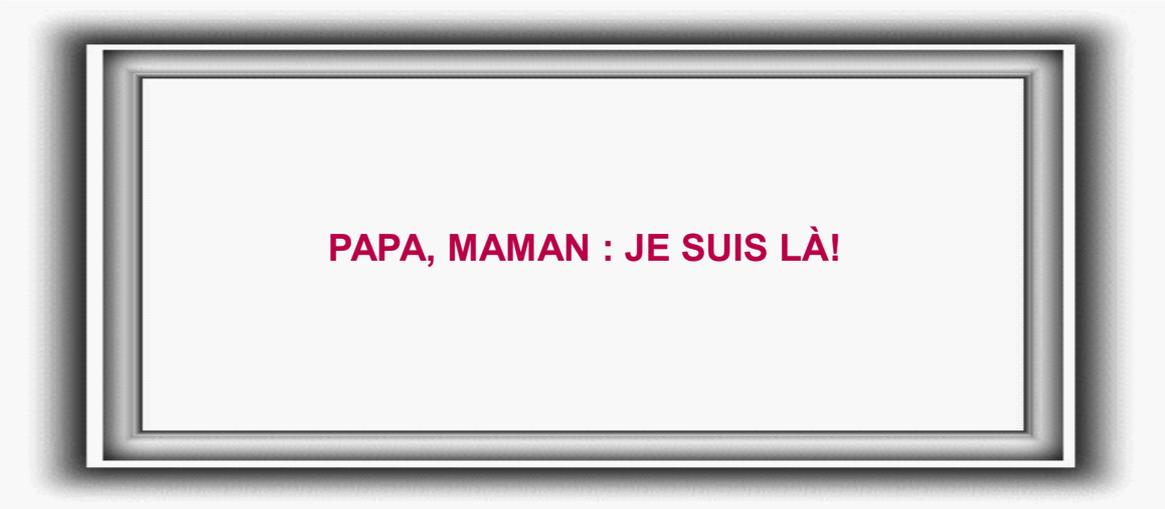


INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

DE LA CROIX ROUGE FRANCAISE DE LENS



PAPA, MAMAN : JE SUIS LÀ!

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES INFIRMIÈRES

SOUTENU ORALEMENT

Écrit par Sarah BOURGEOIS

PROMOTION 2008-2011

Session Novembre 2011

Remerciements

« Je souhaite remercier, dans un même mouvement, toutes les personnes qui m'ont encouragée et qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail de fin d'études, pour leur disponibilité, leur savoir et leurs conseils.

J'aimerais adresser un remerciement particulier à Anne-Sophie Vandwalle, toujours à l'écoute et disponible, elle m'a apporté de précieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion. Elle a été le lien vers les services de néonatalogie, sans lequel ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Mes remerciements s'adressent également à ma famille proche, qui m'a permis d'avancer jour après jour, forte de leur soutien moral. »

Sommaire

Introduction	1
Constat	2
Problématique	5
Cadre de référence	7
Cadre de référence théorique.....	
L'enfant.....	7
La famille.....	10
La parentalité ou le rôle parental.....	11
Cadre de référence conceptuel.....	
L'attachement.....	12
La séparation.....	14
La prise en charge du prématuré.....	15
Cadre de référence législatif.....	
La convention internationale des droits de l'enfant de l' ONU.....	17
La charte Européenne des enfants hospitalisés.....	18
Le décret de compétence de la profession d'infirmier	18
Le plan périnatal 1994.....	18
Le décret n° 98/899 du 9 octobre 1988	20
Hypothèse	21
Enquête	22
Objectifs et méthode.....	22
Analyse de l'enquête.....	22
Synthèse de l'analyse.....	29
Synthèse au regard de l'hypothèse.....	30
Projet d'action	31
Conclusion	33
Bibliographie	
Annexes	
Annexe 1 - Convention internationale des droits de l'enfant.....	I
Annexe 2 - Charte Européenne des enfants hospitalisés.....	IV

Introduction

La naissance d'un enfant est un évènement attendu et heureux, qui est précédée par la grossesse. Cette dernière est bien souvent pour la future mère une période d'épanouissement où elle va passer du statut de femme à future maman. Mais la grossesse est aussi une période de vulnérabilité pour la mère et son enfant à naître. En effet, il existe beaucoup de complications dont les menaces peuvent rythmer ses neuf mois de gestation.

La naissance prématurée est l'une de ces complications.

Alors que la future mère souhaite pouvoir mener sa grossesse à terme, certaines causes peuvent avancer l'échéance et mener à la délivrance. Cet accouchement prématuré va interrompre brutalement la grossesse et parfois entraîne l'hospitalisation de l'enfant, ce qui précipite les parents dans un monde inconnu : la néonatalogie. Ce couple va à la fois devenir parents, mais va en même temps devoir accompagner son enfant dans l'univers hospitalier.

Quel impact cette prématurité peut-elle, alors, avoir sur le bébé, ses parents et leur famille ?

Constat

Lors de mon cursus de stage, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de me rendre dans des services où sont accueillis les nouveau-nés.

En maternité, j'ai appris que l'éducation des parents aux soins de l'enfant, est une part importante du travail du personnel soignant. En effet, afin d'effectuer les soins correctement, mais également pour garantir la sécurité de bébé et pourvoir à son plus grand confort, il est primordial que le personnel montre aux parents les gestes élémentaires. Il s'agit par exemple de montrer comment faire une toilette, ou tout autre soin, et d'en vérifier leurs réalisations correctes avant de les laisser seuls. Les parents découvrent alors leur bébé, et en quelques jours apprennent à effectuer les soins (en moyenne 4 jours d'hospitalisation pour un accouchement par voie basse).

L'apprentissage de la réalisation de ses soins se fait rapidement et naturellement. La fatigue et/ou les douleurs de la mère lorsqu'elle se lève, peuvent retarder d'une journée ou deux la prise en soin de l'enfant. Néanmoins, la mère peut s'occuper de bébé une fois assise ou au lit, le nourrir, le câliner. «Dans la naissance à terme, un véritable engouement familial et même social entoure et soutient la parentalité en construction. L'émerveillement autour du bébé porte la construction du lien.»¹ Le couple venant d'avoir un enfant bénéficie alors de bonnes conditions pour accepter sa parentalité et s'attacher à l'enfant.

Lors de mon passage dans le service de médecine néonatale, je me suis rendu compte que la naissance prématurée n'était pas une naissance « normale ». En effet, cette naissance n'a pas permis aux parents de découvrir leur enfant de la même manière que les parents d'un bébé non prématuré. Ainsi, ils n'ont pas partagé leur chambre à la maternité, et les parents n'ont pu s'occuper de lui comme ils l'entendaient. La relation parents-enfants semble se mettre en place différemment, peut être même difficilement.

