



HAL
open science

De la douleur à la joie : où le rôle de la puéricultrice dans l'expérience d'une nouvelle parentalité après la perte d'un enfant

Eloane Vancoeillie

► To cite this version:

Eloane Vancoeillie. De la douleur à la joie : où le rôle de la puéricultrice dans l'expérience d'une nouvelle parentalité après la perte d'un enfant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04554834

HAL Id: dumas-04554834

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04554834v1>

Submitted on 22 Apr 2024

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.

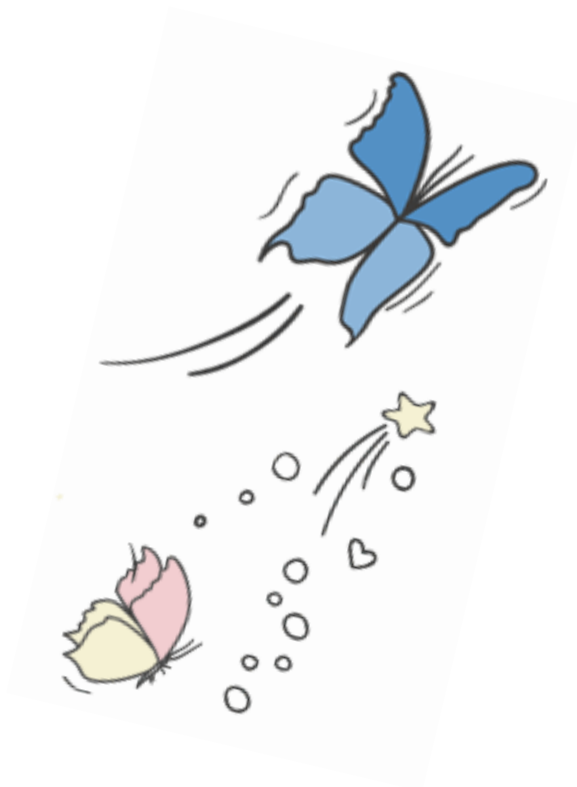
L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



FACULTÉ DE
MÉDECINE, MAÏEUTIQUE,
SCIENCES DE LA SANTÉ

Eloane VANCOEILLIE

Promotion 2022/2023



***De la douleur à la joie : où le rôle de la puéricultrice dans l'expérience
d'une nouvelle parentalité après la perte d'un enfant***

Ecole de puéricultrices
FMMS Campus Humanité

« Avant ma naissance, venait de mourir un frère... Quand je suis né, ils m'ont donné le même nom que lui : Salvador. À cause de cela, j'ai vécu toute mon enfance et toute mon adolescence portant agrippée à mon corps et à mon âme l'image de mon frère mort...

À cause de cela, j'étais forcé de commettre constamment des excentricités et des actes truculents d'exhibitionnisme, pour me prouver d'abord à moi-même que je n'étais pas ce frère mort, et ensuite pour le prouver aux autres. Grâce à ce jeu constant, consistant à tuer par mes excentricités la mémoire de mon frère, j'ai réussi le mythe des Dioscures : Castor et Pollux : un frère mort, l'autre immortel. »

Salvador Dalí

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue et qui m'ont permis de réaliser ce mémoire mais aussi celles qui tout au long de ma formation infirmière et puéricultrice ont réussi à m'accompagner dans ces grandes aventures.

- ✂· Mme Géraldine Domergue, ma formatrice guidante pour sa patience, sa disponibilité et ses conseils.
- ✂· L'équipe de formatrice de la FMMS de l'Université Catholique de Lille pour leur soutien et leur aide tout au long de cette année de formation.
- ✂· Les infirmiers et puériculteurs que j'ai pu rencontrer au cours des stages et qui ont su me transmettre leurs savoirs.
- ✂· Ma famille, ma mère, ma grand-mère, ma tantine et ma cousine pour leur présence sans failles.
- ✂· Amandine et Jeanne, mes merveilleuses collègues de promotion qui sont devenues bien plus que cela, des amies fidèles, sincères et extrêmement drôles sans lesquelles cette année aurait été bien fade...
- ✂· Alaska, merci pour ton soutien infailible durant les 17 années que nous avons partagées ensemble, puisse toi aussi rejoindre les étoiles...

Table des matières

1. Introduction	1
2. Situation de départ	2
3. Étonnement, Questionnement	5
4. Cadre Contextuel	7
A. La maternité	7
B. La Puéricultrice	8
C. Devenir parent	9
a. La Grossesse	9
b. La parentalité	11
D. La perte de l'enfant à naître	13
a. La Mort Périnatale	13
b. Le deuil périnatal	15
5. Cadre conceptuel	17
A. Stress prénatal	18
a. Qu'est ce que le stress ?	18
b. Qu'est ce que le stress prénatal ?	19
c. Comment ce stress influence-t-il l'enfant ?	20
B. L'attachement	23
a. Attachement au cours de la grossesse	23
b. Attachement et stress	24
c. Lien avec les compétences néonatales de l'enfant	25
d. Les conséquences du stress sur l'attachement à long terme	26
e. Place de cet enfant puîné dans la cellule familiale ?	26
C. Soutien à la parentalité d'une famille ayant vécu du deuil infantile dans l'enfant puîné	28
a. Entendre la souffrance et les émotions du couple	28
b. Accompagner dans cette expérience de parentalité	29
6. Cadre Réglementaire	31
7. La question de recherche et de l'hypothèse	32
8. Réaliser l'enquête	33

A. Méthodologie de l'enquête	33
B. Choix de la ou des structure(s)	34
C. Choix de la population avec les critères d'inclusion et d'exclusion	35
D. Réalisation de l'enquête	36
9. Analyser	38
A. Choix des modalités d'exploitation des données d'enquête	38
B. Croisement des données avec le cadre de référence	39
a. Attachement	39
b. Posture professionnelle	42
c. Observation clinique de la famille, vision globale, holistique	44
d. Écoute active	45
E. Validation ou non des hypothèses	46
10. Proposition des perspectives professionnelles	47
11. Conclusion	48
BIBLIOGRAPHIE	1

Annexe 1

Annexe 2

1. Introduction

L'objet de ce mémoire porte sur l'expérience d'une nouvelle parentalité à la suite d'une perte d'un enfant. Pour tout parent, la parentalité est une expérience profondément enrichissante et bouleversante, un voyage parsemé de moments de joie, d'émerveillement et d'amour inconditionnel. Cependant, le souvenir de cet enfant fait de ce moment un mélange complexe d'excitation et de terreur, nourri par un sentiment de culpabilité et de confusion. Est-il possible d'aimer un autre enfant de la même manière après avoir vécu cette perte traumatisante ? Comment gérer les peurs incessantes, les doutes et les inquiétudes qui se superposent à cette nouvelle aventure ? Les parents qui se lancent dans cette expérience se trouvent devant un dilemme déchirant, oscillant entre la volonté de se reconnecter à la joie de la parentalité et la peur écrasante de revivre une nouvelle tragédie.

Cette épreuve douloureuse non seulement bouleverse leur vie, mais bouleverse également leur vision de la parentalité. C'est dans ces moments extrêmement difficiles que le rôle essentiel d'une puéricultrice entre en jeu. En tant que professionnel de la santé spécialisé dans les soins aux enfants, la puéricultrice joue un rôle crucial dans l'accompagnement des parents qui font face à la perte de leur enfant, les aidant à reconstruire leur vie et à vivre leur expérience de parentalité d'une manière adaptée à leur nouvelle réalité.

Le premier stage que j'ai effectué auprès des enfants se déroulait en maternité, je ne savais en aucun cas à quoi m'attendre. Certaines mamans étaient la parfaite représentation de la jeune mère : souriante, rayonnante, fière de son enfant, avenante à l'égard des professionnels, un peu euphorique aussi. D'autres étaient le parfait contraire de ma représentation : tétanisées à l'idée de prendre leur bébé dans les bras, maladroitement, ne prenant pas d'initiatives à l'égard de leur enfant. Mes représentations n'ont pourtant pas été mises à mal mais elles ont simplement été complétées.

Dans ce travail de fin d'études, je vais exposer la situation qui m'a marquée et poussée à en rechercher davantage sur le sujet. En découlera une première problématique qui s'appuiera sur le contexte de la situation et qui ouvrira sur trois concepts plus que indispensables à la réflexion du sujet. Enfin j'émettrai des hypothèses de recherches concernant le rôle de la puéricultrice dans ces situations, à la suite de cela je vérifierai la cohérence des mes hypothèses en analysant les entretiens réalisés.

2. Situation de départ

Je suis étudiante de troisième année à l'IFSI. Je suis stagiaire pendant 10 semaines en service de maternité dans un hôpital de la région picarde, classée de niveau 2B. Et en plus de cela je gère les arrivées des patientes aux urgences gynécologiques. Nous sommes vendredi, je travaille d'après-midi avec une collègue infirmière, une puéricultrice, une sage-femme, une aide-soignante, une auxiliaire de puériculture et un agent de service hospitalier.

La situation se passe lors de ma septième semaine, vers 20 heures, j'accueille Mme C en service de maternité, une jeune femme de 33 ans, mère d'un premier petit garçon âgé de 2 ans. Elle vit avec son époux et son fils dans un pavillon en ville. Elle travaille en tant que professeure des écoles, son mari en tant que professeur de mathématiques dans un collège. C'est donc sa deuxième grossesse, cependant, celle-ci n'est pas à terme puisqu'elle est à 30 SA, Mme C et son conjoint souhaitent garder la surprise quant au sexe de leur enfant.

Deux années auparavant, Mme C a accouché d'un petit garçon, cet accouchement s'est dans l'ensemble bien passé. En effet, celui-ci s'est déroulé dans le même hôpital, par conséquent, j'ai pu récupérer toutes les informations nécessaires concernant les antécédents obstétricaux et généraux de Mme C. Elle menait une grossesse normale, cependant durant celle-ci elle développe un diabète gestationnel non traité mais très bien équilibré grâce à une bonne hygiène alimentaire mais aussi en pratiquant un peu de natation non intensive. Le fils de Mme C avait été diagnostiqué macrosome, et pesait 4,3 kilogrammes à la naissance avec une taille de 55 centimètres. Un accouchement par voie haute a donc été programmé puisque la taille et le poids de l'enfant étaient des facteurs de risques. Le fils de Mme C est né sans autres complications, il avait des glycémies capillaires normales et des examens de naissance normaux. Je remarque un score de Apgar à 9-10-10, témoignant donc d'un excellent état général à la naissance. De son côté Mme C n'avait pas non plus de complications, une bonne récupération de la sensibilité des membres inférieurs pas de réaction indésirable face à l'anesthésie, des lochies normales, une cicatrice de césarienne avec un bon aspect général. De ce fait Mme C et son fils ont pu repartir au bout de 5 jours de la maternité. Lors de cette seconde grossesse, le déroulement est assez comparable. Elle développe également un diabète gestationnel, il est là aussi non traité mais équilibré. Le bébé de Mme C est aussi diagnostiqué macrosome avec une estimation de 4 kilos pour une taille de 53 cm. À l'instar de sa première grossesse, un accou-

chement par voie haute a donc été programmé en raison de la taille, du poids de l'enfant ainsi que de l'antécédent de césarienne.

Initialement, Mme C est admise aux urgences gynécologiques que je gère. Depuis 2 jours elle sent moins son bébé bouger. Je vais chercher son dossier et l'accueille dans la salle d'examen. Je lui prends ses paramètres vitaux, qui sont correctes. Je lui pose d'autres questions concernant le déroulement de sa grossesse, elle m'explique que tout se passe bien mais que depuis quelques jours elle s'inquiète quant à la vigueur de son enfant puisqu'elle ne le sent plus bouger. Je lui fait faire une bandelette urinaire, j'y retrouve des hématies en grande quantité. J'appelle donc tout de suite l'obstétricienne qui prend en charge immédiatement Mme C pour une échographie. C'est de cette manière que la médecin remarque une zone étendue ayant toutes les caractéristiques de l'Hématome Rétro-Placentaire (HRP) à un stade avancé. Elle décide alors de pratiquer à Mme C une césarienne en urgence.

Dans le service de maternité, la sage-femme demande à l'équipe et moi-même de préparer une chambre pour Mme C, elle nous communique en même que Mme C a un HRP à un stade préoccupant, elle nous explique que son époux a été prévenu et qu'il allait assez rapidement arriver dans le service. Je m'occupe donc de la préparation de la chambre en veillant à y mettre tout le nécessaire, pied à perfusion, alèses, pot à diurèse, protections hygiéniques...

Mr C, le mari de Mme C, arrive en pleurs, essoufflé et extrêmement inquiet dans le service de maternité. Il se présente au bureau infirmier. Ma collègue sage-femme s'empresse d'aller le voir et de lui donner les dernières informations qu'elle a et lui demande d'attendre sa femme dans sa chambre. Depuis le bureau, je peux apercevoir la chambre en question. La porte est entrebâillée, certainement pour pouvoir écouter les discussions dans les couloirs à propos de son épouse. Je décide de voir Mr C, je lui donne de l'eau, un verre et de quoi manger bien que cela ne soit pas vraiment d'usage. Il me remercie et s'effondre devant moi. Je ne sais absolument pas comment réagir face à sa détresse. J'ai essayé d'être la plus rassurante et à l'écoute possible bien que je n'avais pas vraiment d'autres informations à propos de la situation. Je lui demande s'il souhaiterait qu'une de mes collègues vienne le voir pour peut-être pouvoir répondre à ses questions. Il me dit qu'il ne veut pas et que tout ce qu'il souhaite c'est savoir son enfant et sa femme en sécurité. Je lui réponds que je comprends et que s'il a la moindre question il peut sans aucun problème venir au bureau infirmier.

Nous sommes en début de soirée, vers 20h. Une sage-femme du bloc opératoire vient dans le service de maternité, au bureau infirmer. Je suis derrière elle, elle s'adresse à l'équipe et leur fait des transmissions orales avant l'arrivée de Mme C. Elle explique ce qui s'est passé en salle d'intervention. La césarienne en urgence a été faite, l'HRP était de grande étendue. Le bébé qui était un petit garçon, n'a pas survécu, le score de Apgar a été évalué à 0-0-0. D'après elle il serait décédé d'anoxie anté-natale. Vers 20h30, Mme C revient en service. C'est l'aide-soignante du bloc opératoire et l'auxiliaire de qui se chargent de brancarder Mme C. Elle a l'air triste, je vois ses yeux rouges, gonflés, pleins de larmes. Elle ne parle pas, elle a l'air ailleurs, absente, comme si elle ne réalisait pas.

Je prends l'initiative de faire l'entrée administrative de Mme C dans le service et de noter les faits importants pour sa prise en soins. En tant que patiente césarisée, une surveillance constante est à faire notamment sur le plan antalgique, du risque infectieux, de la cicatrice, de l'anesthésie...

Mes collègues me laissent aller seule effectuer cette surveillance. J'appréhendais terriblement cette rencontre. Durant les soins, le dialogue se résume au strict minimum, Mme C a les yeux dans le vide, elle est aréactive, je lui demande son niveau de douleur, je ne perçois aucune réponse ni verbale ni faciale. Je lui explique malgré tout les soins que je réalise à son chevet. Elle ne me regarde pas, elle a les yeux dans le vide. Dès que le soin est terminé j'en avertis Mme C.

Lorsque la porte se ferme, je ne cesse de ressasser ce soin et sa médiocrité, je n'ai pas su trouver les mots, ni les gestes qui auraient pu reconforter Mme C. J'avertis d'emblée l'équipe soignante qui ne semble pas être à l'écoute de mes transmissions... J'en fait fi mais je ne parviens pas à comprendre cette réaction. J'ai toujours été exigeante avec moi-même, et ce jusqu'à ce jour. Même lors du trajet de l'hôpital jusqu'à chez moi je pense à cela et à comment j'aurais pu l'aider autrement que ce que je venais de faire. C'est alors que je me rappelle qu'au moment de la préparation de stage, j'avais dit à ma formatrice que je n'avais pas d'appréhension particulière mais que les situations qui potentiellement impliqueraient la mort d'un enfant ou de la maman me tétaient. Sur le chemin du retour je pleure, je me dis que cette maman méritait bien mieux que mon peu de maîtrise de la maternité, aurai-je pu changer d'une quelconque manière l'issue ? Clairement pas non, mais je ne pouvais m'empêcher de ressasser ce qui venait de se passer et la peine incommensurable de Mme C.

