation soignant/soigné face à l'enfant né sous le secret ?*

IX. Perspectives professionnelles

Ce travail m'a beaucoup apporté que ce soit au niveau personnel que professionnel.

Au niveau personnel, ce fut un travail titanesque qui m'a permis de dépasser mes limites et faire face à la difficulté. La finalité, c'est que je suis fière et heureuse d'avoir réalisé ce projet professionnel.

Au niveau professionnel, mes recherches m'ont permise d'acquérir des connaissances plus approfondies sur la relation mise en place face à un enfant né sous le secret.

Dans ma future pratique, je serais amenée à prendre en charge des enfants né sous le secret et je veillerai à mettre en place la relation soignant/soigné dite adéquate, c'est-à-dire sans mettre en difficulté l'enfant et moi-même.

Grâce à mon travail de fin d'étude et à mes recherches, je me suis penchée sur la question : comment peut-on aider le professionnel lors de la prise en soin de l'enfant, afin de faciliter au mieux la relation soignant/soigné ?

Nous pourrions peut-être pour cela informé les nouveaux arrivants (étudiants, puéricultrices, auxiliaires de puériculture...) dans le service, en mettant à leur disposition des livrets d'accueil expliquant la prise en soin de l'enfant né sous le secret, qui pourront leur permettre de pouvoir mieux appréhender la prise en charge de cet enfant, pour que celle-ci soit la plus optimal possible. Mais aussi pouvoir peut-être, mettre en place un groupe de parole qui permettrait aux professionnels d'être tout d'abord écouter, mais aussi d'exprimer les difficultés rencontrées dans une situation marquante. Ce groupe de parole pourrait favoriser et aider à trouver une solution pour éviter un traumatisme.

J'espère que mon projet professionnel pourra répondre aux questionnements des futurs professionnels, mais surtout les aider dans leur futur métier afin de trouver la meilleure posture face à l'enfant né sous le secret.

Bibliographie :

Les articles électroniques :

Accouchement sous x et filiations : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-1-page-44.htm>
<https://lepetitjournal.com/societe/avortement-en-europe-quels-sont-les-delais-respecter-260137>

Article dans les concepts en sciences infirmières de Lydia Fernandez « Emotion » Cairn
<https://www.cairn.info/publications-de-Lydia-Fernandez--2260.htm>

Article la théorie de l'attachement ; pour le meilleur et pour le pire par Violaine Pillet dans Dialogue 2007/1 (n°175) pages 7 à 14 Cairn

La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique | Cairn.info
Origines et concepts de la théorie de l'attachement Romain Dugravier, Anne-Sophie Barbey-Mintz Dans Enfances & Psy 2015/2 (N° 66), pages 14 à 22
<https://www.cairn.info/publications-de-Romain-Dugravier--9194.htm>

Article Néonatalogie et réanimation de Pierre Henri Jarreau dans Laennec 2009/4 Tome 57 page 8 à 21 Cairn

Article Rencontre à la maternité avec des femmes ayant accouché sous X et accompagnement du bébé de la naissance à l'adoption. page 75 de Guylaine Coudert et Noella Baron.
<https://www.cairn.info/revue-spirale-2002-1-page-63.htm>

Des « mères à temps partiel » au rôle maternel du soin continu en pouponnière :
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-preaut1-2010-1-page-121.htm>

Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature Sarah Seguin, Bernard Golse, Gisèle Apter Dans La psychiatrie de l'enfant 2013/1 (Vol. 56), pages 267 à 292

Fiche lecture article : les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance par Florence Michon (cadre de santé)

Loi sur l'avortement de Simone Veil : un texte au départ provisoire devenu emblématique (francetvinfo.fr)

« Le déni de grossesse » : une entité clinique valide ? <https://www.cairn.info/revue-topique-2013-2-page-189.htm>

L'abandon à la naissance, un acte responsable=> « Revue Enfants d'Abords » Mars 1190-n°139 pages 14-23 Quilles Yvonne

L'accouchement sous le secret, une spécificité française : Journal le MONDE publié le 02-06-2016