¹ BORGHINI Ayala, MULLER NIX Carole. *Un étrange petit inconnu, la rencontre avec l'enfant né prématuré*. P 56

Ce constat m'a poussé à effectuer quelques recherches pour comprendre ces différences.

Tout d'abord, lors d'une naissance prématurée, l'accouchement se déroule avec au minimum un mois d'avance. Il est souvent imprévu, brutal et la grossesse est « inachevée ». Les cours de préparations à la naissance n'ont parfois pas été suivis, et le couple se retrouve brusquement face à ses nouvelles responsabilités. "La naissance prématurée est souvent précipitée, inattendue, vécue dans l'urgence. [...] Des sensations de rupture et d'arrachement peuvent s'inscrire dans le corps de la mère. Des sentiments de perte, de manque, de vide peuvent apparaître, avec, au premier plan des angoisses de séparation et de mort. Le temps n'est ni à la découverte, ni à la rencontre." ²

Ensuite, le couple de futurs parents qui idéalisait la naissance de leur bébé, espérait un accouchement sans complication, et un court séjour en maternité. Il va donc être projeté dans un « univers » qu'il ne connaît pas, et dont personne n'a parlé lors de la grossesse.

De plus, la précarité de la santé de l'enfant occasionne parfois une hospitalisation en urgence dans un service de néonatalogie. Il quitte alors ses parents à la suite de l'accouchement, dans le meilleur des cas au bout des deux heures de surveillance de la maman au bloc obstétrical, mais bien souvent : juste après la naissance. Pour leur bien-être ou par urgence vitale, les enfants sont parfois emmenés sans même avoir pu être mis dans les bras de leurs parents. Pour ces derniers, cela constitue un « enlèvement » de l'enfant lors des premières minutes de vie.

Par la suite, la rencontre et les premières heures passées avec l'enfant se dérouleront au sein du service de réanimation ou de médecine néonatale. Là, les parents se retrouvent face à leur enfant, qu'ils n'ont pas eu le temps de découvrir. La maman, de par son hospitalisation en maternité, ne peut pas toujours venir quand elle le désire. Quant au père, qui devra bientôt reprendre le travail, il va

² BORGHINI Ayala, MULLER NIX Carole. *Un étrange petit inconnu, la rencontre avec l'enfant né prématuré*. P 13

devoir s'organiser pour pouvoir venir voir l'enfant qu'il imaginait retrouver chaque soir à la maison. De plus, si la maman a accouché dans une maternité de type I, ou de type II et que l'enfant est hospitalisé dans un service de niveau III, le service de néonatalogie ne se trouve pas dans l'enceinte du même hôpital. Il faut parfois aux parents faire plusieurs kilomètres, afin de venir voir leur enfant dans le service de néonatalogie le plus proche. Pendant son hospitalisation à la maternité, il est impératif que la maman qui souhaite se rendre auprès de son prématuré soit transportée par ambulance pour lui rendre visite, ce qui complique davantage la mise en place de rencontres régulières. Les conditions ne sont donc pas les plus favorables pour accueillir le bébé en toute sérénité.

De plus, les bébés prématurés ont besoin d'une surveillance importante en raison de leur naissance avant terme. Ils sont, la plupart du temps, en couveuse et sous monitoring. Parfois perfusés, ou alimentés par sonde gastrique.

J'ai pu remarquer, lors de mon stage, les difficultés qu'ont les parents à approcher leurs enfants dans ces conditions. Ils ne me paraissent pas à l'aise face à leur bébé, surtout les premiers jours. L'environnement semble impressionner les parents et créer «matériellement» une barrière avec l'enfant. Les soins, même de nursing, sur ce nourrisson qui se révèle tellement fragile, semblent techniques. Dans ces conditions, les parents auraient tendance à laisser faire les soignants, qu'ils pensent plus compétents, et donnent l'impression de ne pas savoir comment aborder leur nouveau-né, afin d'établir une relation.

En France, le nombre de naissances prématurées augmente d'année en année. En 1995 : il représente 5,9 % des naissances, en 1998 : 6,8 %, en 2003 : 7,2 %. ³ A ce jour, «chaque année, 700 000 femmes mettent au monde un enfant, le taux de prématurité global (naissance avant la 37ème semaine d'aménorrhée) est de 7%, cela signifie que chaque année, il naît en France 45 000 prématurés. »⁴

La prématurité concerne donc un grand nombre de naissances.

³ **PINQUIER Didier**, *Audipog : impact des décrets de périnatalité 1998-2008*. Diapositives n°9

⁴ **DAGEVILLE, Christian**. *Le début de la vie d'un grand prématuré, expliqué à ses parents*. P 3

Problématique

Lorsqu'un couple désire un enfant, les futurs parents idéalisent la grossesse, l'accouchement et l'arrivée de leur bébé. Si la grossesse se passe normalement et qu'il n'existe pas de risque d'accouchement prématuré, les parents ne reçoivent pas ou peu d'informations spécifiques à ce sujet. D'après mes observations des futurs parents, lors des premiers jours dans les services de néonatalogie : la prématurité semble mal connue, en général. Elle signifie pour eux que l'enfant est né trop tôt et a besoin de soins. Par contre, ils sont rarement informés des causes et des conséquences possibles de celle-ci.

Au moment de la naissance, lors d'un accouchement prématuré, l'enfant est emmené par les équipes de soins. Le service d'accueil conseille le plus souvent au papa de rester auprès de sa femme. Il s'informe ensuite grâce à un livret d'explication qui lui est remis. De préférence, il doit se rendre dans les services de néonatalogie, au moins deux heures après, afin de laisser le temps à l'équipe de prendre en charge le bébé. Les explications fournies peuvent amener de la peur chez le papa qui ne connaît pas le lieu dans lequel il se rend. De plus, il devra absorber toutes les informations (abondantes, techniques, et souvent complexes à ses yeux) dispensées par les soignants avant de rencontrer son enfant, afin de pouvoir comprendre la situation et l'expliquer à la maman.

Finalement, les parents semblent impressionnés par l'environnement. Ils écoutent attentivement les conseils. Par contre, ils se contentent d'appliquer ce qui leur est demandé, sans oser laisser leurs instincts leur dicter ce qu'ils seraient naturellement enclins à mettre en place auprès de leur enfant, s'il n'était pas hospitalisé. Mes observations m'amènent à me demander :

- Quelles sont les contraintes de l'hospitalisation en service de néonatalogie?
- Est ce que les parents d'un bébé né avant terme sont-ils suffisamment préparés à découvrir puis à accompagner leur enfant lors de ses premières semaines de vie, afin d'assurer pleinement leur rôle parental?