3. Étonnement, Questionnement

Durant cette situation, plusieurs points ont fait émerger en moi des questionnements, surtout concernant ma posture professionnelle, l'accompagnement à court et à long terme de cette mère de famille, mais aussi cette géographie particulière qui conditionne le séjour en maternité de Mme C.

Dans un premier temps la géographie m'a interpellée, Mme C est hospitalisée en maternité, au milieu de tous les bébés, de leurs pleurs, de leurs cris. Elle est au contact de toutes ces personnes qui viennent à la maternité afin de célébrer un événement heureux. La vision des mines réjouies des pères, des grands-parents, voir les cadeaux, les cosys peuvent engendrer chez elle un sentiment d'injustice : Pourquoi moi ? Pourquoi ai-je perdu mon bébé ? Selon moi il y a un vrai décalage entre sa prise en soins qui doit être la plus paisible possible après le drame qu'elle vient de vivre et là où elle est hospitalisée, c'est à dire dans un endroit joyeux, avec du passage. Cela crée donc un véritable contraste qui va impacter durablement le séjour de Mme C mais aussi son vécu de cette parentalité.

Ce stage a d'une manière générale assez éprouvant. Bien que je ne le détaille pas, ce fait là dans la situation, les relations que j'entretenais avec l'équipe étaient selon moi et mon ressenti plutôt froides. Ce contexte que je qualifierai de "tendu" a très probablement contribué à mon comportement dans la situation. Je me souviens qu'à ce moment je voulais surtout faire un travail de qualité. Étant donné que les relations n'étaient pas au beau fixe, je me suis réfugiée derrière cette nécessité que les dossiers soient à jour. D'autant plus qu'à ce moment-là je me suis sentie comme un peu poussée par l'équipe à aller auprès de cette maman qui venait de perdre son enfant. Je me sentais totalement démunie, je ne savais pas comment faire. Quels étaient les mots que je pouvais lui apporter comment je pouvais la reconforter ou comment même je pouvais accueillir son chagrin alors que moi même j'étais terrifiée à cette idée. Cependant je savais que je devais être la plus neutre possible, afin de donner le change, mais aussi de démontrer à la maman que j'étais professionnelle et apte à accueillir ses émotions. Mais c'était également un défi personnel pour montrer aux infirmières que j'étais capable de maîtriser mes émotions. Malgré tous ces paramètres qui ont influencé mes agissements, à l'heure actuelle en tant que très jeune infirmière, je ne saurais toujours pas comment me com-

porter avec cette maman. En outre, la situation à laquelle j'étais confrontée était extrêmement délicate puisque cette maman venait de vivre une épreuve plus qu'impossible à imaginer.

L'accompagnement que j'ai pu prodiguer n'est selon moi en aucun cas à la hauteur de ce qu'elle méritait. De plus la situation se passant un vendredi soir, je n'ai pas pu avoir de nouvelles de cette jeune femme et donc n'ai pas pu savoir comment son accompagnement s'est passé lors de son hospitalisation. En tant qu'étudiante en soins infirmiers, je n'avais pas forcément compris les tenants et les aboutissants de cet accompagnement qui s'étend dans la durée. Mais plutôt uniquement durant la période d'hospitalisation notamment avec le rôle préventif et relationnel de l'infirmier qui est à mon sens le pilier de sa formation et de sa profession. Maintenant en tant qu'étudiante puéricultrice, j'ai davantage en tête cette continuité de soins qui s'étendent sur durée extrêmement longue. Les soins en question ne sont pas de l'ordre somatique mais plutôt psychiques.

Cette question de l'accompagnement me fait m'interroger sur "*l'après*", comment après une épreuve pareille, aussi soudaine et inattendue soit-elle cette maman peut retourner chez elle. En quoi son accompagnement à long terme est-il différent ayant accouché d'un nouveau-né à terme, bien portant et vivant ? Verra-t-elle des psychologues, des professionnels de santé lui permettant d'exprimer son mal être vis-à-vis de cette expérience douloureuse ? Mais au-delà de ce retour à domicile qui est évidemment compliqué qu'en est-il sur le long terme ? Quelles seront les conséquences vis à vis de la relation qu'elle entretient avec son mari ? Avec son fils ? Comment cette mort périnatale inattendue et soudaine va-t-elle influencer la dynamique familiale ?

Question de départ :

En quoi la puéricultrice est-elle en capacité d'accompagner à la parentalité après un deuil périnatal tout en prenant en compte cet enjeu pour la prochaine grossesse ?

4. Cadre Contextuel

A. La maternité

La maternité dans laquelle je suis allée en stage se trouvait dans la région picarde. En 2020, celle-ci a accueilli près de 1035 accouchements, ce qui est assez peu.

Elle bénéficie également du niveau 2A. Ces maternités sont capables de prendre en soin des nouveaux-nés prématurés à un terme supérieur ou égal à 32 semaines d'aménorrhée. Et est pourvue d'une unité de néonatalogie, ce qui permet de le prendre en soins de suite après la naissance.

Cette maternité ne dispose pas du label IHAB. Il est à savoir que ce label permet de : *"récompenser l'engagement des professionnels de maternité et de néonatalogie auprès des familles pour des pratiques autour de la naissance alliant sécurité médicale, qualité des soins, bien-être et bienveillance"* ¹. Concrètement pour les puéricultrices, cela implique qu'il faut encourager l'allaitement sans pour autant aller à l'encontre de la volonté des parents, mais aussi le protéger et restreindre les pratiques commerciales agressives utilisées pour vendre des produits destinés à l'alimentation. Un des autres préceptes implique le respect des rythmes de l'enfant et de la mère, il faut aussi toujours conserver une proximité parentale pour n'importe quels gestes de soins.

En maternité, le rôle de la puéricultrice est primordial afin d'accompagner les nouveaux parents et veiller à la santé et au bien-être des nouveau-nés. Elle intervient dès la naissance du bébé et assure un suivi régulier tout au long du séjour à l'hôpital. Son rôle est également de prodiguer des soins de base au nouveau-né, tels que le nettoyage et le changement de couches. La puéricultrice joue un rôle important dans l'accompagnement des parents, notamment dans l'apprentissage des gestes de la vie quotidienne avec leur nouveau-né. Elle assure la prise en charge globale du bébé, en prodiguant des conseils sur l'alimentation, la prise de poids, le sommeil ou encore les soins d'hygiène.

¹ <https://www.i-hab.fr>

B. La Puéricultrice

En 1962, s'ouvrait sous l'impulsion du professeur Marcel Lelong, un des précurseur des soins prodigués de développement aux nouveaux-nés prématurés, le premier congrès national des puéricultrices. À cette occasion, Marcel Lelong s'exprime sur la profession de Puéricultrice. Il y explique que dans les années 1920, alors que la France sortait de la Grande Guerre, le ministère de l'Éducation Nationale créa en lien avec le Dr Pinard, doyen de la faculté de médecine, l'École de Puériculture. Cette discipline était affiliée à la Faculté de Médecine. Faisant foi selon Lelong de la volonté de faire des études en soins infirmiers des études s'adressant : *" à une élite, de promouvoir une élite "*, ce qui mettait déjà en exergue la nécessité de créer une profession spécialisée et dévouée aux soins de l'enfant. C'est en 1947 que la profession se précise sous la férule Robert Prigent, Ministre de la Santé et du Dr Cavaillon, directeur des Hôpitaux à la Santé Publique.

Selon Lelong, la Puéricultrice est une professionnelle ayant 4 tâches. Premièrement c'est une infirmière qui est spécialisée. Notamment dans les soins prodigués aux enfants : *" qui sont les plus difficiles , les plus spécialisés : les nourrissons, les nouveau-nés, les prématurés. (...) Elle est également présente pour les mêmes catégories d'âges, dans tous les établissements de convalescents et de chroniques où il y a des soins à donner aux enfants "*. Lelong la définit comme : *" l'œil permanent du médecin dirigé sur l'enfant "*. Il souligne par là son expertise et sa présence nécessaire, il explique aussi très bien que la Puéricultrice doit avoir un regard clinique, elle doit être en capacité de détecter les symptômes des petits patients et c'est ce que Lelong qualifie de : *" rôle en médecine préventive "*

Deuxièmement, la puéricultrice a cette particularité d'être auprès de l'enfant et de sa famille, Lelong explique qu'elle a pour tâche : *" l'exécution des prescriptions du médecin "*. Non pas dans le cadre de l'administration thérapeutique comme on peut l'entendre dans le milieu hospitalier mais plutôt dans la mesure où elle a la connaissance du traitement et qu'elle est en capacité de **montrer** aux donneurs de soins de l'enfant la bonne marche à suivre, c'est son rôle éducatif.

Troisièmement Lelong revient sur ce rôle éducatif puisque pour lui la puéricultrice est : *" l'éducatrice sanitaire la plus qualifiée "*. Pour lui cette éducation se fait par la démon-

tration aux parents ce qui leur permet de comprendre comment en tant que parents ils sont en capacité de répondre aux besoins de leur enfant. ²

Dans "*Rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité*", les autrices corroborent les propos de Lelong. En effet, elles affirment : "*Cette profession tient pourtant une place majeure dans le dispositif de soutien à la parentalité, par son rôle prépondérant auprès de l'enfant*", elles poursuivent en expliquant qu'une des principales missions de l'IPDE est en fait de prendre en soins l'enfant de manière holistique tant bien à l'hôpital avec l'enfant malade tant au domicile en veillant à son bon développement psycho-moteur et affectif au sein des familles. ³

C. Devenir parent

a. La Grossesse

La grossesse est un moment charnière dans la vie d'une femme, c'est un moment où elle devient plus que mère, certains auteurs, psychologues, sociologues et philosophes considèrent même cela comme une continuité de soi-même. Une continuité métaphysique qui permet à la mère d'étendre son patrimoine génétique et qui ne s'arrête pas à elle, qui va au delà. La grossesse est aussi un épisode bouleversant puisque c'est une période de remaniements et de chamboulements psychiques intenses mais aussi de modifications physiques importantes. En effet, nombre d'auteurs ont pu expliquer les remaniements psychiques que vivait la femme enceinte.

Par exemple Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste, parle de "*préoccupation maternelle primaire*". Selon lui, le comportement maternel se modifie, il est d'ailleurs qualifié par Winnicott de : « *folie normale* ». Cette hypersensibilité maternelle se positionne quelques semaines et après avant l'accouchement. Cette particularité permet à la mère d'être totalement dévouée et d'investir son nouveau-né. Winnicott explique aussi que cet état donne la capacité

² Rapports du 1er Congrès National des Puéricultrices diplômées d'état, Evian, juin 1962

³ CHEVALLIER Camille, COLLOMBIER Madeleine, ZEINDLER Eliane *et al.*, « Rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité », *Santé Publique*, 2018/5 (Vol. 30), p. 633-661. DOI : 10.3917/spub.186.0633. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-sante-publique-2018-5-page-633.htm>

à la mère d'être extrêmement attentive mais aussi réactive quant aux besoins de son nouveau-né tout en ayant une douceur, soin et attention.⁴

En 1961, Paul-Claude Racamier, psychiatre et psychanalyste français, introduit le terme de "*maternalité*" dans le paysage de la psychanalyse française. Il la définit comme : "*L'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité*"⁵. Racamier décrit dans son ouvrage, "*De psychanalyse en psychiatrie*" plusieurs mouvements qui peuvent expliquer cette maternalité. Il met en exergue une remise en question des conflits infantile mais aussi des processus d'identification. Il identifie également la mise en place de positions relationnelles nouvelles. Cette crise peut être mise en parallèle avec la crise d'adolescence, mais selon Racamier la maternalité inflige à la personnalité de la mère un vaste mouvement, notamment sur des questions des processus inconscient sur l'expérience de la maternité sur la relation de la mère et de son enfant sur l'instinct maternel.⁶

Dernièrement la psychanalyste et psychiatre Monique Bydlowski, s'est intéressée à la psychologie de la femme enceinte. Elle repère un état, un fonctionnement psychique particulier de la femme enceinte qu'elle qualifie d'état de transparence psychique, selon elle : "*Des moments de l'histoire du sujet refoulés refont surface au moment de la grossesse : émergence de souvenirs d'enfance, de sentiments, d'émotions du passé.*"⁷ C'est en réalité une altération du processus psychique maternel normal qui permet à la mère d'accéder à des moments de son enfance et de son passé qui ont pu être, ou qui lui ont infligé une souffrance. Le moment de la grossesse remet donc en jeu ces problématiques. La jeune mère va donc davantage se préoccuper de ses expériences et traumatismes passés. Bydlowski explique également qu'une jeune femme ayant eu des expériences passées, paisibles et sereines aura donc par conséquent une grossesse sereine et quiète. A contrario, une femme ayant vécu des expériences négatives, ou n'ayant pas été investie en étant enfant, vivra sa grossesse de manière agitée et propice aux doutes.⁸

⁴ Winnicott D. W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1958, p. 285-291.

⁵ P.-C. Racamier, avec la coll. de C. Sens et L. Carretier, *La mère, l'enfant dans les psychoses du postpartum, Évol. psychiat.*, XXVI, 1961, 525-570.

⁶ Racamier P.-Cl. (1998), *De psychanalyse en psychiatrie*, Paris, Payot et Rivages, 1979, p. 193-242.

⁷ Bydlowski, M., « La transparence psychique de la grossesse », in *Études freudiennes*, 1991, 32, 2-9.

⁸ Bydlowski, M., *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Puf, « Le fil rouge », Paris, 1997

Comme exposé ci dessus, la maternité est à l'origine de multiples changements qu'ils soient psychiques ou physiques. Mais la grossesse s'accompagne aussi de prise de poids qui peuvent provoquer chez la maman une perception tronquée de son image, elle peut se sentir "grosse", plus désirable aux yeux de conjoint. Elle voit aussi l'apparition des vergetures, la poitrine qui augmente de volume...

b. La parentalité

La parentalité est un processus complexe, deux auteurs ont notamment travaillé sur ce concept. Dans un premier temps Pierre Delion psychanalyste et pédopsychiatre français définit la parentalité comme : *"L'ensemble des remaniements psychiques à l'oeuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher"*⁹. Cependant une autre définition a été élaborée en 1999 par Didier HOUZEL et un groupe pluridisciplinaire de travail : *"cette notion définissait (...) les différentes manières d'être parent."*¹⁰. Dans *"Les enjeux de la parentalité"* Didier Houzel poursuit ainsi en axant sa réflexion sur 3 points primordiaux : *"L'exercice de la parentalité ; l'expérience de la parentalité; et la pratique de la parentalité"*.¹¹

Ainsi on comprend que Delion et Houzel se rejoignent sur le point des modifications et remaniements psychiques que subit le parent, il est à mon sens intéressant de noter que les deux auteurs utilisent le terme de "parent" et non de "mère" ou de "père". Mais Houzel soulève le fait que le parent a aussi deux autres rôles autour des modalités de la parentalité.

La première est l'exercice qui fait lieu de tous les tenants et les aboutissants de l'aspect juridique de l'enfant que ce soit la reconnaissance paternelle, les obligations parentales... Mais aussi la pratique de la parentalité qui s'exprime à travers la vie quotidienne, le nourrir, le changer, l'endormir, lui donner de l'affection... De ce fait HOUZEL englobe dans le concept de parentalité tous les aspects des changements parentaux qui de manière prosaïque impacte la vie affective au travers des remaniements psychiques, la vie quotidienne mais également le statut juridique et devant la loi.