L'accouchement sous le secret : une équivoque séparation : Yolande Black, Sylvie Larribe, Sophie Colibeau Dans La lettre de l'enfance et de l'adolescence 2006/2 (n° 64), pages 59 à 64

<https://www.caf.fr/.../naissance/l-accouchement-sous-x-une-specificite-francaise>

L'accueil et l'adoption des enfants au fil de l'histoire Avril 2013 1967, cité dans Seguin, Golse, & Apter, 2013, p. 267

L'analyse Winnicott: <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2011-3-page-36.htm>
La nurse de référence en pouponnière : <https://www.cairn.info/comment-eviter-que-la-collectivite-ne-nuise---page-151.htm>

Le maternage et son évolution contemporaine dans les pouponnières et foyers de l'enfance par Margot Violon et Jacqueline Wendland

Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse évolutionnaire de concept : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-34.htm>

<https://www.legifrance.gouv.fr>

Les femmes qui accouchent sous le secret en France (2007-2009) : Institut National d'Etudes Démographiques

Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance : la notion de référence : <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2014-2-page-581.htm>

Naissance sous X histoire : Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité CHU Angers (Pr Descamps, Dr Gillard)

Prise en charge pluridisciplinaire des liens d'attachement chez l'enfant : cas clinique : www.em-consulte.com

Vers une analyse systémique des liens d'attachement : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2008-3-page-257.htm>

Stades Freud, Piaget, Wallon site www.psychologue.fr

[La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire | Cairn.info](#)

Les ouvrages:

Livre Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial par Vellut N et Cook J.M en 2012

Livre « Les cinq sens dans la vie relationnelle » de Romola Sabourin

Livre « Relation soignant-soignés prévenir et dépasser les conflits » de Claude Curchoid

Livre Agnès Szantos Feder 2002 p 162 « Loczy : Un nouveau paradigme ? »

Livre Le déni total c'est « persistant jusqu'aux premières heures du travail voire jusqu'à la délivrance »

Livre « Geste d'amour, l'accouchement sous X » Catherine Bonnet

Livre « La naissance de l'intelligence chez l'enfant », Delachaux et Niestlé p 8-12

Livre « L'enfant à naître » Dr Haïm Cohen édition flammarion

Livre « Un déni de grossesse : aperçus psychodynamiques » in Lyon Médical, 235/1, 1976, p. 39-41 Bécache A., Bécache S.,

Livre « Ouvrage anthropologique » d'Agnès Fine

Livre « PMA, GPA, sous X : Quelques lettres qui ne disent pas l'essentiel » de Nathalie Lancelin-HUIN

Livre d'Alexandre Manoukian et Anne Masseur 2001 « La relation soignant-soigné » page 45-47 et 48

Livre « Néonatalogie et réanimation Questions posées par l'extrême prématurité » Pierre-Henri Jarreau Dans Laennec 2009/4 (Tome 57), pages 8 à 21

Article Soins relationnels. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson 2011

Constitution des liens d'attachement : Journal de Pédiatrie et de puériculture

Documentaire Visuel :

« Les mères sous X, les mères de l'ombre » France 3 de Nicolas Bourgoïn et Nathalie Perrier

Documentaire « L'Hospitalisme : Selon René Spitz » France 5 présente par le Dr Cymes

Reportage du Dr Michel Cymes sur France 5 le 24-03-2010 « Hospitalisme syndrome des pouponnières »

Annexe n°1 : Retranscription entretien téléphonique Puéricultrice d'une Pouponnière

Moi : Allo ! Bonjour, tout d'abord je vous remercie de prendre du temps pour permettre de m'aider à avancer dans mon mémoire. Avant de commencer je vais me présenter je m'appelle Maurine je suis étudiante Puéricultrice et infirmière depuis 10 ans. Je travaille mon projet professionnel sur l'enfant né sous le secret plus précisément la relation mise en place.