En conséquence, comment l'attachement parent-enfant, ainsi qu'une dynamique familiale peuvent se mettre en place lors de l'hospitalisation d'un bébé prématuré?

Et, comment les infirmières et les équipes soignantes travaillant dans ces services peuvent aider à la création ou à la consolidation des liens entre l'enfant et ses parents ?

Cadre de référence

Cadre de référence théorique

L'enfant

Qu'est ce qu'un enfant ?

L'enfant peut être défini de plusieurs manières. Juridiquement, d'après l'article n°1 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, l'enfance est la période menant de la naissance jusqu'à la majorité.

Du point de vue biologique, un enfant est une personne qui n'est pas en âge d'avoir elle-même des enfants. Le développement d'un enfant est un processus plus ou moins continu qui passe par plusieurs stades :

- [de la naissance] jusqu'à 28 jours, le nouveau-né.
- [de] 28 jours à 2 ans, le nourrisson.
- [de] 2 à 6 ans, la petite enfance.
- [de] 6 à 13 ans, l'enfance proprement, bien qu'on utilise fréquemment le terme préadolescent.
- [à partir de] 13 ans et plus, la puberté qui marque une période de transition entre l'enfant et l'adulte.⁵

Le terme enfant « vient du latin *infantia* ce qui veut dire le défaut d'éloquence. En psychanalyse, *infans* désigne celui qui ne parle pas en raison de son immaturité, celui à la place duquel on parle. (...) L'enfance désigne ainsi la période de vulnérabilité et d'insuffisance durant laquelle l'adulte va exercer sa protection et son pouvoir.»⁶

Nous pouvons donc définir l'enfant en tant qu'être humain n'ayant pas atteint la majorité. L'enfant n'a pas les compétences nécessaires, de par son stade de

⁵ [CyberDodo Productions Ltd. La Définition de l'Enfant – Article n°01 \[en ligne\]](#)

⁶ [Geopsy.com, pour la pratique de la psychologie interculturelle. Psychologie de l'enfant \[en ligne\]](#)

maturation, pour savoir s'exprimer et/ou subvenir seul à ses besoins. Afin de pouvoir grandir, se responsabiliser et s'autonomiser : il a besoin des adultes. Ce sont généralement ses parents qui vont le prendre en charge. Ils vont ainsi pouvoir le protéger, favoriser sa croissance, l'éduquer, l'aider dans ses choix et l'accompagner vers l'âge adulte, où il s'affirmera.

Le bébé

Le bébé est une appellation subjective qui désigne l'enfant en bas âge. Elle couvre le premier stade du développement de l'enfant : le nouveau-né. Et une partie de la seconde : le nourrisson, sans aller jusqu'aux 2 ans de celui-ci, ni avoir de limite précise.

Le développement psychologique, moteur et intellectuel du bébé laissera place à celui de l'enfant. Il lui permettra de découvrir pas à pas, comprendre et réaliser, les différentes actions qui lui seront utiles pour pourvoir à ses besoins. Ainsi, plus l'enfant est jeune, moins il est capable de réaliser les actions qui demandent un apprentissage (manger seul, marcher, parler). Le bébé, à son stade de développement, est donc totalement dépendant de son environnement, de la manière la plus complète, et a des besoins différents de ceux d'un adulte.

La prématurité

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prématurité comme "une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), soit 4 semaines avant la date théorique de l'accouchement". Le terme "semaines d'aménorrhées" (SA) aussi appelé "semaines de gestation" représente le nombre de semaines s'étant écoulées depuis le premier jour des dernières règles.

Par définition, on considère que l'accouchement est "prématuré" entre 22SA et 37SA. [La naissance à] terme s'étend de 37SA à 41SA (9ème mois). (...)

On définit plusieurs niveaux de prématurité :

- "moyenne" entre 32SA et 37SA (80% de la prématurité)
- "grande" entre 28SA et 31SA+6j
- "très grande" avant 28SA

En pratique on parlera de "grande prématurité" pour toute naissance entre 24 et 32SA. Cela concerne 1 à 2% des naissances ⁷

La prématurité n'est pas une maladie, c'est une complication de la grossesse. Le bébé naît avant terme, et il est plus ou moins mature. Il est donc nécessaire qu'il soit hospitalisé à sa naissance, afin de palier le manque de maturité de certaines fonctions qui sont vitales pour lui.

Les caractéristiques du bébé prématuré

A sa naissance, le bébé prématuré ressemble, au niveau de l'anatomie, à un bébé « normal ou né à terme ». S'il possède le même schéma physique, il manque néanmoins de maturité. Ce qui explique des différences de taille et d'aspect. Les parents qui avaient imaginé pendant la grossesse un bébé « idéal » beau et bien formé peuvent être choqués lors de la rencontre avec l'enfant.

En effet, les différences sont

- une taille bien inférieure à la moyenne
- une maigreur importante, car les tissus adipeux ne se développent qu'à partir de la 30ème semaine de grossesse
- une peau très fine qui est d'autant plus fragile. Elle paraît rougeâtre car elle laisse de par sa finesse transparaître les vaisseaux sanguins

En plus de ces différences physiques, cet enfant qui manque aussi de maturation nerveuse, va être moins réactif aux stimuli extérieurs. Il a plus de difficultés qu'un enfant né à terme pour signaler sa détresse, entrer en contact avec les personnes autour de lui. Ainsi les interactions entre l'enfant et les parents peuvent aboutir à moins de plaisir et donc seront moins favorisées.

⁷ MATIS, Richard. *Prématurité : vers une approche globale des parents et de l'enfant.*

La famille

La naissance d'un enfant participe à l'agrandissement de la famille. Elle va donc entraîner un changement de statut pour chaque personne en faisant partie.

« Equal » un programme d'initiatives communautaires réalisant différents projets pour le FSE (Fond Social Européen en France) a défini les différentes structures familiales et nous donne une définition de base :

Sociologiquement, une famille est un ensemble de personnes unies par des liens de parenté. La parenté représente une triple relation :

- relation de couple, souvent au sein d'un mariage, ou entre un plus grand nombre de personnes dans les sociétés polygames ;
- filiation, entre les parents et les enfants ;
- relation entre germains (frères et sœurs).

L'INSEE (Institut National de la Statistique des Études Économique), quand à elle, définit la famille comme « la partie d'un ménage composée soit : d'un couple, marié ou non, avec ou sans enfants, qui peuvent être nés d'une précédente union ; d'un parent seul avec au moins un enfant non marié »

Ainsi, la famille au sens propre du terme est une notion difficile à définir. Elle couvre plusieurs types de conformation sociale. Elle se base sur les notions d'alliance et de parenté entre individus sans pour autant y inclure la notion de parentalité ou de rôle parental.