⁹ Delion Cours de puer

¹⁰ MELLIER Denis, GRATTON Emmanuel, « Éditorial. La parentalité, un état des lieux », *Dialogue*, 2015/1 (n° 207), p. 7-18. DOI : 10.3917/dia.207.0007. URL : <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2015-1-page-7.htm>

¹¹ D. Houzel, *Les enjeux de la parentalité*, Toulouse, érès, 1999.
LATUILLIÈRE Marion, « Qui dit parentalité ? », *Spirale*, 2015/3 (N° 75), p. 15-22.
DOI : 10.3917/spi.075.0015. URL : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2015-3-page-15.htm>

De plus Serge Lebovici évoque quant à lui les 4 représentations de l'enfant, il y distingue :

- " *L'enfant imaginaire : fruit du désir de grossesse, alimente les rêveries de la mère*
- *L'enfant fantasmatique : fruit du désir d'enfant, représente l'enfant des conflits infantiles et refoulés des parents*
- *L'enfant mythique se trouve chargé des références culturelles que tout être humain subit, car la mère introduit sa culture non seulement dans les soins qu'elle dispense à l'enfant, mais aussi dans les représentations qu'elle ébauche dès la grossesse.*
- " *L'enfant narcissique bénéficie d'un formidable investissement narcissique de la part de ses parents, qui contribue à sa subjectivation.*" ¹²

Ainsi grâce aux recherches de S. Lebovici, on comprend que l'investissement est différent en fonction de la mère, de son vécu, de ses désirs inconscients... Les facteurs inhérents de la maman vont influencer sa relation à son nouveau-né. Mais au travers de l'enfant imaginaire il peut y avoir des désillusions, que se passe-t-il lorsque l'enfant ne correspond pas à l'idée qu'on s'en faisait ? Est-ce que cet enfant tant attendu est en réalité source de déception ? L'enfant fantasmatique quant à lui remet à sa naissance en jeu les relations que sa mère entretenait avec ses propres parents dans une dynamique conflictuelle. L'enfant mythique s'inscrit dans la culture parentale et ce surtout au niveau maternel. En effet c'est la maman qui porte l'enfant et avec lui tout ce qui lui incombe de faire pour que la grossesse se passe au mieux. Par l'enfant narcissique, c'est en fait la continuité de la mère, une continuité métaphysique qui permet à la mère d'étendre son patrimoine génétique et qui ne s'arrête pas à elle, qui va au delà. C'est presque elle qui vit à travers le bébé.

La parentalité est donc un concept complexe qui s'étend sur différents champs. En effet pour Marie-José Soubieux, il y a : "*nécessité absolue d'offrir un accompagnement spécifique aux couples qui s'engagent à nouveau dans le processus de parentalité*" ¹³. De cette manière elle nous fait comprendre que la parentalité n'est pas un acquis, elle ne peut s'exercer de la même manière pour chaque enfant. L'enfant est un être unique qui va développer son caractère, son

¹² S. Lebovici, S. Stoléru, *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste, Les interactions précoces*, op. cit. ; S. Lebovici, « Les interactions fantasmatiques », *Revue de médecine psychosomatique*, n° 37-38, 1994, p. 39-50

¹³ SOUBIEUX Marie-José, « Le deuil périnatal, un impensable à penser », *Le Carnet PSY*, 2014/9 (N° 185), p. 22-24. DOI : 10.3917/lcp.185.0022. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2014-9-page-22.htm>

tempérament, ses préférences et ses dégouts. Il faut donc être attentif à son enfant. De plus le vécu des parents conditionne aussi l'exercice de la parentalité. Par exemple le décès d'un nouveau-né ne peut que traumatiser les parents dans cette nouvelle aventure. Mais un des premiers problèmes rencontrés par les parents est cette parentalité qui ne peut aboutir en effet pour Maryse Dumoulin et Benoît Bayle : *" Le fœtus in utero est devenu un véritable patient. Sa visualisation lors des échographies contribue à lui donner une réalité plus concrète aux yeux de ses parents et, bien avant sa naissance, il est déjà pour eux un véritable enfant."* ¹⁴. De cette façon ce que disent les auteurs rejoignent un peu la vision de Lebovici et de ses quatre représentations de l'enfant par sa mère. Le deuil d'un enfant qui a compté pour ses parents mais pas pour le reste du monde. Ils restent incompris puisque la mère a porté l'enfant pendant des mois, elle l'a senti se développer, le père quant à lui a soutenu la mère à titre anecdotique ne ce serait-ce que pour les nausées matinales, les craving alimentaires, les "sautes d'humeur" et bien plus encore. Ce début de grossesse était un élan prometteur de joie, de nouvelles aventures et de découvertes. La mort foetale inattendue n'est en fait ni plus ni moins qu'un terrible dénouement qui initialement devait être heureux. Cette dernière citation me permet d'ouvrir ma réflexion sur le concept du deuil périnatal.

D. La perte de l'enfant à naître

a. La Mort Périnatale

Avant de pouvoir aborder la notion de deuil périnatal, je voudrais dans un premier temps faire un aparté sur la mort périnatale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la mort périnatale est définie par : *"Le décès d'un bébé après 28 semaines de grossesse, mais avant ou au cours de l'accouchement, est considéré comme une mortinaissance"* ¹⁵

En terme d'épidémiologie selon le gouvernement entre 2014 et 2019, le taux de mortinatalité par mort foetale spontanée (mortinatalité spontanée) est de 5,2 % et représente 61% de la mortinatalité.¹⁶

¹⁴ DUMOULIN Maryse, BAYLE Benoît, « 13. Accompagner le deuil périnatal. La mort des tout-petits », dans : Benoît Bayle éd., Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Paris, Dunod, « Aide-Mémoire », 2017, p. 114-123. DOI : 10.3917/dunod.bayle.2017.01.0114.
URL : <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-114.htm>

¹⁵ https://www.who.int/fr/health-topics/stillbirth#tab=tab_1

¹⁶ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/stabilite-de-la-mortalite-perinatale-entre-2014-et-2019>

Selon Chantal Haussaire-Niquet, il existe cinq particularités concernant la mort périnatale. En effet, selon elle la première et la mort dans la maternité, elle explique très bien que l'accouchement implique en réalité deux souffrances. L'une physique puisqu'elle met au monde un enfant. L'autre émotionnelle, puisqu'elle ne donne pas la vie, mais plutôt la mort.

Deuxièmement, il existe une absence de vie sociale partagée ainsi que le manque de traces du disparu. Il n'existe en fait pas de souvenirs, tangibles ou palpables en lien avec la vie du nouveau-né. En effet elle souligne que : *«l'absence de passé seul répond à cette absence d'avenir»*. Elle souligne le fait que l'enfant ayant une vie si fugace, ses parents ne peuvent qu'amorcer difficilement leur processus de deuil. C'est selon elle un *«effondrement de l'avenir»*. De plus elle ajoute que de nos jours il existe un véritable déni de la société, puisque l'enfant n'était connu uniquement de ses parents, les proches quant à eux ne peuvent alors pas imaginer ce manque qu'eux n'ont pas expérimenté.

Le troisième est le déni juridique de l'existence du bébé mort-né. En effet, la législation n'en est qu'à ses balbutiements pour certaines situations et n'existe pas vraiment de législation éthique compte tenu du vécu des parents. Cependant divers textes permettent une réelle reconnaissance du bébé mort-né. La circulaire ministérielle du 30 novembre 2001 permet aux parents de bébé mort-né au-delà de 22 semaines d'aménorrhée d'inscrire leurs enfants à l'État civil grâce à un "acte d'enfants sans vie". Encore aujourd'hui il existe un manque de communication sur ce sur ce sujet, ce qui entrave les parents dans leur volonté de rendre hommage à leurs progénitures.

Chantal Haussaire-Niquet soulève également l'expérience paternelle. Selon elle, les pères sont bien plus victimes que les mères. En effet, elle émet l'hypothèse qu'ils sont victimes d'un déni social plus important, en lien avec les injonctions sociétales sur la place de l'homme ainsi que de ses émotions. De plus d'un point de vue naturel, ils ont bien moins accès à l'enfant que la mère. La mère porte l'enfant tandis que le père est généralement présent, en tant que soutien. Or, lors de la mort de l'enfant, il existe toujours selon l'auteurice un paradoxe de la rencontre. Elle explique en fait que la mère et le père font la rencontre *"d'égal à égal"* avec l'enfant ce qui ne met ni l'un ni l'autre en position de supériorité par rapport au lien entretenu avec leur enfant.

Chantal Haussaire-Niquet poursuit avec la cinquième et dernière particularité qui est que la mort survient au cours de la transmission de la vie. En effet, elle s'appuie sur les travaux notamment de Christophe Massin qui introduit le concept de "continuité natale". Celle-ci se met en place notamment dans les moments autour de l'accouchement, c'est selon lui des instants essentiels et permettent donc aux parents de se sentir investi dans la venue au monde de l'enfant. Cependant, la mort périnatale chamboule cette continuité natale, mais pour autant elle n'est pas anéantie. Elle est même exacerbée, notamment puisque c'est la mort soudaine qui vient frapper de son sabre la vie. Chantal Haussaire-Niquet poursuit et quant à elle, il est important que cette continuité natale soit conservée, c'est notamment possible grâce aux soignants et à leur savoir-être. Il est important : « *d'appriivoiser à leur rythme la réalité de cette mort surgit au cœur de l'irreprésentable* ». Cette continuité natale va donc permettre aux parents d'abolir leurs doutes quant à leur sentiment sur les doutes qu'il soit réellement parent.¹⁷

b. Le deuil périnatal

Pour toutes les raisons évoquées dans la partie concernant la mort périnatale, le deuil périnatal est donc une épreuve supplémentaire. Pour Geneviève Delaisi de Parseval, psychologue et psychiatre française : « *on ne peut faire son deuil que du connu* »¹⁸. On peut comprendre que pour elle, quelqu'un ne peut faire le deuil que d'une personne qu'elle a déjà connu, qu'elle a déjà pu rencontrer. Mais qu'en est-il des fœtus morts in utéro ? Ces enfants que personne n'a jamais rencontré et pourtant déjà tellement investis auprès de leur parents. Mais n'oublions pas que la mort de l'enfant à naître est d'autant plus difficile à vivre que son existence et presque niée par l'entourage, mais aussi par la loi. En effet, il n'y a pas de passé commun partagé, mais il n'y aura pas non plus d'avenir et c'est ce qui rend le deuil périnatal d'autant plus difficile et c'est donc tout cela qui rend ce deuil si singulier pour Marie-José Soubieux.

¹⁷ Remaniement des 5 caractéristiques de la mort périnatale issu d'HAUSSAIRE-NIQUET Chantal, « Le suivi de deuil lors d'un décès périnatal », dans : Alain Bercovitz éd., *Accompagner des personnes en deuil*. Toulouse, Érès, « Pratiques du champ social », 2004, p. 67-87. DOI : 10.3917/eres.berco.2004.01.0067. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/accompagner-des-personnes-en-deuil--9782749202228-page-67.htm>

¹⁸ Geneviève Delaisi de Parseval, *Les deuils périnataux*, in *Etudes*, Tome 387, n°5 (3875), novembre 1997, p. 460.

Étymologiquement le mot deuil tient ses racines du latin "*dolium*" et "*dolere*". Mots qui renvoient à la douleur ou chagrin. Cela montre bien que c'est une douleur non pas ressentie dans sa chair mais bel et bien au plus profond de son être et presque impossible à soulager. Il peut malgré tout exister une composante somatique, on connaît par exemple le syndrome de Tako-Tsubo ou encore connu sous le nom de syndrome du cœur brisé. Cette pathologie est observée décrite après un stress important comme le décès d'un être cher.

Marie-José Soubieux a d'ailleurs pu identifier deux temps importants, qui sont notamment le travail de la perte et celui de survie.

En ce qui concerne le travail de la perte, pour elle c'est temps durant lequel le parent doit s'approprier ce deuil et le vivre en acceptant la douleur causée. Il existe selon elle « *autant de formes du deuil que de diade mère bébé et de diade, père bébé* »¹⁹

L'autrice et d'autres auteurs ont également soulevé diverses interrogations à l'égard de ce temps de survie. Ainsi selon eux ce deuil périnatal appartient à chacun vivant le deuil. Personne ne peut en réalité ressentir ce qu'une autre personne ressent et réciproquement. Cependant, elle émet un autre constat qui est que ce deuil se fait à la fois seul et à la fois en commun puisque ce sont deux parents, qui pleurent leur enfant. Ainsi deux issues différentes sont possibles au même titre qu'il y a deux parents différents. Certains couples voudront rapidement avoir un autre enfant tandis que pour d'autres, il sera impossible de l'envisager vis-à-vis de leurs doutes et de leurs craintes.

Toujours dans l'ouvrage : *Le berceau vide*, Marie-José Soubieux, analyse également les réactions après une mort périnatale. Pour elle il existe 3 mécanismes de défenses qui sont : le délire pour survivre, l'identification du bébé mort le déni du bébé.

Dans un premier temps, elle soulève le délire pour survivre. Elle s'appuie des travaux de Laurie Laufer, psychanalyste et professeure en psycho-pathologie. Selon Laufer dans l'énigme du deuil : « *face à la réalité traumatique externe la réalité interne psychique passe par le main-*

¹⁹ Soubieux, M.-J. (2013). *Le berceau vide*. Toulouse : Érvcvuuès, p. 93. ISBN : 978-2-7492-3825-8

tien pendant un temps logique d'élaboration interne de l'objet sous forme hallucinatoire »²⁰, ce qu'il raconte en fait c'est que le parent va s'imaginer que tout ce qu'il vient de vivre est en réalité, quelque chose d'imaginaire et cette raison de remaniement psychique qui est évidemment inconsciente, va lui permettre une certaine façon d'une certaine façon de surmonter cette épreuve.

De plus Soubieux explique aussi la notion d'identification au bébé mort. De cette manière, les parents se sentent comme mort intérieurement elle explique : « *Le Moi devient ce qu'il ne peut avoir* ». Ainsi, les parents qui avaient donc investi ce bébé durant toute la grossesse, peuvent « *les récupérer* » selon les propos de Soubieux. Laufer soulève également cette notion. Elle développe l'idée que la personne ayant été touchée par un deuil s'identifie lui-même à la mort.

Soubieux soulève également dans sa clinique, le déni du bébé. Elle expose le fait que certaines personnes ayant été touchées par un deuil périnatal, peuvent mettre à distance cet événement qu'il ont vécu.

En conclusion, la mort c'est l'événement tandis que le deuil c'est le temps nécessaire qui va permettre d'apaiser à minima cet événement qui n'est pas dans l'ordre des choses.

5. Cadre conceptuel

Après avoir développé les grandes idées et les grands concepts issus de la situation vécue, je voudrais désormais étudier 3 autres grands concepts.

En effet je vais dans un premier temps aborder le stress prénatal. En effet, d'une manière générale le stress touche une grande proportion de la population et est devenu au cours du temps un problème de santé publique majeur. Il est de notoriété publique que l'attente d'un enfant est un stress, mais avoir connu la perte d'un enfant ne pourrait faire qu'amplifier ce phénomène. Je voudrais donc m'intéresser à son impact sur la grossesse, l'accouchement et l'enfant.

²⁰ LAUFER Laurie, *L'énigme du deuil*. Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2006, ISBN : 9782130559290. DOI : 10.3917/puf.lauf.2006.01.

Je vais également aborder le concept de l'attachement, comprendre ainsi comment les stress vont pouvoir modifier ou non les liens d'attachements noués entre l'enfant et sa mère. Par quels mécanismes, ils vont pouvoir mettre en péril ou non la mise en place d'un attachement sécurisé.

Je vais aussi aborder le concept du soutien à la parentalité, notamment par l'intermédiaire de témoignage de mamans qui eu à vivre des morts et des deuils périnataux. Comprendre aussi que fait la puéricultrice dans ce genre de situation.

A. Stress prénatal

Le stress est probablement un des plus grand problèmes de santé publique à l'heure actuelle. Cependant il est important de s'attarder sur un point : le stress durant la grossesse. Nombre d'études ont illustré ce que ce stress implique sur cette dernière mais aussi sur l'enfant à naître.

a. Qu'est ce que le stress ?