Par cet appel, j'aurai aimé connaître votre ressenti lors de la prise en soin d'un enfant né sous le secret

La Puéricultrice : Alors tout d'abord bonjour Maurine. Je suis enchantée de rencontrer (rire) enfin je veux dire de d'avoir au téléphone. Tu n'as pas à me remercier, si je peux aider alors autant le faire.

Je travaille en pouponnière depuis quelques années. Alors à la pouponnière, nous accueillons des enfants avec ou sans la fratrie souvent placés dans le cadre de mesures judiciaires. Cette décision est prise par le juge des enfants. Mais la pouponnière, accueille aussi l'enfant né sous X.

Je participe donc à l'accueil de ces enfants nés sous X ou sous le secret c'est comme tu préfères. Il faut savoir que notre prise en charge reste la même qu'avec les autres enfants. Sauf, que malgré cela nous sommes bien plus présentes, c'est-à-dire qu'ils ont des besoins très spécifiques à laquelle nous devons répondre comme : donner le biberon, donner le bain, le câliner etc...

Est-ce que je peux te parler de ce que je ressens quand je prends en soin un enfant né sous le secret.

Moi : Bien-sûr, je prends toutes les informations que vous me donnerais.

Puéricultrice : Super alors. Si je parle trop, n'hésite pas à m'arrêter surtout.

Moi : Pas de souci

Puéricultrice : Moi je ressens pleins d'émotions ça va :

- De la colère et de l'incompréhension=> oui je trouve que de nos jours, nous avons la chance d'avoir la contraception qui permet la prévention et la protection qui pourrait éviter des grossesses non désirées.

- Des larmes face à ce petit être qui arrive seulement au monde et qui n'aura pas la chance de recevoir l'amour du foyer autour d'un papa et d'une maman. Mais il faut savoir que les parents ont deux mois de rétractions
- Et pour finir de la compréhension malgré tout, car cette mère qui abandonne son enfant doit être une dure décision à prendre mais parfois, elles n'ont pas d'autres solutions. Je me dis que cet abandon, rendra des futurs parents adoptifs heureux de pouvoir enfin devenir parent.

Je suis parfois, affectée par ces enfants mais en réfléchissant, je me dis qu'ils sont une chance d'être adopté et de pouvoir être aimé.

Il faut savoir qu'à son arrivé, l'enfant né sous le secret, arrive avec un cahier de vie qui a été mis en place au bloc maternité et rempli à chaque fois que quelqu'un s'est occupé de lui. Dedans, il y a des photos. On est ce qu'on appelle des référentes de l'enfant c'est-à-dire que c'est nous qui s'occupons le plus de l'enfant, qui lui achetons ces vêtements, les cadeaux pour son anniversaire... nous participons aux réunions le concernant.

Ceux sont des enfants qui demandent plus d'attention, il reçoit beaucoup de bienveillance des différents professionnels qui se sont occupés de lui ou qui s'occupe de lui.

J'ai envie de leur donner de l'amour maternel (ça ce n'est que mon ressenti), des bisous mais je sais que je dois mettre des limites car je ne suis pas sa mère, juste une professionnelle qui doit être là pour le rassurer, le sécuriser. Mais c'est difficile, d'arriver à trouver la juste distance et de ne pas tomber dans une relation un peu « mère/enfant » (blanc) et aussi il faut savoir que la création du lien d'attachement est une notion importante pour l'enfant qui est en construction. C'est un peu compliqué tout ça finalement.

Cela étant, nous sommes tous différents et qu'on réagit aussi selon notre vécu professionnel, notre vécu personnel et surtout selon nos émotions. Il est important de créer une carapace, pour nous aider à nous préserver. Je pense qu'on acquiert cela avec le temps et l'expérience. C'est cette expérience qui te permet de mettre les limites et de faire ton travail en appliquant mais pas trop non plus, pour pas te mettre en danger et ni mettre en danger l'enfant.

Moi : Que voulez-vous dire par se mettre en danger ?

Puéricultrice : C'est-à-dire avoir vraiment un attachement envers l'enfant et lors de la séparation l'enfant peut ressentir comme un deuxième abandon enfin c'est ce que moi je pense.