Néanmoins, il est important qu'un couple venant d'avoir un enfant puisse profiter d'un moment ensemble dès la naissance, car c'est en prenant compte de ce nouveau lien de filiation et de « l'agrandissement » de la famille que la parentalité pourra ce mettre en place. « C'est probablement dans les minutes qui suivent une naissance normale, que naît véritablement la famille comme triade parent-enfant, à condition que l'on permette au couple et au bébé de passer seuls et ensemble, un moment assez long pour qu'ils puissent se reconnaître »⁸

⁸ BINEL, Geneviève. *Prématurité et rupture du lien mère enfant : la naissance inachevée*. P 52

La parentalité ou le rôle parental

La Recommandation du Conseil de l'Europe⁹ définit les termes suivants :

- Parents : «désigne les personnes titulaires de l'autorité ou de la responsabilité parentale »
- Parentalité : «comprend l'ensemble des fonctions dévolues aux parents pour prendre soin des enfants et les éduquer. La parentalité est centrée sur la relation parent-enfant et comprend des droits et des devoirs pour le développement et l'épanouissement de l'enfant »

D'après l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales) : "Le rôle de parent, est de s'occuper, en premier, de la santé des enfants, puis en second de la scolarité, et enfin du comportement et de l'éveil, de leur avenir professionnel et leur insertion dans le monde adulte."

Ces définitions sont en concordance avec la nécessité d'aider l'enfant et de palier son manque d'autonomie, afin de l'accompagner vers sa majorité. La parentalité comprend donc l'ensemble des actions que les parents doivent mettre en place pour permettre à leur enfant de se développer et d'atteindre une maturité suffisante pour pouvoir vivre seul et prendre son indépendance.

Ces actions sont de plusieurs types : le soutien économique, la satisfaction des besoins primaires lors du jeune âge, la protection, l'éducation, et aussi la socialisation.

La parentalité ou le rôle parental est donc la capacité qu'ont les parents à répondre aux besoins de leur enfant. Il paraît évident que les parents primipares semblent moins habiles dans ce rôle lors des premières semaines de vie que des parents multipares, et pour cause : « La compétence parentale n'est pas une caractéristique innée ; elle requiert l'acquisition de certaines connaissances et le développement de compétences particulières pour répondre adéquatement aux besoins des enfants." ¹⁰

⁹ Recommandation du Conseil de l'Europe REC 2006-19 du 13 décembre 2006.

¹⁰ PARENT Claudine, DRAPEAU, Sylvie. *Visages Multiples De La Parentalité*. P 74

Dès lors, on comprend que la parentalité va se mettre en place au fur et à mesure du temps passé avec l'enfant, lors des premiers jours et semaines de vie. Ainsi, les actions des parents deviendront plus assurées et leurs mises en place plus rapide à la suite de la « demande » de l'enfant. Ils deviendront même prévoyants et anticiperont les besoins par la suite.

La parentalité, c'est se rendre compte que l'on est devenu le parent d'un enfant, avec des droits, mais aussi des devoirs envers celui-ci.

Cadre de référence conceptuel

L'attachement

Il existe trois types différents d'attachement, qui sont définis par Mary Ainsworth (psychologue Américaine) en fonction des réactions liées à l'absence de l'objet d'attachement ou à sa présence.

Dans l'attachement assuré, l'enfant confiant dans la protection parentale d'une mère disponible, sensible à ses signaux de détresse, s'enhardit dans l'exploration du monde et revient partager l'enthousiasme de ses découvertes avec sa mère. Il sait trouver rapidement un substitut pour se consoler de son absence ou chercher à créer avec l'inconnu un lien de sécurité et, dès que la mère revient, il se précipite vers elle pour lui montrer joyeusement ses découvertes¹¹

Ce premier type d'attachement semble être le plus bénéfique à l'enfant. Se sentant en sécurité dans la relation avec sa mère, il n'hésite pas à se tourner vers l'extérieur. Cet attachement semble favoriser l'autonomisation de l'enfant. Il résulte d'un attachement très précoce où la mère, ou les parents, répondent à ses besoins et attentes.

Dans l'attachement angoissé ambivalent, l'enfant n'est pas certain que son

¹¹ GOLSE Bernard, LE RUN Jean-Louis. *Les premiers pas vers l'autre : ou comment l'altérité vient au bébé*. P 17

parent sera disponible, lui répondra ou l'aidera lorsqu'il fera appel à lui. Du fait de son incertitude, toujours sujet à l'angoisse de séparation, il tend à s'accrocher, se montre angoissé pour aller explorer le monde. Ce type d'enfant n'établit une relation que par la détresse. Selon Ainsworth, ce schéma est favorisé par le fait que l'enfant a vécu des séparations ou que le parent est disponible et secourable dans certaines situations, mais pas dans d'autres, et utilise des menaces d'abandon comme moyen de discipline.

Dans l'attachement angoissé évitant, l'enfant, n'ayant aucune confiance dans la réponse à sa recherche de soins, s'attendant à être repoussé, reste difficile à consoler, ne cherche pas l'aide de l'autre et semble se suffire à lui-même¹²

Nous remarquons que dans ces deux autres types d'attachement, il y a un manque de satisfactions des besoins pendant l'enfance. Cela empêche l'enfant, en grandissant, de compter sur l'aide de ses parents et donc des autres adultes. Nous pouvons affirmer que l'attachement mis en place entre les parents est l'enfant, dès la naissance, aura un effet sur son développement et ses relations avec les personnes qu'il rencontrera dans sa vie future.

Il est donc essentiel de favoriser cet attachement dès les premiers jours afin que l'enfant ne souffre pas de ce manque.

La mise en place de l'attachement

L'attachement parents/enfant se met en place non pas à la naissance lors de leur première rencontre avec l'enfant mais bien avant l'accouchement. « L'attachement est un processus lent et continu, qui débute au moment où naît le désir d'enfant, se développe pendant la grossesse, et se poursuit au moment de la naissance et dans les mois qui suivent. »¹³

Le fœtus perçoit, très tôt, les sensations maternelles, il le manifeste dans ses déplacements et les modifications de son rythme cardiaque. Il réagit au

¹² GOLSE Bernard, LE RUN Jean-Louis. *Les premiers pas vers l'autre : ou comment l'altérité vient au bébé.* P 18

¹³ BINEL, Geneviève. *Prématurité et rupture du lien mère enfant : la naissance inachevée.* P 42

toucher. Dès sa vie intra-utérine, l'enfant in utéro montre qu'il éprouve de nombreuses sensations et sait les traiter. [...]

Ainsi, au cours de la grossesse, les "interactions parents/enfants" se multiplient, la conduite d'attachement postnatal se prépare bien avant la naissance¹⁴

Lorsque les parents rencontrent leur bébé, l'attachement a déjà débuté. On se rend compte que cet attachement est le fruit d'un processus interactif entre l'enfant et les parents avant l'accouchement. Et c'est de la même manière qu'il va se poursuivre.