Le stress est l'ensemble des réactions d'un organisme soumis à des pressions ou contraintes de l'environnement, les stressseurs.

Biologiquement, le stress est régi par ce que l'on appelle : " *l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénal*". Et se divise en 3 phases. La première est une activation de cet axe HHS et permet d'adapter son comportement à une menace imminente quelle qu'elle soit. La seconde phase est celle de résistance dans laquelle un second axe est impliqué : l'axe CRH. La principale molécule impliquée est un gluco-corticoïdes : le cortisol. Si cette situation perdure, on assiste à l'entrée dans la troisième et ultime phase qui est celle d'épuisement. Elle correspond à un état dit de "stress chronique". Les récepteurs au niveau du SNC deviennent donc de moins en moins sensibles aux glucocorticoïdes et inondent l'organisme, l'hippocampe s'en retrouve submergé et ne peut plus assurer la régulation.

Au final on peut dire que le stress a plusieurs actions, il peut être bénéfique puisqu'il nous protège dans des conditions dangereuses, urgentes et durant lesquelles la réflexion n'est pas une option. Cependant dans d'autres cas il est délétère puisque lorsqu'il va agir pendant un long moment, entraînant d'énormes conséquences sur la vie quotidienne notamment sur le plan psychique avec des sentiment d'angoisse, d'anxiété, de panique mais sur plan plus soma-

tique comme le sommeil qui entraîne donc des difficultés de récupération, mais aussi un manque d'entrain...

b. Qu'est ce que le stress prénatal ?

Comme exposé ci dessus le stress a beaucoup de fonctions mais aussi d'étiologies. Néanmoins, dans le cadre de ce mémoire je voudrais m'attarder sur le stress prénatal ou encore appelé stress maternel.

Il a été identifié deux types de stress :

- Stress objectif ²¹

C'est un stress qui est lié aux épreuves quotidiennes auxquelles la future mère est confrontée. Il y a une notion de quantité mesurable d'événements éprouvants auxquels la personne devra faire face.

- Stress subjectif ²²

Dans le stress subjectif, il y a une notion d'individualisme. C'est en fait la réaction de la personne face à un événement traumatisant ou des émotions fortes bien souvent assimilées à quelque chose de négatif.

Une étude du Docteur Suzanne King de l'université de McGill à Montréal a mis au jour le projet "Verglas" commencé en 1998 alors que le Québec venait de subir une terrible tempête de verglas. Le but de cette étude était d'observer les conséquences développementales du stress maternel prénatal chez les enfants, notamment aux niveaux cognitifs, comportementaux, moteurs et physiques.²³ Selon cette étude, le stress prénatal, le plus néfaste serait le stress prénatal objectif.

²¹ <http://www.douglas.qc.ca/page/prenatal-stress?&locale=fr> (consulté le 05/05/2023)

²² <http://www.douglas.qc.ca/page/prenatal-stress?&locale=fr> (consulté le 05/05/2023)

²³ <https://www.mcgill.ca/projetverglas/fr> (consulté le 05/05/23)

c. Comment ce stress influence-t-il l'enfant ?

Comme décrit précédemment dans la partie sur la physiologie du stress, le cortisol est la principale hormone intervenant dans le stress. Selon certaines études, celui-ci va directement intervenir sur le fœtus. Il existe un lien linéaire entre le taux de cortisol chez la mère et le fœtus. En fait si l'on retrouve des taux bas chez la mère cela veut dire qu'on retrouvera des taux élevés chez le fœtus. Il subit donc le stress de sa mère. Les effets du stress sur l'enfant dépendent aussi du moment de son exposition. Des études tendent à démontrer que les deux premiers trimestres sont décisifs et beaucoup plus sensibles au stress prénatal.

Depuis des décennies, les neurosciences ont permis d'observer les conséquences de ce stress sur les enfants à différents stades de leur vie. Nous allons donc voir dans la prochaine partie en quoi, les stress prénataux peuvent influencer les liens d'attachements entre la maman et son bébé.

Il existe deux périodes particulièrement importantes :

- 10^{ème} semaine ²⁴

Durant cette période, le futur enfant passe d'embryon à fœtus. Le mère peut commencer à ressentir les mouvements fœtaux. Les organes deviennent de plus en plus identifiables et le cerveau entame la création des neurones. C'est ce que l'on appelle la *neurogenèse*.

- **Semaines 24 à 30** ²⁵

Cette période est extrêmement importante dans le développement in-utéro du fœtus, c'est à ce moment que les connexions interneuronales se multiplient. Par l'intermédiaire de chémosignaux, les neurones se repèrent entre eux et établissent le contact. Lors de la naissance on observe une surproduction des connexions nerveuses. C'est ce que l'on appelle la *synaptogenèse*.

Ces stress sont d'ores et déjà importants lors de la période fœtale. Mais ces stress imposés à l'enfant vont malgré tout le poursuivre tout au long de sa croissance, nous allons désormais nous pencher sur quelles sont ces conséquences sur le long terme.

²⁴ <http://www.douglas.qc.ca/page/prenatal-stress?&locale=fr> (consulté le 05/05/2023)

²⁵ <http://www.douglas.qc.ca/page/prenatal-stress?&locale=fr> (consulté le 05/05/23)

- ***Période anté-natale***

De nombreuses études tendent à démontrer que le stress maternel pendant la grossesse a un impact négatif sur le développement fœtal et du nouveau-né. Sur le plan de la grossesse, ce stress augmente les risques de prématurité, de faible poids à la naissance, de RCIU.²⁶

Mais aussi bien que cela ne soit pas explicite on pourrait facilement imaginer que le stress augmente la tension artérielle maternelle de manière chronique et engendre à terme des problèmes de santé liés à la grossesse comme des HRP ou encore un diabète gestationnel.

- ***Chez les nouveaux nés***

Les études effectuées à ce sujet sont extrêmement vastes, néanmoins elles démontrent toutes que les enfants ayant subi des stress durant leur période foetale présentent des altérations neuro-développementales et comportementales. Les comportements de ces nourrissons étaient perturbés notamment sur le plan neurologique, leur APGAR était diminué et moins bon tout comme les PEA ce sont les études des chercheurs Lou en 1984 et de Ponirakis en 1998²⁷. De plus, l'étude de Brouwers en 2001 tend également à démontrer que les scores de Brazelton avec des scores moindres. Cette échelle est surtout utilisée afin d'évaluer le comportement néonatal se basant entre autres sur ses capacités d'ajustement, de régulation et d'interaction en présence des parents...²⁸

- ***Chez les nourrissons***

En ce qui concerne les nourrissons, de nombreuses études ont également été menées à leur sujet. En effet en 1985 l'étude de Field relevait déjà de moins bonnes interactions avec leur mère. D'autres observaient des enfants davantage hyperactifs comme l'étude de Davis en 2004. Dans celle de DiPietro en 2008, on apprenait que ces nourrissons étaient davantage irritables. Dans les années 1990 et 1992, le chercheur Van den Bergh avait observé que les mères de ces nourrissons ayant subi des stress durant leur grossesse les décrivaient comme étant dyssomniaques, dysphagiques et hypotoniques. Et dans l'étude de Van der Wal en 2007, il est

²⁶

²⁷

²⁸

démontré que les enfants ayant subi un stress durant la grossesse sont aussi souvent décrits comme pleurant de manière excessive²⁹

- ***Chez les enfants***

Ces stress subis par le fœtus vont se répercuter tout au long de leur vie. C'est ce que tendent à démontrer des études. En effet en 2002, l'étude émanant de Huizink montrait des troubles de la régulation de l'attention. D'autre part en 2004 et 2008, celle de Laplante tend également à prouver que les enfants de 5 ans et demi ayant subi des stress durant leur période fœtale ont des aptitudes appauvries en comparaison aux enfant d'âge similaire, il en va de même pour leur QI.

En résumé, le stress est un facteur lié à un traumatisme, à des angoisses, un vécu marquant. C'est la mentalisation de cet événement traumatisant qui engendre la peur de se retrouver dans la même situation, dans les mêmes circonstances, se retrouver face aux mêmes défis... La présence de ce stress met donc la mère dans une position délicate qui donc met en péril la vie fœtale mais aussi les capacités cognitives de l'enfant sur le long terme.

Maintenant nous allons aborder le concept de l'attachement qui sera donc influencé par la présence de ce stress maternel.

B. L'attachement

Il est de notoriété commune qu'après un accouchement le lien entre mère et son enfant devient tangible. Elle peut désormais l'observer, le prendre dans ses bras, le câliner, l'embrasser etc... Dans cette partie, nous allons observer et comprendre comment les stress durant la grossesse peut influencer cet attachement. Comment la mère va se comporter envers son nouveau-né, mais également nous intéresser à l'attachement périnatal, et comment les stress qu'il a subi durant la grossesse vont influencer son attachement.

a. Attachement au cours de la grossesse

L'attachement périnatal est encore un concept largement débattu. En effet, pour certains auteurs, l'attachement est utilisé pour qualifier deux personnes capables psychiquement et physiquement de se reconnaître l'un l'autre.

Cependant le fœtus n'est pas une personne à proprement parler, cette reconnaissance n'est donc pas possible : « *le fœtus, n'est manifestement pas une personne capable psychiquement et physiquement de reconnaître par le comportement de sa mère, les besoins de cette dernière pour y répondre* »³⁰. De cette manière, on comprend bien que l'attachement périnatal est un terme, un peu alambiqué pour parler de l'attachement entre la mère et son fœtus.

En revanche, il existe un autre terme pour définir cet attachement qui est celui de « *bonding materno-fœtal* ». En effet, en 2014, dans son étude Walsh fait en fait référence aux travaux de Winnicott, et notamment avec la notion de care-giver. Dans cette théorie, Winnicott identifie la position de care-giver dans laquelle il possible de placer la mère. En effet, celle-ci identifie son fœtus comme en position d'extrême vulnérabilité, ce qui la pousse à être davantage dans cette posture de donneuse de soins, plus que dans une dynamique de véritable attachement. Cependant en 2019, Tichelman met en évidence que le bonding materno-fœtal est un pré-requis indispensable afin de mener à bien un attachement et une relation sécurées.

³⁰ MICHEL Lise, WENDLAND Jaqueline, « L'attachement des femmes en période périnatale : de la vulnérabilité à la responsabilité », *Périnatalité*, 2020/1 (Vol. 12), p. 8-14. DOI : 10.3166/rmp-2020-0073. URL : <https://www.cairn.info/revue-perinatalite-2020-1-page-8.htm>

Toutefois, comme dit au début de cette partie, parler concrètement d'attachement ou de bonding serait confus puisque dans le cadre de la théorie de Winnicott la mère doit être présente pour son enfant et l'enfant doit être capable d'appeler sa mère. L'attachement se crée auprès d'une personne physiquement et psychiquement présente, or dans le cadre de la grossesse l'enfant ne l'est pas.

Néanmoins de nombreuses études comme : « *The effect of formal fetal movement counting on maternal psychological outcomes : A systematic review and meta-analysis* »³¹ s'appuient sur l'importance des mouvements foetaux sur l'attachement materno-foetal. Les résultats ont montré que les femmes qui ressentent plus de mouvements foetaux ont tendance à avoir un attachement plus intense avec leur fœtus.

b. Attachement et stress

Comme soulevé dans les parties précédentes, le stress a donc un impact plus que considérable sur l'attachement d'une jeune mère à son nouveau-né, d'autant plus lors des premiers mois de la vie de l'enfant. Cette période est donc clé dans son épanouissement à long terme.

Le lien d'attachement entre une mère et son enfant est principalement régulé par deux hormones, l'ocytocine et la dopamine. L'ocytocine, parfois appelée "l'hormone de l'amour", est libérée pendant l'accouchement et l'allaitement. Elle joue un rôle clé dans la formation du lien affectif mère-enfant en augmentant la confiance, la fidélité et l'empathie. Elle est également liée au développement du comportement parental maternel, en stimulant l'attention et l'affection envers l'enfant. En outre, la dopamine, un neurotransmetteur souvent associée au plaisir et la récompense, est également impliquée. Des niveaux plus élevés de dopamine augmentent le plaisir et la sensation de bien-être chez une mère lorsqu'elle interagit et prend soin de son enfant, renforçant ainsi l'attachement affectif. Dans son évolution, l'attachement mère-enfant a également été décrit comme un instinct inné qui assure la survie et le développement de l'enfant. Le comportement maternel, tel que le fait de nourrir, de protéger et de reconforter l'enfant, est influencé par la libération d'hormones, notamment de ces deux hormones mentionnées ci-dessus. L'attachement mère-enfant repose sur des mécanismes physiologiques qui fa-

³¹ AlAmri N, Smith V. The effect of formal fetal movement counting on maternal psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Midwifery*. 2021 Feb 3;6:10. doi: 10.18332/ejm/145789. PMID: 35330616; PMCID: PMC8892388 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35330616/>

vorisent la cohésion sociale, la protection et le développement de l'enfant, ainsi que la satisfaction émotionnelle de la mère.

c. Lien avec les compétences néonatales de l'enfant

L'attachement est un processus complexe, en fait il demande que les deux personnes impliquées dans celui-ci soient disponibles et aptes à répondre à leurs besoins mutuels. L'enfant dès sa naissance possède des capacités, des facultés et des compétences c'est ce que l'on appelle en règle générale les compétences néonatales du nouveau-né. Ces comportements nous prodiguent une connaissance de leur système d'attachement inné envers le care-giver³². Ce système d'attachement est pour ainsi dire une manière pour lui de survivre puisqu'en développant ces comportements d'attachement il va susciter chez le care-giver des processus d'investissement et de parentalisation. Le nouveau-né est en capacité de mettre en place 3 styles de comportements. Le premier de ces comportements est dit "aversif", il implique chez l'enfant les cris, les pleurs. Il permet à l'enfant de faire amener le care-giver et donc d'y mettre un terme. Le deuxième est le comportement "de signalisation", il a pour objectif de continuer la construction du lien care-giver/enfant. Celui-ci implique des rires, des sourires, des babillages. Et enfin, le dernier est le comportement de type actif, le nouveau-né va utiliser des conduites d'agrippement ou la poursuite du regard, ces dernières permettent à l'enfant de pouvoir appréhender la distance avec sa figure d'attachement.

Durant la période qui entoure la naissance, le nourrisson va utiliser des compétences particulières. En effet l'enfant va manifester tous les signaux que nous avons cités précédemment et ce sans différencier une quelconque figure, cette personne peut être le care-giver ou tout autre individu. L'enfant est en capacité de distinguer le familier de l'étranger, toutefois ses comportements d'attachement ne sont pas dirigés vers une personne en particulier. En fonction des réponses données par le care-giver, l'enfant va moduler ses comportements. Si les réponses données par le donneur de soins ne sont pas en adéquation avec les besoins de l'enfant, celui

³² CONVERSY Léa, GUÉDENEY Antoine, « 4. Attachement et périnatalité », dans : Benoît Bayle éd., *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. Paris, Dunod, « Aide-Mémoire », 2017, p. 31-39.
DOI : 10.3917/dunod.bayle.2017.01.0031. <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-31.htm>

ci va donc développer davantage de comportements aversifs et moins de comportements de signalisation.³³

d. Les conséquences du stress sur l'attachement à long terme

Comme exposé durant toutes les parties dédiées à l'attachement, le stress peut avoir des effets néfastes sur l'attachement en perturbant les systèmes physiologiques et psychologiques qui soutiennent les relations de la mère à son enfant. Ces jeunes mères peuvent avoir des difficultés à réguler leurs émotions, à ressentir de l'empathie et à établir des liens émotionnels sécurisants et en entraînant une diminution de la qualité de l'interaction mère-enfant, une augmentation des comportements de stress et une diminution de la satisfaction maternelle.