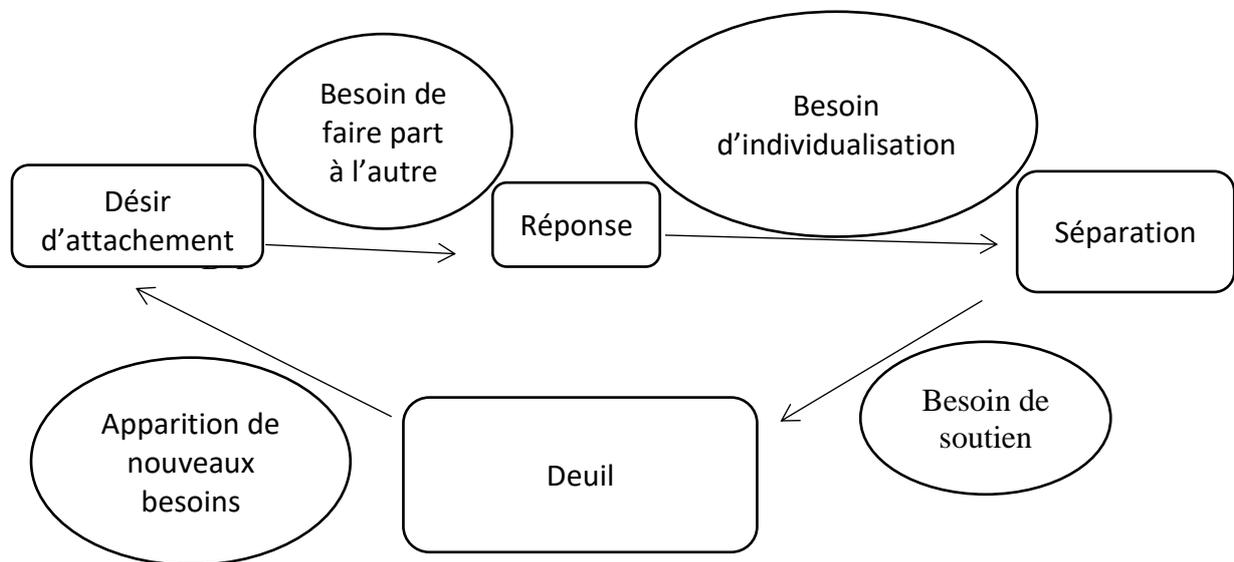
Après, je me dis que ces enfants vont avoir la chance d'être adoptés et d'avoir des parents aimants, car on sait que les demandes adoptives sont longues. La rencontre entre les enfants et leurs futurs parents est un moment magique et tellement intense, rempli d'émotion et de bonheur. Quand on voit ça, on sait qu'ils vont être heureux, mais malgré tout on a un pincement au cœur de les voir partir et parfois il y a même les larmes qui coulent.

Voilà ce que je peux te dire Maurine, j'espère que cela va t'aider et que je ne suis pas partie un peu dans tous les sens.

Moi : Non, vraiment c'était très intéressant. Il y a beaucoup d'information cela m'aiguille un peu pour mon mémoire. Encore merci, du temps que vous m'avez accordé. Je vous souhaite une bonne journée.

Puéricultrice : Merci à toi aussi Maurine. Je te souhaite une belle réussite.

Annexe n°2 : Schéma récapitulatif



Annexe n°3 :

Questionnaire d'entretien :

Parcours professionnel :

- 1- Quelle a été votre parcours de Puéricultrice jusqu'à aujourd'hui ?
 - a. Objectif : Connaître le parcours de la Puéricultrice et de son expérience pour nous permettre de déterminer si cela peut jouer un rôle dans la mise en place d'une relation soignant/soigné.

Relation soignant/soigné :

- 2- Quelle relation soignant/ soigné mettez-vous en place auprès de l'enfant né sous le secret dans le service de néonatalogie ?
- 3- Comment favoriser vous la relation soignant/ soigné avec l'enfant né sous le secret dans votre service ?
 - a. Objectif : Permettre d'identifier la représentation des soignants sur la relation mise en place avec l'enfant né sous le secret

Question de relance : A quel genre de relation pouvez l'apparenter ?