La naissance « confère au fœtus le statut d'enfant, bouleverse son environnement, et lui propose de nouveaux modes de communication »¹⁵, elle lui permet ainsi de découvrir son environnement et de développer l'attachement déjà mis en place à travers de nouvelles expériences sensorielles grâce à l'odorat, l'audition, le toucher, le goût et par la suite la vue.

On comprend alors pourquoi il est essentiel pour lui de pouvoir être en contact avec ses parents dès les premières minutes de vie.

Dans la théorie de l'attachement, Mr John Bowlby, un psychiatre et psychanalyste Anglais, affirme «que le besoin d'attachement du bébé à sa mère relève d'un besoin inné de contact social, ce besoin étant un besoin primaire au même titre que les autres»¹⁶. Ce besoin d'attachement devient alors au même titre que l'alimentation, le sommeil, etc. un besoin vital qui ne doit pas être négligé.

La séparation

La séparation que je voudrais aborder ici est celle liée à la prématurité. L'enfant prématuré en naissant avant terme va nécessiter, juste après sa naissance, un suivi et donc bénéficier d'une hospitalisation dans un service particulier, la néonatalogie.

¹⁴ GASSIER Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR Colette. *Le guide de la puéricultrice*. P 162

¹⁵ BINEL, Geneviève. *Prématurité et rupture du lien mère enfant : la naissance inachevée*. P51

¹⁶ BRUN Cécile, JOUINOT Patricia, LAMOUR Martine et al. *La périnatalité*. P 18

Nous avons vu dans le paragraphe précédent, que c'est dans les premières heures que va se concrétiser l'attachement qui a commencé pendant la grossesse. C'est en ce point que l'hospitalisation de l'enfant dans un service différent de la maternité va devenir une difficulté. Empêchant les parents et l'enfant de se voir, et d'entrer en interaction, cette séparation peut altérer la continuité du processus d'attachement : « En séparant un bébé de sa mère dès la naissance, on rompt un lien qui s'est tissé, parfois difficilement, parfois imparfaitement, mais qui existe et qui fonde le processus d'attachement mère-enfant. »¹⁷ Nous savons que « dans la population des déprimés adultes, un nombre élevé avait subi une séparation précoce »¹⁸, cette séparation qui se répercute lors du développement de l'enfant en altérant le processus d'attachement aura ainsi des conséquences jusqu'à l'âge adulte.

L'attachement est donc mis en péril lors de cette hospitalisation, pourtant nécessaire pour la santé du bébé prématuré. Il est donc incontournable pour le personnel travaillant auprès de ces enfants de favoriser la présence de leurs parents et leurs interactions. Une étude rapportée par Geneviève Binet nous explique que : « Lorsque la première visite [de la mère] est précoce, entre le premier et le troisième jour, toutes les mères manifestent des signes d'attachement. Ces chiffres diminuent sensiblement si la première visite a eu lieu entre les quatrième et septième jour, et disparaissent lorsque la première visite a eu lieu au-delà du huitième jour ».¹⁹ Cette constatation nous montre à quel point ce travail relationnel doit être mis en place tôt au cours de l'hospitalisation. Il faut favoriser les visites des parents mais surtout leurs interactions avec l'enfant qui stimulent les sens du bébé en éveil : le toucher, la voix, l'odorat.

La prise en charge du prématuré

« Le bébé, parce qu'il est né prématurément, parce qu'il ne sait pas encore s'exprimer par la parole est souvent considéré comme un objet de soin. Pourtant,

¹⁷ BINEL, Geneviève. *Prématurité et rupture du lien mère enfant : la naissance inachevée*. P 13

¹⁸ CYRULNICK, Boris. *Sous le signe du lien*. P 84

¹⁹ BINEL, Geneviève. *Prématurité et rupture du lien mère enfant : la naissance inachevée*. P 114

de nombreuses études l'ont démontré, « l'enfant est une personne » et doit être placé comme sujet de soin. »²⁰

Ainsi, nous comprenons qu'il est nécessaire de prendre en charge ce bébé prématuré dans toutes les dimensions du soin. Le versant technique palliera ses incompétences, et le versant psychologique palliera cette soudaine séparation qu'est la naissance prématurée.

Les difficultés rencontrées par les parents.

Certaines difficultés peuvent être palliées par les aménagements hospitaliers et le personnel des services de néonatalogie :

- l'éloignement des services d'hospitalisation de la mère et l'enfant tend à diminuer grâce à la mise en place de pôle mère-enfant où la maternité se trouve à proximité du service de néonatalogie ;
- Le manque de connaissance du service est limité grâce à un livret remis aux parents lors de l'accouchement. Ce livret fournit diverses informations notamment la situation du service, son organisation, les règles d'hygiène qui doivent y être respectées ainsi que les numéros utiles pour avoir des nouvelles de leur enfant.

Les aides mises en place au sein des services.

Des techniques favorisant la mise en place de l'attachement et l'éveil de l'enfant sont mises en place :

- Les visites autorisées sans limite pour les parents, ce qui favorise un temps de présence important.
- la participation des parents aux soins
- la mise en peau à peau du bébé avec ses parents
- l'allaitement maternel favorisé, ainsi que le soutien de l'oralité.

Par contre, pour que les parents en arrivent à ce stade, ils doivent avoir eu le temps de découvrir le bébé, le reconnaître, s'habituer à lui, c'est à dire prendre

²⁰ THIBAUT-WANQUET Pascale. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. P 115

conscience de sa présence. Or : « presque tous [les parents] parlent de leur difficulté à reconnaître l'enfant, soit parce qu'ils ne l'ont pas vu à la naissance et n'ont dans l'esprit que l'enfant imaginaire, soit parce qu'il est entouré d'appareillages et ne ressemble plus au nouveau-né qu'ils ont vu avant le transfert »²¹

Il semble que les parents ne soient pas assez préparés à voir leur enfant de cette façon, si petit et entouré du milieu médical. Cet environnement constitué d'un équipement inconnu et parfois invasif peut d'abord provoquer un choc chez eux.

En effet, ils découvrent leur enfant, qu'ils idéalisaient, comme un petit être fragile nécessitant beaucoup de matériel pour survivre. De plus, cela crée une barrière entre eux et le bébé et les « empêche » de le voir et de l'apprécier comme ils l'auraient fait si le bébé avait été hospitalisé dans un simple berceau. De plus, ils n'osent pas s'affirmer et s'occuper de lui. De peur de déclencher les alarmes, ou de débrancher un fil, sans en connaître les conséquences, ils vont remettre à plus tard leur participation aux soins, et ainsi repousser leur prise en charge de l'enfant, soit leur rôle parental.