De nombreuses études se sont penchées sur les effets des stressseurs sur l'attachement. En 2009 une étude à l'initiative de Schechter, pédopsychiatre a montré que les mères souffrant d'antécédents anxieux, dépressifs ou de stress post-traumatique avaient davantage de difficultés à créer des liens affectifs sécurisants avec leur enfant.³⁴ Nous pouvons également citer les travaux du Dre Suzanne King, cette étude, réalisée chez des enfants ayant été exposés durant les premiers et seconds trimestres de grossesse. Selon elle, sur les deux stress développés précédemment, le stress objectif est le plus délétère aux fœtus. Dans la plupart des cas, il est en lien avec une organisation intellectuelle et linguistique plus faible chez l'enfant de deux ans. Toujours selon les études du Dre King, ces enfants sont plus susceptibles de développer des troubles de santé mentale, assimilés à l'autisme ou encore la dépression.³⁵

e. Place de cet enfant puîné dans la cellule familiale ?

Nos recherches nous ont conduit à expliciter que le stress lié à la perte d'un enfant va avoir de grandes conséquences sur l'attachement de l'enfant puîné. Dans cette partie nous allons nous pencher sur la manière qu'a cet enfant puîné de prendre sa place.

³³ Idelm

³⁴ Schechter DS, Willheim E (2009). Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Infant and Early Childhood Mental Health Issue*. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 18(3), 665-687.

³⁵ Voir les sources dans l'annexe 6

C'est dans l'ouvrage de Mari-Josée Soubieux : « *Le berceau vide* », qu'elle expose notamment les différentes manières de considérer l'enfant puîné. Elle s'appuie sur d'autres de ses confrères auteurs. Par exemple elle soulève la question de l'enfant de remplacement dans cette partie : « *ces enfants destinés à occuper la place d'un autre souffrent de troubles de l'identité, ils ne peuvent occuper leur propre place et doivent consacrer leur vie à réparer leurs parents inconsolable de la mort de leur aîné* »³⁶, ce qui est sous-entendu ici c'est que les parents prennent la décision d'avoir un autre enfant non pas dans le but qu'il soit pleinement lui-même mais plutôt pour combler le manque que l'enfant aîné a laissé par son décès. Cet enfant de remplacement est donc un moyen pour les parents de compenser, un futur qui n'a pas pu être vécu avec leur enfant disparu.

Elle s'appuie notamment sur les travaux de Nicole Alby, psychologue qui est la première à avoir introduit cette notion d'enfant de remplacement. Le concept d'enfant de remplacement repose essentiellement sur le décès enclenché ou proclamé de l'aîné et la conception ou la naissance de ce nouvel enfant. Nicole Alby le définit comme : « *Il peut exister un certain soulagement : la mère qui va perdre son enfant pourra se consoler avec un autre, l'échec paraît moins inacceptable* ». Nicole Alby, l'autrice explique en finalité deux grandes notions importantes. Il existe donc une blessure narcissique que la mère ne peut supporter puisque son propre enfant, la chair de sa chair, celui qui est issu d'elle va mourir ou est décédé. Et d'un autre côté, la conception d'un nouvel enfant va plutôt prendre l'apparence, d'une manière pour elle de se défendre contre son angoisse qui la met en péril. Elle conclut avec cette phrase : « *La grossesse est une parade, la seule que ces mères trouvent pour combler un vide angoissant.* »³⁷

³⁶ SOUBIEUX Marie-Josée, « 9. L'enfant né après », dans : , *Le berceau vide. Deuil périnatal et travail du psychanalyste*, sous la direction de SOUBIEUX Marie-Josée. Toulouse, Érès, « La vie de l'enfant », 2008, p. 135-144. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/le-berceau-vide--9782749208466-page-135.htm>

³⁷ BAYLE Benoît, « L'enfant de remplacement. Conception et deuil », dans : , *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*, sous la direction de BAYLE Benoît. Toulouse, Érès, « La vie de l'enfant », 2005, p. 23-62. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/l-enfant-a-naître--9782749204871-page-23.htm>

Dans une autre partie de son ouvrage Marie-José Soubieux tempore ce concept d'enfant de remplacement, tous les enfants nés après le décès d'une grande sœur ou d'un grand frère ne sont pas tous enfants de remplacement. Elle met au jour cette idée d'investissement et de reconnaissance de cet enfant décédé. En fait ce nouvel enfant, cet enfant puîné peut permettre à la mère d'individualiser l'aîné. Par conséquent ce nouvel enfant venant au monde prend sa place à part entière en tant qu'individu et ce dans le psychisme de la maternel.

En somme, il est clair que les stress maternels ont un impact plus que significatif sur l'enfant en perturbant les systèmes physiologiques et psychologiques de l'enfant. Cette perturbation peut entraîner des difficultés à réguler les émotions, à ressentir de l'empathie et à établir des liens affectifs sécurisés avec les autres. Cependant Mari-José Soubieux entonne une idée d'espoir puisqu'elle explique aussi que les relations entre parents et enfants ne sont pas toujours problématiques et qu'avec du temps, de l'écoute mutuelle, une dynamique harmonieuse est possible.

C. Soutien à la parentalité d'une famille ayant vécu du deuil infantile dans l'enfant puîné

Comme nous avons pu le voir la puéricultrice à ce rôle d'accompagnatrice de la parentalité. Cette tâche identifiée par le Pr Lelong qu'est le rôle préventif mais aussi d'éducatrice sanitaire. Celle qui montre aux parents le chemin de la parentalité.

a. Entendre la souffrance et les émotions du couple

Lorsque nous entrons dans une chambre en tant que puéricultrice, nous nous devons d'écouter d'emblée les parents quelque soit leur histoire et leur contexte de vie. L'arrivée d'un nouvel enfant comme nous l'avons vu dans les parties précédentes, peut occasionner une source d'angoisse de crainte ou de questions notamment concernant les risques de répétition de la mort infantile.

En tant que puéricultrice, nous prenons le temps d'écouter et d'entendre les souffrances des parents qui bien souvent se retrouvent tiraillés entre la douleur de la perte de leur bébé, mais aussi joie d'accueillir un nouveau petit être au sein de la famille.

Lorsque je parle de décès infantiles, je parle finalement de tous les décès possibles qui concernent les enfants. Pour des enfants plus âgés, décédés de pathologies, d'accident, de morts périnatales, de morts inattendues du nouveau-né, de MFIU. Toutes ces étiologies sont à prendre en compte. La manière dont l'enfant va décéder va amener les parents à vivre d'une manière différente la mort de leur progéniture et va tout autant influencer leur vécu du deuil. On peut dire par exemple qu'un couple ayant vécu une mort périnatale, ne va pas la vivre de la même manière qu'un couple ayant perdu leurs enfants d'une mort inattendue du nouveau-né. Pour la mort périnatale, on sait par exemple que celle-ci est plutôt vue comme un non-événement, au niveau de la société. La plupart des gens ont tendance à temporiser voir à nier que l'enfant a bel et bien existé, mais il a existé, certes pendant quelques minutes ou quelques heures mais pour les parents c'est le seul souvenir tangible qu'ils vont garder de lui. C'est un moment qui leur appartiendra à tout jamais. Par exemple on peut aussi citer les enfants hospitalisés en réanimation néonatale, pour lesquels le pronostic vital est mauvais ou pour lesquelles on met en place des soins palliatifs et qui, à terme finissent par décéder au vu des grandes complications qu'ils ont vécu. D'un côté, on peut avoir la souffrance que les parents vont éprouver vis-à-vis de la négation de la vie de leur enfants. Et de l'autre observer des parents qui se trouvent dans une détresse inimaginable et qui vivent cette hospitalisation, comme n'ont pas la vie de leurs enfants, qui se poursuit avec quelques aides, mais plutôt comme de la souffrance rajouter alors petite vie qui démarre.

b. Accompagner dans cette expérience de parentalité

La parentalité est un processus complexe, et qu'en est-il lorsqu'un événement choquant traumatisant soudain et inattendu survient la mort périnatale est un événement ayant toute sécurité. Comme démontré précédemment grâce, notamment à l'œuvre de Marie-Josée Soubieux, on comprend que la mort périnatale, met en jeu toutes ces caractéristiques.

Dans : *"Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes, devenant mère"*, il est dit : « Il est inutile que la femme qui a subi une fausse couche, tout comme celle qui a eu une interruption de grossesse décidée, comprenne qu'elle peut parler des sentiments qu'elle a vécu à l'époque et par la suite afin qu'ils ne de-

viennent pas problématiques pour la grossesse actuelle. »³⁸. On peut comprendre que la femme ayant vécu ce type d'événement, peut vivre des reviviscences à l'occasion de cette nouvelle grossesse, elle peut vivre notamment de l'angoisse de l'anxiété, de l'inquiétude vis-à-vis de cette enfant, et ce d'ailleurs, sur un plus long terme et dans sa période néonatale par exemple.

Il est donc important pour la puéricultrice de comprendre ces enjeux afin de permettre à cette mère, de vivre plus aisément sa parentalité, et lui aussi utile de comprendre en quoi les remaniements psychiques vont pouvoir influencer sa grossesse, et notamment comment elle va pouvoir moduler sa pratique en vue de l'accompagner dans cette nouvelle aventure.

Toujours d'après la source citée ci-dessus, il est soulevé que la venue de la puéricultrice de secteur peut être demandée afin d'anticiper et de préparer l'arrivée du nouveau-né. De plus, d'après mes expériences en stage, la puéricultrice est aussi présente dans la mesure où elle possède un bagage de connaissances suffisant afin d'entrevoir les dynamiques intra-familiales et donc de pouvoir mettre en place des actions d'accompagnement à la parentalité de manière individualisée.

³⁸ « 5. En pratique », dans : , *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères*, sous la direction de ISSERLIS Catherine, SUTTER-DALLAY Anne-Laure, DUGNAT Michel *et al.* Toulouse, Érès, « Petite enfance et parentalité », 2008, p. 128-178.

URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/guide-pour-la-pratique-de-l-entretien-prenatal-pre--9782749208855-page-128.htm>

6. Cadre Réglementaire

Il est important de noter un point crucial, celui de la législation inhérente à cette mort périnatale. En effet, la loi a été de nombreuses fois changée et modifiée afin de répondre aux souhaits et je dirais même aux besoins des parents qui est la reconnaissance de cet enfant n'a que très peu vu le jour.

Pour commencer, la loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 une première loi est promulguée, celle ci permet d'établir un acte de naissance d'un enfant dès quatre mois et demi de grossesse. De ce fait tous les enfants nés décédés n'étaient pas reconnus. Et qui dit pas de reconnaissance légale dit également impossibilité de funérailles et même ces enfants nés sans vie étaient incinérés avec les déchets anatomiques. Pour les parents, il était donc difficile d'envisager....

Puis avec la circulaire n° 2001-576 du 30 novembre 2001, une grande avancée est mise en place. Notamment avec l'instauration d'un acte d' « enfant né sans vie ». Seulement des conditions existent : l'enfant doit-être né vivant mais non viable ou alors l'enfant décède après un terme de 22 SA ou un poids de 500 grammes. Cette circulaire a donc pour but de prodiguer à cet enfant un réel statut légal.

Les décrets n° 2008-798 et n° 2008-800 et l'arrêté du 20 août 2008 ont introduit un nouveau décalage. Conserve les deux conditions énoncées par la circulaire de novembre 2001 concernant les enfants nés à terme et viables Mais on y ajoute une nuance avec l'introduction d'un certificat médical d'accouchement, c'est à dire un certificat attestant de l'accouchement établi par l'obstétricien ou le maieuticien et qui permet de certifier du décès ou de la non viabilité de l'enfant. L'établissement de cet acte permet en réalité de répondre aux souhaits des parents et non pas au regard de la société civile, cet acte est délivré indépendamment de la durée de la grossesse³⁹. Et permet d'obtenir un acte d'enfant sans vie les parents le souhaitent.

³⁹ DUMOULIN Maryse, BAYLE Benoît, « 13. Accompagner le deuil périnatal. La mort des tout-petits », dans : Benoît Bayle éd., *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. Paris, Dunod, « Aide-Mémoire », 2017, p. 114-123. DOI : 10.3917/dunod.bayle.2017.01.0114. URL : <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-114.htm>

7. La question de recherche et de l'hypothèse

Afin de clarifier mes démarches d'élaboration de mes cadres contextuels et conceptuels, je vais revenir sur ces derniers.

Le cadre contextuel s'attardait davantage sur le contexte de ma situation de départ. J'y ai développé les idées qui s'orientent sur le deuil et la mort périnatale, sur leur enjeux pour les parents, pour leur propre parentalité. J'aborde également les difficultés parentales quant à la reconnaissance de la naissance de leur enfant.

Le cadre conceptuel quant à lui a élargi bien plus les problématiques liées à la perte d'un enfant. En effet, j'ai pris la liberté de m'intéresser à tous les types de décès infantiles qui peuvent concerner les IMG, les morts fœtales in utéro, les morts périnatales et les décès d'enfants plus âgés. La raison est que le vécu des événements des morts et deuils périnataux sont spécifiques, et bien que les professionnels soient ouverts au partage de leur expérience, il est parfois difficile de recueillir des informations escomptées. Toutefois mon cadre conceptuel a fait émerger trois grands concepts qui vont être les stresseurs et en quoi ceux-ci peuvent être un frein à l'épanouissement personnel de la parturiente, mais aussi et surtout en quoi il va influencer le développement psychomoteur de l'enfant à long terme. En découle le concept d'attachement et comment ses compétences cognitives et relationnelles à court et long terme vont être influencé par les stresseurs. Pour finir, j'ai également développer la notion d'accompagnement de la puéricultrice dans ces contextes particulièrement difficile, et singuliers et en quoi le rôle de la puéricultrice est-il prépondérant.

Ces recherches m'ont donc amenées à établir la question de recherche :

Comment la puéricultrice peut-elle prodiguer un accompagnement optimal aux parents lors de l'arrivée d'un enfant après avoir vécu un décès infantile dans leur histoire de vie ?

Ainsi que deux hypothèses qui sont :

Les hypothèses :

1. La puéricultrice s'appuie sur les dynamiques familiales afin de déceler les anomalies d'attachement le plus rapidement possible
2. La puéricultrice s'appuie sur son expérience et ses compétences d'observation clinique dans le but de déceler les anomalies d'attachement le plus rapidement possible

8. Réaliser l'enquête

A. Méthodologie de l'enquête

Pour mes enquêtes, j'ai décidé de réaliser des entretiens sous forme celui directif. Je vais donc préparer un guide d'entretien contenant des questions ouvertes que j'ai naturellement soumis aux professionnels que j'ai rencontré. De cette manière j'ai pu recueillir leur avis et leur méthode de travail concernant les problématiques que j'abordais dans ces questions. De cette manière, j'ai pu par moment clarifier mes questions, mais aussi approfondir les sujets que j'ai abordé. De plus, l'avantage que j'ai pu remarquer durant la conduite de ses entretiens, c'est leur langage non verbal, parfois quelques petits haussement de sourcil, ou alors une intonation qui pouvait induire d'autres problématiques sous-jacente. D'ailleurs, au gré des entretiens, je rebondissez sur ce que me disait les puéricultrice, afin d' étoffer le panel des questions, mais également, pour rechercher d'autres sujets, qui ne m'était pas paru pertinent lors de la construction du cadre contextuel, et qui pourtant en pratique devient beaucoup plus concret.

Pour la construction de mon guide d'entretien, je me suis évidemment munie de mon cadre contextuel, cela m'a permis d'élaborer mes questions. Je savais dans quelle direction je voulais aller et par conséquent quelles genre d'informations je voulais extraire des entretiens que j'allais mener avec les professionnelles.

Prenons par exemple, la question abordant le parcours professionnel, je voulais savoir quelles étaient leurs expériences en tant que soignante. Avaient-elles déjà rencontré cette situation auparavant; avaient-elles été familières avec ce genre de situation ? Ou est-ce nouveau ? C'était ce genre de questions auxquelles je voulais répondre.

Pour la deuxième question, je voulais en fait savoir qu'en est-il dans la réalité ? Je voulais confronter ce que les auteurs avaient écrit, avaient théorisé et ce que voyaient les puéricultrices dans leurs pratiques quotidiennes. Je voulais également savoir comment elles se positionnaient en tant que professionnelles de santé et comment elle pouvait amener un sujet aussi délicat que le vécu d'une mort infantile antérieure.