L'émotion :

- 4- Lors de l'accueil d'un enfant né sous le secret dans votre service quelle émotion percevez-vous ?
- 5- Pour vous, comment vos émotions optimisent la prise en soin de l'enfant né sous le secret dans votre service ?
 - a. Objectif : Déterminer si les émotions peuvent interférer dans la prise en soin de l'enfant né sous le secret.

Question de relance : Comment gérez-vous vos émotions ?

Avis professionnel et personnel :

- 6- Quels sujets auriez-vous à rajouter sur la prise en soin de l'enfant né sous le secret dans votre service que nous n'aurions pas évoqué ?

- a. Objectif : Laisser le professionnel interrogé s'exprimer sur ce qui pourrait m'aider dans la suite de mon mémoire, ou me donner des informations que je n'avais pas pensé

Annexe n°4 Entretien n°4 mémoire :

Moi : Quelle a été votre parcours de Puéricultrice jusqu'à aujourd'hui ?

Puéricultrice : Je m'appelle Marion, j'ai 26 ans et je n'ai pas encore d'enfant. Ça fait deux ans que je suis Puéricultrice et que je travaille en réa. Ah oui, j'ai tout de suite fait l'école de Puéricultrice après l'école d'Infirmière.

Moi : Quelle relation soignant/ soigné mettez-vous en place auprès de l'enfant né sous le secret dans le service de néonatalogie ?

Puéricultrice : On parle plus de relation de bienveillance et un peu maternante, j'estime que c'est un enfant qui a besoin d'un certain cadre et d'un certain cocooning, pour pouvoir commencer à se développer dans de bonnes conditions et on essaie dans le service que ce soient les mêmes personnes qui prennent en charge l'enfant pour qu'il ait certains repères pour démarrer sur des bases solides.

Moi : Comment favoriser vous la relation soignant/ soigné avec l'enfant né sous le secret dans votre service ?

Puéricultrice : c'est une bonne question, on a la chance dans notre service de pouvoir faire du portage, des référentes pour que l'enfant puisse avoir des repères, qu'il puisse avoir confiance aussi, beaucoup d'attention mais pas trop non plus pour pas que l'enfant ne puisse trop s'attacher à la personne qui s'occupe de lui (soupir) pas toujours évident.

Moi (Question de relance) : Apparenteriez-vous cette relation plus qu'une relation soignant/soigné ?

Puéricultrice : (Blanc) Je pense qu'il y a le cadre professionnel qui nous dit qu'arriver à une relation mère/enfant ce n'est pas forcément possible, que c'est différent aussi de l'expérience personnelle, moi qui n'ai pas d'enfant, j'ai peut-être tendance à apporter un peu plus d'amour à un enfant qui n'a pas de parents mais chut il ne faut pas le dire (rigole) ; mes collègues qui ont déjà des enfants, souvent faire la différence entre leurs enfants et les enfants nés sous le secret. La barrière est très mince entre le maternage maman et le maternage professionnel.

Moi : Lors de l'accueil d'un enfant né sous le secret dans votre service quelle émotion percevez-vous ?

Puéricultrice : Ça dépend de l'histoire de l'enfant et de la maman. Je pense aux enfants abandonnés lors d'une grossesse non voulue où un déni de grossesse, c'est traumatisant pour la maman. Ce sont souvent des enfants qui nous attendrissent parce qu'on sait qu'ils n'auront pas l'attention nécessaire, qu'ils ne seront pas portés tout le temps. La 1^{ère} émotion, c'est la colère parce qu'on se dit que cet enfant n'aura pas ses repères. Quand un enfant n'est pas voulu, on le voit, il est effacé, il demande moins d'attention alors on fait au mieux et on le stimule pour l'aider à communiquer avec le monde qui l'entoure. Il est parfois, difficile pour nous de ne pas être dans le jugement auprès de sa maman. Puis il y a la tristesse car c'est un enfant qui n'a rien demandé.