Cadre de référence législatif

La convention internationale des droits de l'enfant de l' ONU

Les enfants sont protégés depuis le 20 novembre 1989 par la convention internationale des droits de l'enfant de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Cette convention est applicable dans tous les pays signataires. C'est le 7 août 1990 que la France s'est engagée à faire respecter ces articles, et à avoir fait du 20 novembre une journée nationale des droits de l'enfant.

(Cf : annexe 1)

²¹ THIBAUT-WANQUET Pascale. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. P 119

L'**article 3 alinéa 2, 3** et l'**article 24** dans son intégralité rappelle le droit à l'enfant d'être pris en soin au sein de structures adaptées afin qu'il bénéficie d'éventuels traitements qui amélioreraient son état de santé.

L'article 5 rappelle que les parents ont la responsabilité, le droit et le devoir d'autoriser les soins ou non, dans l'intérêt de leur enfant.

Enfin, l'**article 26** rappelle que l'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale, et que les soins doivent être réalisés sans tenir compte des ressources des parents.

La charte Européenne des enfants hospitalisés

La charte Européenne des enfants hospitalisés a été rédigée à Leiden aux Pays-Bas, en 1988, lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l' Hôpital".

(Cf : annexe 2)

Elle rappelle que l'enfant ne doit être hospitalisé que si les soins ne peuvent être réalisés à domicile. Qu'il doit être avec ses parents qui seront encouragés à participer aux soins et favoriser les visites.

Le décret de compétence de la profession d'infirmier

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. Il décrit l'ensemble des soins pouvant être réalisés par l'infirmière diplômée d'État.

Le plan périnatal 1994

En France, le plan « périnatalité 1994 » a permis la création d'une organisation en réseau des maternités, des services de néonatalogies et de

pédiatrie. Il définit plusieurs niveaux (1,2 et 3) dans lesquels sont classées les maternités selon leurs capacités. Cela prend en compte le matériel, le personnel, ainsi que la présence d'un «pôle mère-enfant» où sont regroupés les services de maternité, de grossesse à haut risque, de néonatalogie et de pédiatrie.

Ainsi les maternités accueillant les femmes enceintes sont capables d'assurer :

- Niveau 3 : service de réanimation avec respirateur artificiel. Naissance avant 30 SA et poids de naissance selon les protocoles des services à partir de 500 à 700gr.
- Niveau 2 : service de soins intensifs (USI) sans respirateur. Nursing, alimentation entérale (sonde gastrique) [et parentérale]. Naissance entre 30SA et 36SA.
- Niveau 1 : Possibilité de photothérapie et de surveillance médicale sans geste invasif.²²

La surveillance des nouveau-nés à terme, nécessitant des soins légers, se fait en maternité afin de favoriser la proximité de leurs parents, et leur intimité.

Seuls les nouveau-nés nécessitant des soins plus particuliers sont hospitalisés dans le service de néonatalogie intensive (réanimation) et de soins continus (médecine).

- les prématurés (enfants nés avant 37 semaines de grossesse)
- les nouveau-nés présentant
 1. des malformations sévères
 2. des problèmes d'adaptation après un accouchement difficile
 3. des infections néonatales...

²² MATIS, Richard. *Prématurité : vers une approche globale des parents et de l'enfant.*

Le décret n° 98/899 du 9 octobre 1988

Le décret définit les différents niveaux de prise en charge dans les services de néonatalité.

– Niveau III : réanimation

Peuvent y être pris en charge : des enfants sous O₂ (intubation, sondes nasales, jet CPAP), des enfants de poids < 1000g, ou portant des cathéters centraux.

– Niveau IIb : soins intensifs

Peuvent y être pris en charge : des enfants sous O₂ (lunettes, hood, O₂ dans l'incubateur), ceux ayant un poids compris entre 1000g et 1500g, le bébé portant des cathéters centraux et intraveineux.

– Niveau IIa : soins continus

Peuvent y être pris en charge : des enfants sous surveillance sans O₂, sans perfusion, et dont le poids est de minimum 1500g

Enfant en lit (pas de prise en charge en incubateur)

– Niveau I : surveillance simple

Hypothèse

Mes expériences de stage dans les services de néonatalogie m'ont amené à me demander comment l'attachement parent-enfant, ainsi qu'une dynamique familiale, peuvent se mettre en place lors de l'hospitalisation d'un bébé prématuré?

A la suite de ce questionnement et de mes recherches, nous comprenons que l'hospitalisation en service de néonatalogie d'un bébé prématuré entraîne une séparation pouvant mettre en péril la consolidation de l'attachement déjà débuté. Cette séparation peut provoquer des troubles dans la relation parent-enfant pouvant constituer de réelles difficultés dans le développement de l'enfant, et dans la mise en place de la parentalité.

Nous avons vu que l'environnement du service de néonatalogie paraît hostile aux parents qui n'avaient peut-être jamais entendu parler de celui-ci. Son fonctionnement et ses règles sont parfois vécus comme des contraintes.

Bien entendu, beaucoup d'actions visant au rapprochement parents-enfants sont proposées, mais pour la plupart, elles sont basées uniquement sur le toucher ou portage de bébé. Cependant, l'environnement proche du bébé, les sondes d'intubation, le monitoring, l'incubateur paraissent effrayants, car ils sont au contact direct de leur enfant, et semblent invasifs. Ils créent une barrière matérielle, mais aussi psychologique entre l'enfant et ses parents qui n'osent pas aller le toucher de peur de l'équipement qui l'entoure.

Je poserai donc l'hypothèse suivante, **Si les infirmières des services de néonatalogies possédaient un outil leur permettant de présenter le bébé prématuré et le matériel constituant son environnement proche, elles pourraient peut-être favoriser précocement les contacts entre le bébé et les parents, leur prise en soin de l'enfant et ainsi favoriser la mise en place de la parentalité.**

Enquête

Objectifs et méthode

Afin de valider ou d'infirmer l'hypothèse découlant de mon questionnement, j'ai été amené à réaliser une enquête dans un établissement de santé publique de la région. J'ai choisi d'intervenir auprès de parents ayant actuellement un enfant prématuré en hospitalisation. C'est au sein d'un service de néonatalogie de type III que j'ai pu mener des entretiens semi-directifs. Ce service peut accueillir, grâce à ses possibilités techniques, tous types de prématurés ; cela m'a permis d'obtenir un échantillon très diversifié de population (durée de grossesse et d'hospitalisation de l'enfant, classe sociale, situation familiale, âge parental).

Les entretiens ont été réalisés lors d'une visite des parents, au sein même de l'environnement de bébé, afin de ne pas limiter leur temps de rencontre. C'est à distance des soins, lors d'un moment de repos pour l'enfant ou d'une mise en peau à peau que les parents ont bien voulu répondre à mes questions.