Ensuite, pour la troisième question mon attention s'était beaucoup plus tournée vers le concept d'attachement. Comment ces puéricultrices pouvaient-elles remarquer des anomalies d'attachement. Quelles étaient leurs méthodes pour pouvoir les repérer et quelles étaient leur rôle par rapport à leur observation clinique comment elle pouvaient mettre en place des actions, qui leur permettaient d'accroître l'attachement de ces mères à leur bébé. Ou à contrario elles peuvent peut-être un peu temporiser par rapport à un hyper attachement en lien avec une hypervigilance maternelle.

Enfin la dernière question, s'attarde beaucoup plus au vécu paternel. On sait notamment que le lien mère enfant est extrêmement important puisque la mère ressent les mouvements fœtaux, et on sait que les sensations de ces mouvements sont déjà les prémices de l'attachement. Mais le père est durant la grossesse, est un petit peu mis de côté. C'est un peu moins tangible pour lui et donc mon objectif avec cette question, c'était finalement de comprendre comment le papa se place dans cette situation là en ayant le vécu qu'il a et comment il pouvait s'impliquer davantage.

Avant de commencer mes entretiens, je n'avais pas véritablement testé ma grille de questions, j'en avais parlé à mes collègues de promotion pour lesquelles les questions leur semblaient claires. Et lorsque j'ai débuté mes entretiens, j'ai reformulé, et j'ai explicité certains mots à fin de pouvoir obtenir des réponses un petit peu plus précises.

B. Choix de la ou des structure(s)

J'ai réalisé quatre entretiens auprès de puéricultrices et d'infirmières, travaillant notamment en service de maternité, mais également en PMI. J'ai pu m'entretenir avec deux puéricultrices de PMI et une de maternité picardes et une infirmière faisant fonction puéricultrice en maternité depuis près de 10 ans dans la région lilloise. Ces deux lieux d'exercice sont particulièrement adéquats, puisque l'un se pose en post-partum direct, où les anomalies d'attachement sont d'emblée évaluées par les puéricultrices et l'autre, la PMI se place un petit peu plus à distance, mais permet d'observer les dynamiques familiales au sein du foyer, à la maison. Ma situation se déroule dans la région picarde, pour moi choisir une PMI issue également de Picardie permet de mieux comprendre les enjeux présents, mais aussi d'observer le rôle de la puéricultrice

auprès d'une population similaire. La raison pour laquelle j'ai choisi également une maternité picarde est identique. La maternité lilloise me permettrait d'observer dans un premier temps des changements de population mais également l'approche plus ou moins différente d'une région à une autre. De plus, cette maternité permet également une prise en soins intéressante puisque les infirmières qui s'occupent des nourrissons, s'occupent également d'une unité dédiée aux enfants et présentant des problèmes de santé à la naissance. Cette particularité offre un éclairage à la problématique, puisque ces problèmes de santé amplifient généralement les phénomènes de stress. Il serait aussi judicieux d'ajouter le fait que pour la région lilloise, la moyenne du nombre d'accouchements avoisine les 2800 par an mais tandis que la picarde accueille 1600 accouchements par an. Est-ce qu'une telle disparité change la prise en soins des mamans et des bébés ?

Néanmoins j'aimerais ajouter le fait que ces deux maternités sont labellisées Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB). La maternité de mon stage infirmier n'en faisait pas partie, ce qui implique des soins différents, par exemple dans cette maternité, lorsque des soins devaient être faits aux enfants, la puéricultrice emmenait l'enfant dans la salle de soins afin de réaliser les gestes et ce sans la présence des parents. Dans les maternités labellisées IHAB, ce n'est pas le cas, les soins sont faits directement aux enfants dans la chambre parentale ou a minima avec la présence des parents, si ce n'est pas possible de faire autrement.

C. Choix de la population avec les critères d'inclusion et d'exclusion

Je n'avais pas forcément de critères pour pouvoir mener mes entretiens, évidemment, selon moi, la seule condition qui devait être obligatoire, c'était le fait d'avoir déjà rencontré des situations dans lesquelles les mères avaient vécu des morts infantiles. Je n'ai donc pas vraiment fait de vœux à ce niveau là, mais j'ai spécifié cette particularité. Je me suis cependant confrontée à la difficulté de devoir trouver des hôpitaux qui puissent accepter de faire des entretiens, les délais d'attente étaient souvent extrêmement longs, ce qui a donc particulièrement ralenti l'élaboration de cette dernière partie.

D. Réalisation de l'enquête

Je tiens à préciser en amont que pour la retranscription des noms des puéricultrices, j'ai choisi de les prénommer de manière fictive. Tous leurs prénoms sont factices, j'ai fait ce choix pour faciliter la compréhension des entretiens. À mon sens, cela donne plus de réalisme et davantage de profondeur aux témoignages.

Les deux premiers entretiens que j'ai réalisés se sont fait auprès de puéricultrices de PMI. Sonia, âgée de 35 ans et dotée d'une expérience de 12 ans uniquement en PMI. Et dans son expérience professionnelle et Diane âgée quant à elle de 50 ans, concernant son expérience professionnelle elle a passé 10 ans en néonatalogie ainsi que 10 ans en maternité, elle est actuellement puéricultrice en PMI depuis près de 6 ans. J'ai la chance de connaître Diane, à qui j'ai parlé de ma problématique de mémoire qui a été vivement intéressée par celle-ci. Devant mes recherches plus ou moins fructueuses, elle s'est proposée d'en parler à sa collègue Sonia qui elle aussi était attirée par le sujet et la problématique. Elles ont donc toutes deux gracieusement accepté de réaliser un entretien avec moi. Je me suis assurée également auprès de Diane que le fait de mener des entretiens ne perturbait pas son organisation ni l'organisation de la PMI, mais aussi auprès de sa responsable de PMI afin de recueillir son accord. Celle-ci n'y voyait aucun inconvénient et j'ai donc pu réaliser mes entretiens auprès de ces puéricultrices.

J'ai dans un premier temps, réalisé un entretien avec Sonia en visioconférence vers 17 heures après ses horaires de travail. Elle était dans son bureau et moi de même. Ensuite, le lendemain, j'ai pu réaliser le même type d'entretien avec Delphine, durant lequel elle a pris le temps de répondre à mes questions en explicitant ses réponses, mais également ses expériences auprès de mères ayant vécu ces situations de morts infantiles.

Pour mon troisième entretien, j'ai démarché un hôpital de la région picarde. J'ai dû faire énormément de relances, afin de pouvoir rencontrer des puéricultrices. À l'issue de ces nombreuses relances, j'ai finalement eu un contact avec la cadre de santé qui m'a permis de réaliser un entretien. Je me suis donc entretenue avec Maeva, puéricultrice diplômée depuis 2013, et ayant une expérience de 6 ans et demi en néonatalogie. Cela fait actuellement deux ans et demi, qu'elle fait partie de l'équipe de maternité. L'entretien s'est également déroulé en visioconférence, et ce surtout à cause de nos incompatibilités d'emploi du temps. L'entretien s'est

malgré tout déroulé calmement, sereinement et n'avons pas été dérangées. Maeva a pris le temps de répondre à mes questions de manière simple, concise mais complète ce qui a donc grandement faciliter les échanges.

Pour mon quatrième entretien, il a été beaucoup plus difficile à obtenir. Après de nombreuses relances auprès d'hôpitaux régionaux importants, notamment dans lesquelles je savais qu'il y avait de grandes chances que je puisse rencontrer des professionnels correspondant à mes critères. Je n'ai malgré tout jamais eu de réponse vis à vis des mails envoyés. J'avais finalement pu obtenir un rendez-vous avec une puéricultrice d'un autre hôpital qui m'a malheureusement fait faux bond. À ce moment-là, j'avais la chance de faire un stage en maternité. J'ai donc naturellement discuter avec une infirmière qui m'a gentiment proposé de pouvoir faire un entretien. En lui expliquant ma problématique, elle a été vivement intéressée, ce qui donc m'a permis de m'entretenir avec elle et obtenir par la même occasion du contenu de qualité. C'est donc avec Inès que je me suis entretenu qui est infirmière depuis 2001 soit presque 22 ans qui a notamment une grande expérience en tant qu'infirmière de maternité et en tant qu'infirmière faisant fonction puéricultrice. Elle a notamment une expérience auprès des nouveau-nés dans une unité dédiée pour la prise en soin pour des bébés présentant une petite prématurité, de petits pois, des retards de croissance ou des ictères sévères. Selon moi, son expertise était d'autant plus intéressante que mon mémoire s'intéresse au stress durant la grossesse, et compte tenu des particularités citées ci-dessus, il est plus que compréhensible que ces anomalies accentuent ces angoisses, ces stress et donc leur conséquences au regard de l'attachement. Pour cet entretien, nous étions dans le PC de soins, donc un endroit passant où il y a du bruit et pas vraiment propice à la réflexion et à la direction d'un entretien. Malgré tout l'infirmière a été extrêmement disponible, elle a pris le temps de répondre à mes questions de manière fiable et concise, de plus, ayant travaillé avec elle, je connaissais sa manière de travailler, mais également sa bienveillance envers les parents, sa patience et son savoir-faire, ce qui là aussi a permis d'étayer son discours lors de l'entretien.

Avant chaque entretien, j'ai toujours demandé le consentement des puéricultrices pour pouvoir enregistrer et ont toutes accepté. Le fait que l'entretien soit enregistré n'a pas vraiment mis à mal les les puéricultrice de PMI, elles étaient à l'aise et avaient un discours très fluide. Cependant j'ai remarqué que pour les infirmières de maternité c'était un petit peu plus com-

pliqué, notamment j'ai pu entendre Maéva me demander à plusieurs reprises si ses réponses étaient correctes et si elles me satisfaisait. Inès quant à elle observait souvent mon téléphone pour être sûre que l'enregistrement se faisait correctement, je sentais dans son regard que cela la perturbait un peu. Les entretiens ont duré entre 10 et 15 minutes, ce qui permet d'avoir de la substance afin de les analyser par la suite. D'une manière générale, les questions étaient comprises et les réponses corrélées. Malgré tout lors de mes entretiens, et surtout de la retranscription, je me rendais compte que j'orientais assez les réponses. J'entendais quand je prenais conscience de ce mécanisme. Je commençais ma phrase puis, je m'arrêtais et j'en reformulais une nouvelle en essayant de ne pas faire la même erreur.

De mon côté, je me sentais un peu stressée, en effet je n'ai pas l'habitude de réaliser ce genre d'entretien, je me rends compte que je cherchais mes mots et puis dès l'instant où la puéricultrice se décrispait un peu, j'avais tendance à le faire également. Et donc là l'entretien prenait la tournure d'une conversation professionnelle et donc plus fluide

9. Analyser

A. Choix des modalités d'exploitation des données d'enquête

Afin d'exploiter convenablement les entretiens réalisés auprès des puéricultrices, je les ai dans un premier temps retranscrits. J'ai ainsi repris connaissance des notions soulevées par les puéricultrices. J'ai dans la foulée identifié ces grands thèmes en les soulignant de différentes couleurs dans le texte. Puis je les ai répertoriés dans un tableau afin d'en faciliter la restitution et surtout la compréhension des liens établis entre eux tous. Ensuite j'ai repris chaque thème afin de les étayer avec les citations des professionnelles que j'ai interrogées. Selon moi le fait de devoir taper toutes les grandes parties afin de croiser les données était assez long, j'ai donc pris la décision d'utiliser une commande vocale afin dans un premier temps d'identifier les thèmes, citations et de faire le lien avec mon cadre conceptuel.

B. Croisement des données avec le cadre de référence

Dans cette partie, je vais donc aborder les thèmes d'attachement

a. Attachement

Dans un premier temps pour Sonia, une des pierres angulaires de son travail, c'est l'attachement de maternel, mais également l'acceptation de cet enfant. Dans son récit, Sonia explique que l'attachement à cet enfant avait été totalement biaisé puisqu'elle ressemble énormément à son grand frère décédé. Elle met cependant une nuance : *« il n'y avait pas forcément de problème de création du lien. C'est parce qu'elle se souvenait de son précédentes enfants et en même temps il y avait un lien qui s'était créé ex bébé on était pas non plus dans du rejet »*. Ce que j'entends par-là, c'est que cette dame avec donc créer du lien avec ce nouvel enfant, mais que ce lien était finalement une continuité de celui qu'elle entretenait avec le grand frère disparu. Comme nous avons pu le voir dans le cadre de théorie. Le risque principal serait que cette enfant soit considéré comme un enfant de remplacement et qu'il ne puisse pas être investi comme il le devrait. Sonia ajoute également dans son discours des mesures qui vont permettre à la mère de favoriser son attachement à son enfant. En effet il m'explique les différentes techniques qu'elle met en place comme le massage. En effet selon Field : *« De nombreux bénéfices du massage des nourrissons ont été démontrés : baisse du stress, de la douleur et des effets associés, meilleur sommeil, moindre sensibilité aux infections, amélioration du développement psychomoteur, attachement favorisé au parent si c'est lui qui délivre le massage »*⁴⁰, de plus Sonia a également proposé également le portage, selon le site de naitre et grandir il existe une multitude de bienfaits en lien avec l'attachement materno-foetal : *« Favoriser une bonne adaptation du bébé au monde extérieur, aide au bon développement physique de l'enfant, réduire les pleurs, facilite la digestion, le développement du lien d'attachement, contribuer au développement socioémotionnel de l'enfant, stimuler le développement cognitif. »*⁴¹. À la lumière de mon cadre contextuel on peut aussi dire que les stress ont induit une des anomalies cognitives et donc permettre de favoriser donc le développement cognitif.

⁴⁰ Field T.M, « Massage therapy effects », 1998, American psychologist, 53, p 1270-1281.

Note extraite de l'article « Le massage des bébés à l'hôpital : une bienfaisance méconnue », de Anne Fromont, France Kittel et Perrine Humblet, in « Santé conjugulée », mars 2014, n°67, p. 85.

⁴¹ https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/fiche.aspx?doc=bg-naitre-grandir-portage

Concernant la situation de Diane, elle m'explique que la dame qu'elle prenait en soins ait perdu son enfant pendant sa grossesse, d'autant plus que celle-ci était gémellaire. De ce fait, elle me soumet que cet attachement n'était pas : « *authentique* ». Encore une fois, ici le risque principal c'est le non-investissement de l'enfant. La particularité de cette grossesse c'est donc la gémellité, dans son discours, Diane explique que les enfants issus de cette grossesse, et surtout la petite fille ressemblait énormément à son grand frère disparu. Ainsi, on peut voir deux facteurs qui vont conditionner un attachement insécurisé. Premièrement, la grossesse est faite durant un moment particulièrement stressant, la perte inopinée et traumatisante de cet enfant. Secondairement, la ressemblance frappante entre cette petite fille et son frère aîné a fortement marquée la maman : « *elle était d'autant plus inquiet pour sa petite fille qui venait de naître* ». Le premier risque est la mise en place pour les enfants d'un attachement insécurisé. Pour la petite fille il y a également un risque de sur-investissement qui serait calqué sur la projection de cet enfant qui n'est plus là. Pour le petit garçon, l'autre risque principal serait un manque d'investissement qui pourrait être mis peut-être de côté au profit de sa petite sœur qui, aux yeux de la maman est presque finalement devenu elle-même le grand frère décédé.