Moi : Pour vous, comment vos émotions optimisent la prise en soin de l'enfant né sous le secret dans votre service ?

Puéricultrice : Oh oui, car l'enfant a besoin de ressentir les émotions, les enfants sont des éponges et s'il n'y a pas d'émotion, il ne peut pas y avoir de relation concrète et fondée pour l'enfant. Au niveau de la gestion des émotions, je pense que cela dépend du temps passé auprès de l'enfant, si on fait plusieurs gardes à la suite où on s'occupe de cet enfant, le jour où il part c'est dur, même si on sait qu'il s'en va pour une meilleure vie. (Réfléchit) Ça dépend aussi de la relation qu'on a mis en place face à cet enfant c'est-à-dire si on est resté soignant/soigné ou si on est un peu plus comme j'ai déjà dit la barrière est très fine, mais on sait que ce n'est pas une relation mère/enfant, on ne peut pas se permettre de faire ça. Mais il nous arrive d'être vraiment maternante, et cela peut avoir un impact sur la prise en soin, ce qui fait que le soignant a dû mal à se détacher de cette situation et cela peut avoir un effet néfaste sur l'enfant. Pour une prise en soin optimale, il faut les émotions mais pas trop non plus pour que tout le monde se préserve.

Moi : Quels sujets auriez-vous à rajouter sur la prise en soin de l'enfant né sous le secret dans votre service que nous n'aurions pas évoqué ?

Puéricultrice : En soit les questions sont bien mais effectivement tu pourrais parler de l'expérience, bah oui elle joue un rôle sur le plan professionnel mais aussi personnel. Moi qui n'aie pas d'enfant, je donne un peu plus d'amour que mes collègues qui ont des enfants savent faire la différence entre l'amour maternel et l'amour du soignant. Après parler du lien d'attachement, il faut savoir que cela est nécessaire pour l'enfant mais que c'est difficile à jauger au niveau des soignants, il faut que ce soit un attachement qui reste professionnel pour aider l'enfant.

Moi : Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé et merci pour vos réponses

Puéricultrice : De rien ce fut un plaisir pour moi. Je te souhaite une bonne fin de formation avec un beau diplôme à la fin.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| <i>I.Introduction</i> _____ | 1 |
| <i>II.Constat</i> _____ | 2 |
| <i>III.Cadre contextuel :</i> _____ | 6 |
| A.L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) _____ | 7 |
| B.Le Dénier de grossesse _____ | 8 |
| C.Les troubles psychologiques : _____ | 12 |
| 1.La dépression du nourrisson : _____ | 12 |
| 2.L'hospitalisme : _____ | 13 |
| D.Service de néonatalogie : _____ | 14 |
| E.Mission de la Puéricultrice : _____ | 15 |
| F.Tranche d'âge observé : _____ | 16 |
| <i>IV.Cadre conceptuel</i> _____ | 18 |
| A.La relation soignant/soigné _____ | 18 |
| 1.Différentes relations du soignant/soigné _____ | 18 |
| 2.Interaction soignant-bébé : Relation de référence _____ | 19 |
| B.Lien d'attachement _____ | 21 |
| 1.Les 4 styles d'attachements _____ | 21 |
| 2.Construction du lien d'attachement _____ | 22 |
| C.L'émotion du soignant face à l'enfant né sous le secret _____ | 24 |
| 1.Emotion _____ | 24 |
| 2.Répercussion des émotions du soignant dans la relation avec l'enfant né sous le secret | |
| _ 25 | |
| <i>V.Hypothèse :</i> _____ | 28 |
| <i>VI.Méthodologie des entretiens semi-directifs</i> _____ | 29 |
| <i>VII.L'Analyse de l'enquête</i> _____ | 32 |
| A.Les émotions : _____ | 32 |
| B.Relation soignant/soigné _____ | 34 |
| C.Les nouveaux thèmes : _____ | 35 |
| <i>VIII.Conclusion :</i> _____ | 39 |
| <i>IX.Perspectives professionnelles</i> _____ | 40 |

Bibliographie
Annexe