Ces dernières ont pour objectifs :

- de définir les difficultés ressenties par les parents lors de l'hospitalisation et leurs retentissements sur leur relation à l'enfant.
- d'évoquer ce qui leur a permis de dépasser ces obstacles, et ce qui leur a manqué.

Neuf personnes ont été interrogées, six mamans et trois papas.

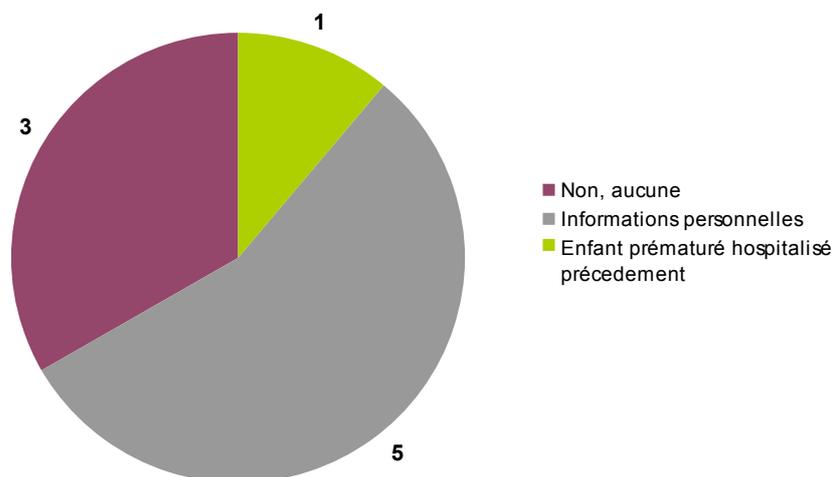
Analyse de l'enquête

Question n°1 : «Ce bébé» est-il (elle) votre premier enfant? Si non : le(s) précédent(s) étai(en)t-il(s) prématuré(s) ?

Cette question a été posée afin de pouvoir comparer les réponses données tout au long des entretiens selon que les parents soient primipares, multipares, ou ayant déjà eu un enfant prématuré.

Ainsi, nous avons cinq personnes qui venaient de voir naître leur premier enfant, quatre étaient déjà parents et trois d'entre eux avaient eu un enfant prématuré, dont un seul avait été hospitalisé.

Question n°2 : Avant l'annonce de la naissance prématurée de votre enfant, aviez-vous des connaissances sur la prématurité, ses conséquences et l'hospitalisation nécessaire lors des premières semaines de vie?

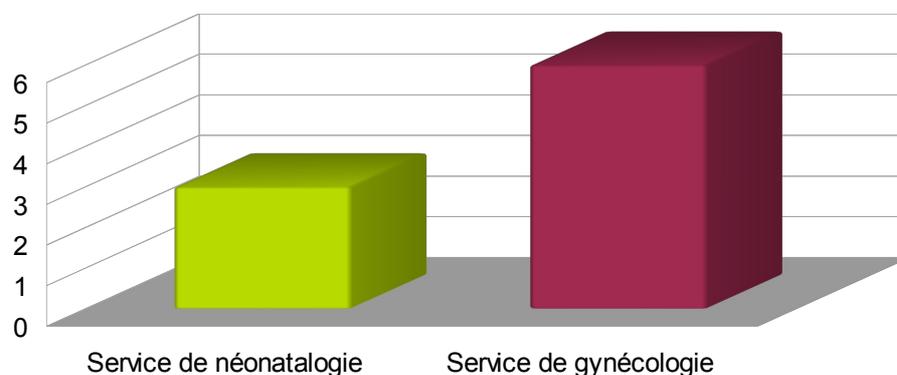


Connaissance de la prématurité avant son annonce.

Une seule personne, de par l'hospitalisation de son premier enfant prématuré savait ce qui allait être mis en place pour son bébé. La majorité des mamans (cinq sur six) avaient entendu parler de la prématurité grâce à internet, la télévision ou des naissances prématurées dans l'entourage, mais elle ne savaient pas comment aller se passer l'hospitalisation, les soins, etc, même celle ayant déjà eu un enfant prématuré non hospitalisé. Les deux derniers papas n'avaient aucune connaissance alors que l'un d'entre eux a eu un neveu prématuré et hospitalisé récemment.

On peut dire que les femmes se sentent plus concernées que les hommes par la prématurité avant d'avoir à y faire face. Néanmoins, nous remarquons que les connaissances sur le sujet sont limitées. Même si de plus en plus de documentaires et d'informations sont diffusés, les gens s'y intéressent sans penser qu'ils pourraient être concernés un jour. Les conséquences d'une naissance prématurée sont donc peu connues par la population, en général, et les questions arrivent lors de son annonce.

Si non : à quel moment avez-vous reçu ces informations? Et pensez-vous que le moment était propice?



Informations des parents sur la prématurité.

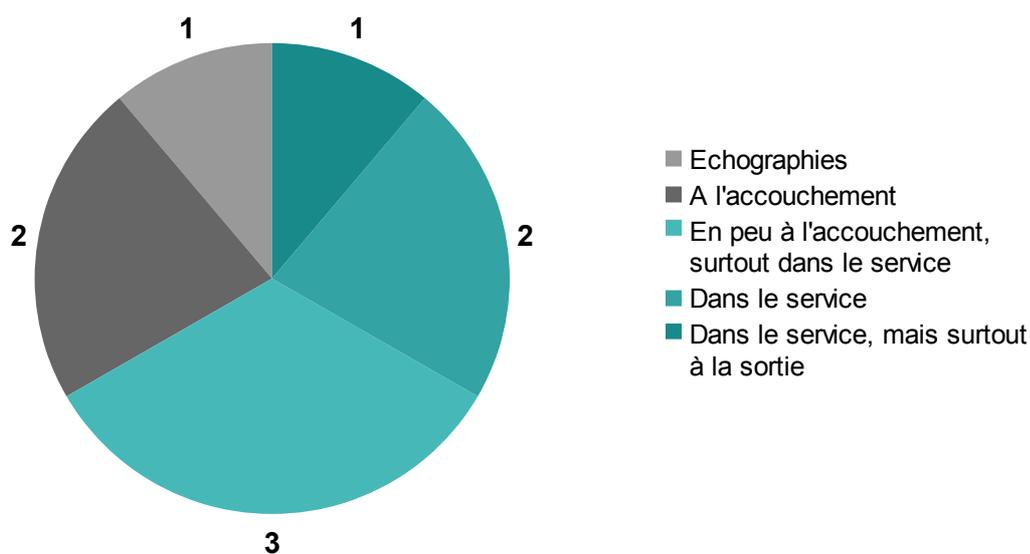
Pour deux tiers des personnes interrogées, les informations ont été données quelques jours ou heures avant l'accouchement, dans le service de gynécologie. Pour les autres, la naissance est arrivée de manière imprévue et les informations ont donc été données après l'accouchement : au bloc obstétrical et dans les services de néonatalogie. Tous considèrent que le moment était propice, même si le couple ayant subi l'accouchement en urgence regrette de ne pas avoir eu l'occasion d'en parler un peu avant.