Dans l'entretien, Maéva met en évidence également les liens d'attachement. Pour elle, la maternité est vraiment l'endroit dans lequel on prête énormément d'importance. Afin de renforcer ces liens, les enfants et les parents ne sont jamais séparés. Comme exposé, dans mon cas contextuel, il existe un attachement ou plutôt un « *bonding materno fœtal* » durant la grossesse, ce qui met en place les prémices de l'attachement. Toujours selon elle, elle explique un petit peu plus quels sont les points d'alerte sur lesquels elles prêtent attention, qui sont notamment l'éloignement physique de l'enfant et de sa mère. Cependant, elle ajoute une nuance qui est assez importante, en effet, elle explique également : « *ou alors ça peut être aussi une maman très très très stressé et qui n'ose pas s'occuper de son bébé* » puisqu'elle soulève le fait que le stress puisse paralyser la mère et qu'elle ne prenne pas d'initiatives dans les soins de son bébé. Elle met en lien également l'éloignement physique de l'enfant dans son berceau, avec une mort inattendue du nourrisson qui, évidemment remet en tête l'image du berceau. Comme si le fait de rejeter ce berceau, c'était également le fait de rejeter cette mort inattendue du nourrisson ou de nier complètement le problème.

Concernant sa prise en charge, elle va mettre en place du peau-à-peau. On sait que le peau-à-peau prodigue cette capacité de de sécrétion d'ocytocine, aussi appelée l'hormone de l'attachement ou de l'amour. C'est ce qui va permettre de favoriser l'attachement de l'enfant à sa mère et inversement, dans cette même dynamique, Maéva va également encourager les parents à participer au soins.

Inès quant à elle, fait le lien entre sa pratique au quotidien, et ce que j'ai pu trouver dans mon cadre contextuel. Inès me me parle notamment des « *compétences néonatales* », elle ajoute : « *on parle des capacités du bébé, des compétences du nouveau-né, on valorise tout ça* ». Ce mécanisme mis en place par l'enfant afin d'investir sa mère qui sont notamment : les regards, les pleurs, les cris, les sourires. On sait aussi qu'en peau à peau auprès de leurs parents, les enfants peuvent également utiliser un de leurs réflexes archaïques. Un des plus connus chez l'enfant qui sollicite l'attachement c'est le grasping. L'enfant va poser ses mains soit sur son parent soit agripper un doigt du parent, ce qui va engendrer chez le parent des mécanismes physiologiques d'attachement. Inès évoque également l'allaitement maternel qui permet aussi de renforcer ce lien mère bébé. De plus, Inès peut également observer des mamans ayant deux modes de fonctionnement différents, elle évoque : « *un dysfonctionnement où on peut observer que pour la maman, ce n'est pas spontané d'aller prendre son bébé dans les bras quand il pleure de le regarder et de lui parler.* » d'autre part, elle observe également des mamans : « *très sûr protectrice, qui peuvent vouloir être dans l'auto gestion et refuser l'aide pour pouvoir tout gérer seule.* ». Elle parle donc des mères extrêmement stressés, qui ont une volonté de contrôle ainsi, Inès évoque donc dans sa pratique professionnelle le type de fonctionnement maternel, qui sont d'ailleurs en corrélation avec ce que nous avons trouvé dans le cadre contextuel.

Inès, à l'instar de Maéva va également utiliser les bienfaits du peau-à-peau afin de créer un lien, bien qu'encre une fois ce lien soit déjà préparé grâce au « *bonding materno-fœtal* » et donc à ce stade c'est une poursuite du lien, une consolidation du lien.

De plus Inès, va également s'attarder sur les les conséquences de de décès infantile sur l'attachement : « *faire attention également, pour qu'elle ne projette pas, ce qui s'est passé sur cette nouvelle histoire...* ».

C'est ici tout le rôle de l'infirmière puéricultrice, les détections des anomalies d'attachement mais également les moyens techniques mis en place.

b. Posture professionnelle

Pendant les entretiens, j'ai pu identifier le concept de posture professionnelle. En effet, pour Sonia : « *En tant que professionnel, on arrive au domicile des gens, et donc forcément on les accepte telle qu'ils sont, où ils en sont à un moment donné.* ». Elle ajoute aussi : « *il ne faut pas non plus oublier qu'ils ont une pensée, une culture, un passé, une éducation différente de la nôtre.* »

Dans cette expression je peux identifier deux concepts qui sont inhérents à celui de posture professionnelle. Selon Ardoïn, professeur de sciences de l'éducation, la posture professionnelle est : « *le système d'attitudes et de regards vis-à-vis des partenaires, des situations, des objets, dans le cadre des recherches ou des pratiques sociales* »⁴². Afin de la rendre plus concrète, la posture professionnelle pour une puéricultrice c'est être bienveillante à l'égard des parents et des enfants dont on prend soin tout en prenant en compte le contexte familial sans oublier malgré tout de prodiguer des conseils en respectant les règles de bonnes pratiques. Dans sa posture professionnelle, Sonia va dans un premier temps arriver au domicile de la famille afin de faire une évaluation de la situation mais aussi prendre en soin le nouveau-né au sein de sa famille et prendre en compte sa santé en général. De cette manière elle commence, sa visite avec des questions très terre à terre, elle va aborder par exemple l'alimentation du nouveau-né, le peser donner des conseils autour de l'allaitement et finalement reprendre tous les déroulés d'une visite presque médicale. C'est de cette manière qu'elle va aborder la famille et mettre en place un premier contact. C'est au fur et à mesure de cette visite à qu'elle va finalement réussir à aborder d'autres problématiques familiales

Ce que je relie avec la posture professionnelle c'est le concept de culture. Selon le petit Larousse, la culture est : « *l'ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation* »⁴³. En somme, la culture est un élément qui constituent notre personnalité, notre origine, notre ethnie. Elle est issue de nos aïeux qui nous l'ont transmise afin de la perpétuer et de ne pas la perdre. En effet, en tant que puéricultrice et notamment puéricultrice de

⁴² Ardoïn, J. (1990). Les postures ou impostures respectives du chercheur, de l'expert et du consultant, *Les nouvelles formes de la recherche en éducation* (pp. 22-34). Paris : Matrice Andsha.

⁴³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072>

PMI, le fait d'arriver chez les familles que l'on prend soin de nous plonge directement dans leur quotidien, finalement leur maison, c'est un petit peu comme leur bulle, leur cocon. En tant que professionnelles de santé, c'est comme si nous pénétrions dans leur vie, comme si nous franchissions cette ligne imaginaire entre ce qu'il y a à l'extérieur, et ce qu'ils n'ont peut-être pas envie de montrer, et l'intérieur là où ils sont authentiques, là où ils peuvent vivre leur vie pleinement en fonction de leur culture.

Dans un second temps, j'identifie également le concept de la tolérance. Selon le Trésor de la Langue Française informatisé, la tolérance est : « *liée au respect des idées, des croyances ou des habitudes des autres dans la mesure où elles sont différentes ou contraires aux nôtres.*»⁴⁴ Dans ce concept, je comprends que lorsque l'on est puéricultrice et surtout puéricultrice de PMI, on va rentrer dans la vie des gens, ces personnes-là ont une vie, elles ont une maison. On va pouvoir observer des comportements qui ne sont pas forcément ce que l'on a l'habitude de voir par exemple lors de mes stages, j'ai pu observé des parents qui était originaires de l'Afrique subsaharienne, prendre soin de leur bébé. J'ai remarqué que lorsqu'il manipulaient leurs bébés, ils avaient une manière bien à eux de le faire, une manière un petit peu plus abrupte. Ce décalage entre notre société occidentale et la leur peut dans un premier temps, nous choquer. Or, si l'on a la connaissance de leur culture et, nous comprenons leurs gestes, nous pouvons donc les accompagner dans les soins de bébé de la manière la plus bienveillante et professionnelle possible.

⁴⁴ <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?12;s=50147535;r=1;nat=;sol=1;>

c. Observation clinique de la famille, vision globale, holistique

Le rôle de la puéricultrice va également sur le registre de son observation clinique, et ce n'est pas uniquement pour l'enfant qui vient de naître mais plutôt pour la famille. En elle-même, elle a une vision globale holistique.

Par exemple pour Sonia, on peut remarquer qu'elle met énormément d'importance dans son rôle d'orientation, ce rôle lui permet de pouvoir faire une prise en charge globale, holistique de toutes les familles et notamment du petit garçon qui lui est plus grand puisqu'il a été impacté dans cette situation. En effet, pour lui, cette situation était encore très brouillon il ne savait pas du tout ce qui s'était passé pour son petit frère, l'aide de la puéricultrice et notamment son expertise au niveau de son observation a été extrêmement importante. Elle souligne : *« donc à mon niveau, il y a eu un travail aussi bien pour le nouveau-né, c'est-à-dire que pour que cet enfant soit accepté de manière à part entière, mais aussi pour que ce petit garçon soit au clair avec cette situation, pour ne plus être dans le mensonge »*, cette situation, plus que particulière a donc été une des pierre angulaire du travail de Sonia.

Quant à Diane, l'autre puéricultrice de PMI, elle souligne elle aussi l'importance de son observation clinique mais également du réajustement lié à celui-ci. Ce qui est semblable entre les situations de Sonia et de Diane, c'est que toute la famille était impliquée et avait besoin de cette observation. Diane a dû prendre en soin dans un premier temps et le fils aîné de la famille notamment lors de son bilan de B4 c'est à ce moment-là qu'elle a remarqué une anomalie dans son comportement et qu'il n'allait pas bien. Dès lors, elle a voulu rencontrer la mère de famille, et c'est de cette manière qu'elle a pris connaissance de la situation. Diane me parle de la mère de famille en me disant : *« je la sentais limite suicidaire »* Elle ajoute : *« on les a clairement orienter vers une psychologue, tous les deux, on avait vraiment besoin. »* On comprend donc que leurs expériences, mais également leurs observations clinique sont des incontournables à la bonne compréhension de la situation mais également un indispensable, notamment pour cet enfant puîné, pour qu'il puisse justement évoluer dans l'environnement, le plus serins possible avec une mère la plus sereine et apaisée possible. On sait que les stress peri-partum sont importants et conditionnent l'enfant pour son attachement. Cependant, une

mère disponible mentalement. C'est une mère disponible pour son enfant d'où le rôle de la puéricultrice dans l'orientation à fin de procurer à cette famille, calme et sérénité.

d. Écoute active

Diane explique la spécificité de la PMI notamment et sa mise à disposition : « *on est disponible, peu importe, le suivi qu'il choisisse, on est toujours là s'ils ont besoin de parler par téléphone. Certaines maman nous appellent parce qu'elles ont besoin d'un contact téléphonique.* » leur disponibilité et leur écoute leur permet d'être présente pour les familles et donc de les faire verbaliser sur les problématiques qu'elle rencontre au sein de leur foyer.

Pour Maéva, son axe de travail, c'est l'écoute. C'est une puéricultrice qui est davantage centrée sur les émotions des parents sur leur besoin d'écoute, d'attention et de conseils. Elle ajoute également : « *il faut prendre en compte la manière dont les parents ont vécu la perte et le stress lié au décès de leurs enfants. Il peut y avoir plein de situations : les enfants qui étaient atteints de multiples cancer, des morts périnatales, des MFIU ou des mort subites* » elle ajoute également : « *c'est aussi avoir ce que la Manon envie de laisser paraître ou si elle a envie de parler* ».

Sonia met également au jour l'intérêt de l'écoute : « à mon sens, il faut plutôt écouter beaucoup les gens pour qu'il puisse se confier parler et verbaliser les choses. », Il y avait donc aussi forcément beaucoup d'écoute active beaucoup de visites à domicile »

Pour Ines, il faut : « rester ouverte être à l'écoute rassurantes pour accompagner au mieux »

Aux yeux de l'HAS l'écoute active c'est : « *créer un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti et ses questions à propos de l'événement indésirable et de son dévoilement. C'est l'une des premières étapes, essentielle, dans la métabolisation de l'événement indésirable par le patient comme par les soignants* »⁴⁵

⁴⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf

L'écoute active est une compétence essentielle pour les puéricultrices, elle favorise la compréhension, le soutien émotionnel offrant un espace sécurisant où les parents peuvent exprimer leurs émotions et leurs difficultés., la construction d'une relation de confiance et l'orientation vers les solutions, contribuant ainsi au bien-être des parents et de leurs enfants.

E. Validation ou non des hypothèses

La puéricultrice joue un rôle essentiel dans le suivi et le développement des enfants en bas âge. Dans ce contexte, il est tout à fait juste de valider les hypothèses selon lesquelles la puéricultrice s'appuie sur les dynamiques familiales afin de déceler les anomalies d'attachement, ainsi que sur son expérience et ses compétences d'observation clinique.

Les dynamiques familiales sont un élément crucial pour comprendre et évaluer l'attachement entre un enfant et ses parents. La puéricultrice prend en considération les interactions au sein de la famille, la qualité des relations parent-enfant, ainsi que les schémas de comportement et d'interaction qui se mettent en place au sein de ce contexte familial. En observant attentivement les interactions entre le nourrisson et ses parents, la puéricultrice peut détecter de potentielles anomalies d'attachement.

En plus de s'appuyer sur les dynamiques familiales, la puéricultrice fait également appel à son expérience et à ses compétences d'observation clinique. Son expérience lui permet de reconnaître les signes et les comportements qui peuvent être le reflet de problèmes d'attachement chez le nourrisson. Grâce à son expertise, elle est capable d'interpréter les manifestations somatiques, émotionnelles et comportementales de l'enfant, afin de déterminer s'il présente des troubles d'attachement. Par exemple, elle peut remarquer un nourrisson qui montre des signes d'angoisse excessifs lorsqu'il est séparé de ses parents ou qui présente des difficultés à développer des liens affectifs stables et sécurisants.

L'observation clinique est une compétence essentielle de la puéricultrice. Elle peut mettre en place des méthodes d'observation structurées, telles que l'évaluation de l'interaction parent-enfant, l'étude des expressions faciales, du langage corporel et des réactions émotionnelles du nourrisson. Ces observations lui permettent de recueillir des informations précieuses sur la qualité de l'attachement de l'enfant à ses parents. Grâce à cette expertise, la puéricultrice est

en mesure de détecter les anomalies d'attachement et d'élaborer des interventions adaptées pour favoriser un attachement sain et sécurisant.

10. Proposition des perspectives professionnelles

Pour moi l'intérêt premier de ce mémoire est avant tout de comprendre les enjeux d'une perte infantile. Comment ce drame qui est arrivé à une famille peut remettre toute leur dynamique en cause. Ouvrir les perceptions des jeunes étudiants infirmiers ou puériculteurs mais aussi à des professionnels plus expérimentés. De plus le sujet des stress n'est pas uniquement lié à la perte d'un enfant, mais plutôt comment les événements traumatiques d'une vie peuvent mettre un frein à un attachement sécurisé autant pour l'enfant que pour la mère. L'impact des stress sont méconnus, cependant, leur impact sur la grossesse reste est plus que prégnant.

Mon ambition avec ce mémoire est de pouvoir informer les professionnels de santé, travaillant notamment dans les services de maternité et de PMI dans un premier temps puisque c'est également dans ces lieux que j'ai mené les entretiens. Mais également pour d'autres professionnels travaillant en pédiatrie, ou encore en pédopsychiatrie où nous pouvons voir, l'impact de ces stress dans une perspective de à long terme.

Pour moi si je devais continuer ce mémoire, je l'orienterai davantage sur par exemple la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent afin d'observer quelles sont concrètement l'impact est l'influence de ce stress à long terme.

11. Conclusion

En conclusion, il est crucial pour les puéricultrices d'offrir un accompagnement optimal aux parents qui ont vécu un décès infantile dans leur histoire de vie lors de l'arrivée d'un nouvel enfant. Cet accompagnement doit être empreint de compréhension, de compassion et de soutien afin d'aider les parents à surmonter leur douleur et à créer des liens sains avec leur nouveau bébé. Les puéricultrices doivent être sensibles aux émotions des parents et leur offrir une écoute active. Elles peuvent aider les parents à exprimer et à gérer leur peine, leur permettant ainsi de se libérer de leur douleur et de mieux se concentrer sur le bien-être de leur nouveau-né. Il est également important que les puéricultrices reconnaissent et respectent la diversité des réactions des parents face à cette situation difficile. Certaines familles peuvent choisir de parler ouvertement du décès passé avec leur nouvel enfant, tandis que d'autres peuvent préférer garder cette histoire pour elles. Les puéricultrices doivent respecter ces choix et être présentes pour soutenir les parents dans leurs décisions. Enfin, les puéricultrices ont un rôle crucial dans l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant entre les parents et leur nouveau-né. Elles doivent aider les parents à créer un environnement propice au développement affectif et émotionnel de l'enfant, tout en leur permettant d'exprimer leur amour et leurs préoccupations d'une manière saine.

En somme, l'accompagnement optimal de la puéricultrice aux parents qui ont vécu un décès infantile lors de l'arrivée d'un nouvel enfant est essentiel pour favoriser le processus de deuil, le développement d'un lien d'attachement sécurisant et le bien-être global de la famille. Ce soutien doit être individualisé, respectueux et adapté aux besoins et aux choix des parents, offrant ainsi un espace sûr pour guérir et embrasser l'avenir avec leur nouveau-né.

BIBLIOGRAPHIE

⇒ Ouvrages

- CHEVALLIER Camille, COLLOMBIER Madeleine, ZEINDLER Eliane *et al.*, « Rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité », *Santé Publique*, 2018/5 (Vol. 30), p. 633-661. DOI : 10.3917/spub.186.0633. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-sante-publique-2018-5-page-633.htm>
- Winnicott D. W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1958, p. 285-291.
- P.-C. Racamier, avec la coll. de C. Sens et L. Carretier, *La mère, l'enfant dans les psychoses du postpartum*, *Évol. psychiat.*, XXVI, 1961, 525-570.
- Racamier P.-Cl. (1998), *De psychanalyse en psychiatrie*, Paris, Payot et Rivages, 1979, p. 193-242.
- Bydlowski, M., « La transparence psychique de la grossesse », in *Études freudiennes*, 1991, 32, 2-9.
- Bydlowski, M., *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Puf, « Le fil rouge », Paris, 1997
- Delion Cours de puer
- MELLIER Denis, GRATTON Emmanuel, « Éditorial. La parentalité, un état des lieux », *Dialogue*, 2015/1 (n° 207), p. 7-18. DOI : 10.3917/dia.207.0007. URL : <https://www-cairn.info/revue-dialogue-2015-1-page-7.htm>
- D. Houzel, *Les enjeux de la parentalité*, Toulouse, érès, 1999.
- Geneviève Delaisi de Parseval, *Les deuils périnataux*, in *Etudes*, Tome 387, n°5 (3875), novembre 1997, p. 460.
- Soubieux, M.-J. (2013). *Le berceau vide*. Toulouse : Érvcvvuès, p. 93. ISBN : 978-2-7492-3825-8
- LAUFER Laurie, *L'énigme du deuil*. Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2006, ISBN : 9782130559290. DOI : 10.3917/puf.lauf.2006.01.
- LATUILLIÈRE Marion, « Qui dit parentalité ? », *Spirale*, 2015/3 (N° 75), p. 15-22. DOI : 10.3917/spi.075.0015. URL : <https://www-cairn.info/revue-spirale-2015-3-page-15.htm>
- S. Lebovici, S. Stoléru, *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, Les interactions précoces, op. cit. ; S. Lebovici, « Les interactions fantasmatiques », *Revue de médecine psychosomatique*, n° 37-38, 1994, p. 39-50

- SOUBIEUX Marie-José, « Le deuil périnatal, un impensable à penser », *Le Carnet PSY*, 2014/9 (N° 185), p. 22-24. DOI : 10.3917/lcp.185.0022. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2014-9-page-22.htm>
- DUMOULIN Maryse, BAYLE Benoît, « 13. Accompagner le deuil périnatal. La mort des tout-petits », dans : Benoît Bayle éd., *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. Paris, Dunod, « Aide-Mémoire », 2017, p. 114-123. DOI : 10.3917/dunod.bayle.2017.01.0114. URL : <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-114.htm>
- Remaniement des 5 caractéristiques de la mort périnatale issu d'HAUSSAIRE-NIQUET Chantal, « Le suivi de deuil lors d'un décès périnatal », dans : Alain Bercovitz éd., *Accompagner des personnes en deuil*. Toulouse, Érès, « Pratiques du champ social », 2004, p. 67-87. DOI : 10.3917/eres.berco.2004.01.0067. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/accompagner-des-personnes-en-deuil--9782749202228-page-67.htm>
- MICHEL Lise, WENDLAND Jaqueline, « L'attachement des femmes en période périnatale : de la vulnérabilité à la responsabilité », *Périnatalité*, 2020/1 (Vol. 12), p. 8-14. DOI : 10.3166/rmp-2020-0073. URL : <https://www.cairn.info/revue-perinatalite-2020-1-page-8.htm>
- Ardoino, J. (1990). Les postures ou impostures respectives du chercheur, de l'expert et du consultant, *Les nouvelles formes de la recherche en éducation* (pp. 22-34). Paris : Matrice Andsha.
- Field T.M, « Massage therapy effects », 1998, *American psychologist*, 53, p 1270-1281.
- CONVERSY Léa, GUÉDENEY Antoine, « 4. Attachement et périnatalité », dans : Benoît Bayle éd., *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. Paris, Dunod, « Aide-Mémoire », 2017, p. 31-39. DOI : 10.3917/dunod.bayle.2017.01.0031. <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-31.htm>
- SOUBIEUX Marie-José, « 9. L'enfant né après », dans : , *Le berceau vide. Deuil périnatal et travail du psychanalyste*, sous la direction de SOUBIEUX Marie-José. Toulouse, Érès, « La vie de l'enfant », 2008, p. 135-144. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/le-berceau-vide--9782749208466-page-135.htm>
- BAYLE Benoît, « L'enfant de remplacement. Conception et deuil », dans : , *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*, sous la direction de BAYLE Benoît. Toulouse, Érès, « La vie de l'enfant », 2005, p. 23-62. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/l-enfant-a-naître--9782749204871-page-23.htm>
- « 5. En pratique », dans : , *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères*, sous la direction de ISSERLIS Ca-

therine, SUTTER-DALLAY Anne-Laure, DUGNAT Michel *et al.* Toulouse, Érès, « Petite enfance et parentalité », 2008, p. 128-178. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/guide-pour-la-pratique-de-l-entretien-prenatal-pre--9782749208855-page-128.htm>

⇒ Sites Web

- <https://www.i-hab.fr>
- <http://www.douglas.qc.ca/page/prenatal-stress?&locale=fr> (consulté le 05/05/2023)
- <http://www.douglas.qc.ca/page/prenatal-stress?&locale=fr> (consulté le 05/05/2023)
- <https://www.mcgill.ca/projetverglas/fr> (consulté le 05/05/23)
- <http://www.douglas.qc.ca/page/prenatal-stress?&locale=fr> (consulté le 05/05/2023)
- <http://www.douglas.qc.ca/page/prenatal-stress?&locale=fr> (consulté le 05/05/23)
- https://www.who.int/fr/health-topics/stillbirth#tab=tab_1
- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/stabilite-de-la-mortalite-perinatale-entre-2014-et-2019>
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072>
- <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?12;s=50147535;r=1;nat=;sol=1;>
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf
- https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/fiche.aspx?doc=bg-naitre-grandir-portage

⇒ Études

- Glynn LM, Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chicz-DeMet A, Sandman CA. When stress happens matters: Effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(4):637-642.
- Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29(2):237-258.
- Andersson L, Sundström Poromaa I, Wulff M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol.* 2004;104(3):467-476.
- Glover V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and neurodevelopmental outcome: A review of the literature. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(7):1466-1487.
- DiPietro JA, Costigan KA, Gurewitsch ED. Fetal response to induced maternal stress. *Early Hum Dev.* 2003;74(2):125-138.

Laplante, 2004, 2008

- Laplante, D.P. ; Barr, R.G. ; Brunet, A. ; Galbaud du Fort, G. ; Meaney, M.L. ; Saucier, J.F. ; Zelazo, P.R. ; King, S. 2004. « Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers », *Pediatr. Res.*, 56, p. 400-410.
- Laplante, D.P. ; Brunet, A. ; Schmitz, N. ; Ciampi, A. ; King, S. 2008. « Project Ice Storm: prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5 1/2-year-old children », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 47, p. 1063-1072.

Van den Bergh, 1990, 1992

- Van den Bergh, B.R.H. 1990. « The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior », *Pre-and Perinatal Psychology Journal*, 5, p. 119-130.
- Van den Bergh, B.R.H. 1992. « Maternal emotions during pregnancy and fetal and neonatal behavior ». In: J.G. Nijhuis (editor), *Fetal behaviour: Developmental and perinatal aspects*, Oxford, U.K., Oxford University Press, p. 157-178.

Van der Wal, M.F. ; Van Eijsden, M. ; Bonsel, G.J. 2007. « Stress and emotional problems during pregnancy and excessive infant crying », *Dev. Behav. Pediatr.*, n° 28, vol. 6, p. 431-437.

Field, T. ; Sandberg, D. ; Garcia, R. ; Vega-Lahr, N. ; Goldstein, S. ; Guy, L. 1985. « Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions », *Dev. Psychol.*, 21, p. 1152-1156

Di Pietro, J.A. ; Ghera, M.M. ; Costigan, K.A. 2008. « Prenatal origins of temperamental reactivity in early infancy », *Early Hum. Dev.*, n° 84, p. 569-575.

Davis, E.P. ; Snidman, N. ; Wadhwa, P.D. ; Dunkel-Schetter, C. ; Glynn, L. ; Sandman, C.A. 2004. « Prenatal maternal anxiety and depression predict negative behavioral reactivity in infancy », *Infancy*, 6, 3, p. 319-331.

Walsh J, Hepper EG, Marshall BJ (2014) Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy Childbirth* 14:383 doi: 10.1186/s12884-014-0383-

Tichelman E, Westerneng M, Witteveen AB, et al (2019) Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: a systematic review. *PLoS One* 14:e0222998 doi:10.1371/journal.pone.022299

AlAmri N, Smith V. The effect of formal fetal movement counting on maternal psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Midwifery*. 2021 Feb 3;6:10. doi: 10.18332/ejm/145789. PMID: 35330616; PMCID: PMC8892388

Schechter DS, Willheim E (2009). Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Infant and Early Childhood Mental Health Issue*. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 18(3), 665-687.

⇒ Rapports

- Rapports du 1er Congrès National des Puéricultrices diplômées d'état, Evian, juin 1962

⇒ Article

- Note extraite de l'article « Le massage des bébés à l'hôpital : une bienfaisance méconnue », de Anne Fromont, France Kittel et Perrine Humblet, in « Santé conjugée », mars 2014, n°67, p. 85.

ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN

- Est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours professionnel ?
- En tant que puéricultrice, concrètement quel est votre rôle auprès de familles ayant vécu des stress liés à des décès d'enfants dans leur histoire de vie ?
- En quoi consiste votre accompagnement auprès des familles que vous suivez ?
- Comment favorisez-vous les liens d'attachements auprès des familles que vous accompagnez ? Ou justement de l'hyper attachement ??
- Lien avec la pmi ?
- Place du papa/ co-parent ?

- Sur quels points pouvez vous intervenir auprès des parents ?
- TOUJOURS RECADRER " DNAS CE CADRE DE MORT PÉRINAT ANTÉRIEURES

ANNEXE 2 : ENTRETIEN

• Premier entretien : Sophie - PMI

> *Est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours professionnel ?*

J'ai été diplômée en tant qu'IDE en 2009 j'ai travaillé dans différents services, gériatrie, EHPAD etc... Mais mon objectif de départ c'était d'être puéricultrice. Donc je suis rentrée à l'école en 2011 et à partir de 2012 j'ai eu un poste de remplaçante en PMI dans la somme pendant quelques années et après j'ai intégré le département de l'Aisne. Et ça fait 11 ans que je suis puéricultrice

> *Dans votre pratique au quotidien, avez vous déjà rencontré des familles, des femmes qui avaient vécu des événements stressants pendant leur grossesse ou dans leur histoire de vie qui auraient pu avoir un impact sur leur grossesse ? Quel est votre rôle auprès de ses familles ?*

J'ai eu une situation il y a à peu près une année où j'ai accompagné une maman qui avait perdu son deuxième enfant. C'était une maman qui avait déjà un grand garçon de 6 ans, et son deuxième était décédé à peu près vers ses un an de vie, de manière brutale. Donc il y a eu un gros accompagnement qui a été fait parce que la maman avait du mal à accepter ce nouvel enfant. Son nouveau-né ressemblait énormément à son frère qui était décédé bien que ce soit une petite fille. Le deuil n'était pas du tout terminé. Le grand frère n'était pas au courant de la mort et c'était arrivé au moment de Noël et la maman lui avait expliqué qu'il était parti aider les petits lutins et que c'était pour cette raison qu'il avait quitté le foyer. Bien que l'enfant aller au cimetière avec ses parents, il n'avait pas assimilé, il n'avait pas associé le départ de son petit frère avec la mort de celui-ci. Donc à mon niveau il y a eu un travail aussi bien pour le nouveau-né c'est-à-dire pour que cet enfant soit accepté de manière à part entière. Mais aussi pour que ce petit garçon soit au clair avec cette situation, ne plus être dans ce mensonge. Je l'ai donc orienté vers un psychologue pour l'aider dans ce travail là. Il y avait donc aussi forcément beaucoup d'écoute active beaucoup de visites à domicile. Elle avait besoin d'être aussi beaucoup rassurée sur la santé de son enfant, des questions sur tous les aspects de la vie. Donc ma position était davantage sur le non jugement et aussi beaucoup sur l'écoute.

> *Quand vous êtes face à ces situations, comme ça, vous m'avez parlé des visites à domicile, mais comment vous favorisez les liens d'attachement dans ces situations comme ça comme là*

par exemple l'enfant ressemblait énormément à son frère et donc forcément j'imagine que la relation qu'elle avait son nouveau-né devait être particulière. Donc comment favorisez vous ces liens ?

À mon sens plutôt, il faut plutôt écouter beaucoup les gens pour qu'il puisse se confier parler verbaliser les choses, elle a permis d'être plus clair aussi dans leur tête pour savoir eux-mêmes où ils en sont où ils vont etc.... différentes choses peuvent être proposées. Par exemple le massage, la dame avait fait du massage avec son bébé. Je lui avais proposé l'initiation massage mais aussi du portage mais en fait il y avait pas forcément de problème de création du lien c'est parce qu'elle se souvenait de son précédent enfant, mais en même temps, y avait un lien qui s'était créé avec ce bébé on était pas dans une absence de lien il n'avait pas non plus de rejet.

> Quand vous les accompagner vous solliciter les différents professionnels que vous avez à disposition en PMI, et vous êtes vraiment beaucoup plus dans une approche très centré sur la mère et sur l'enfance comment on fait pour les accompagner au mieux

c'est difficile à dire, mais les gens ont cette faculté de sentir comment comment on va se positionner. Après selon moi en tant que pro on arrive au domicile des gens, et donc forcément on les accepte telle qu'ils sont, où ils en sont à un moment donné. Il faut pas non plus oublier qu'ils ont une pensée, une culture, un passé, une éducation différente de la nôtre. Et au début, ce qui crée la rencontre, c'est vraiment l'esprit médical. Finalement, le fait de peser l'enfant, donner des conseils autour de l'allaitement, des biberons, etc. vraiment reprendre des choses plus médicale et c'est ça qui fait l'introduction chez les gens. On va vraiment dans un premier temps, aborder des choses basiques et classique de puériculture. Après on va plus rentrer sur des questions comme : « comment vous vous sentez ? », « comment vous avez vécu cette naissance? », « comment vous avez vécu votre grossesse », « comment ça se passe avec la fratrie ». On peut commencer à faire une fois qu'on a commencé à faire connaissance, rentrer davantage dans l'intimité des gens, et puis savoir ce qu'il ressent vraiment comment elle se sente comment ils ont vécu les choses mais aussi le papa, quelle est la place du papa ou du coparent. Est-ce qu'un entourage soutenant familial pour l'aider, c'est tout ce qui va se passer autour de la famille, de la cellule familiale. c'est aussi tout ça qu'on va venir rechercher.