C'est de manière très homogène que les informations sur la prématurité, les risques encourus et les conditions d'hospitalisation de l'enfant sont dispensés. La plupart du temps avant l'accouchement et les parents trouvent le moment propice

car sans avoir appréhendé trop tôt, ils savent comment va se passer l'accouchement ainsi que l'hospitalisation et peuvent se préparer à la séparation. Malheureusement, lors des urgences il n'est pas toujours possible d'informer rapidement et précisément les parents, mais c'est au plus tôt que les parents seront revus, afin de pallier ce manque d'information préalable.

Question n°3 : A quel moment avez-vous réalisé que vous étiez parents ? Pourquoi à ce moment précis?

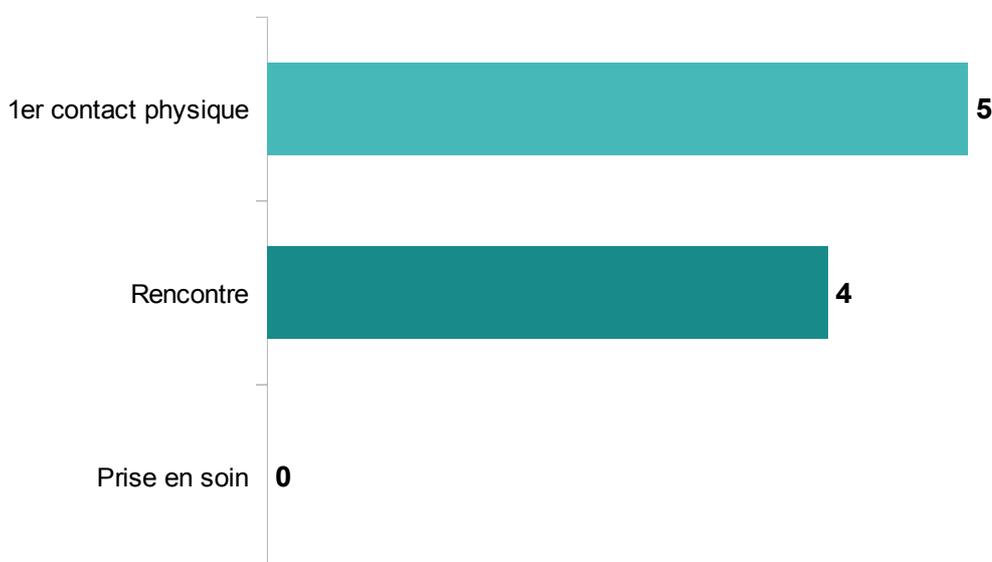
Une maman, ayant déjà eu des enfants s'est sentie à nouveau parent dès la première échographie. Deux papas ont répondu dès l'accouchement, car ils ont pu voir leur bébé naître et rester avec lui avant son départ en service de néonatalité. Pour les autres, même si quatre personnes ont répondu qu'elles se sont senties parents « un peu » dès l'accouchement, toutes ont insisté en disant que c'est surtout dans le service de néonatalogie que cela s'est concrétisé. Quand ils ont pu voir bébé, le toucher et surtout réaliser les soins de nursing. Une maman pense même qu'elle n'endossera pleinement son rôle parental qu'en rentrant chez elle avec l'enfant car elle n'est pour l'instant « qu'une maman à mi-temps ».



Se sentir parents, à quel moment?

La séparation, juste après l'accouchement, entre l'enfant et les parents ne leur laisse pas le temps nécessaire pour se retrouver et profiter d'être ensemble. Comme nous l'avons vu dans le cadre de référence, ce moment permet au couple de se rendre compte de leur changement de statut. Ainsi, la majorité des personnes vues au cours des entretiens admettent qu'ils ont pris conscience de leur rôle parental, par la suite, au sein des services de néonatalogie, après avoir passé un certain temps auprès de leur bébé.

Question n°4 : Quelle étape de l'hospitalisation en service de néonatalogie, a été la plus difficile au niveau de la relation avec votre enfant? Et pourquoi ?



L'étape de l'hospitalisation la plus difficile.

Pour quatre parents, la rencontre avec leur enfant dans le service de néonatalogie est l'étape de l'hospitalisation la plus difficile, pour deux d'entre eux ce fut la première rencontre, pour deux autres : à chaque visite. L'environnement proche de bébé (les sondes, le monitoring, l'incubateur) impressionne, il est difficile pour ses parents de le voir si fragile. De plus, à chaque visite le matériel peut avoir changé en fonction de son état, les parents appréhendent ces changements pouvant être porteur de mauvaises nouvelles. Pour les personnes interrogées, ce sont les premiers contacts physiques, et surtout le premier peau à peau qui ont été difficiles. Tous ont ressenti des craintes lors des contacts avec

bébé, voir ont limité ceux-ci, de peur de lui faire mal (trois personnes), et aussi par peur du matériel (trois autres parents).

Pour personne la prise en soin de l'enfant n'a été problématique. Au contraire, il s'agissait vraiment d'une valorisation de leur rôle et de leurs capacités à s'occuper de leur enfant qui a été ressentie à ce moment de l'hospitalisation.

Question n°5 : Lors de la prise en charge de votre enfant, vous avez découvert le service de néonatalogie et l'environnement médicalisé autour de bébé.

Qu'est ce qui vous a le plus marqué? Quel sentiment a t il éveillé en vous?

Pour la majorité des parents interrogés (sept sur neuf), c'est le matériel environnant bébé qui est le plus impressionnant. Ce matériel paraît invasif, il est très bruyant, il y'a de beaucoup de machines différentes, et les nombreux fils « branchés » à l'enfant le rendent fragile et limitent les contacts. De plus trois parents ont ressenti un manque d'information sur les soins réalisés et le matériel mis en place, ce qui a contribué à leur malaise et créé une appréhension face à ce dernier.

Les parents ont ainsi ressenti colère et culpabilité de voir leur enfant dans cet état. Mais aussi une certaine inquiétude face aux soins réalisés, et au matériel mis en place.

Question n°6 : Pensez vous que l'environnement médicalisé proche de l'enfant, dans le service de néonatalogie a été la principale difficulté limitant vos interactions avec bébé?

Tous les parents, sans exception, ont répondu oui à cette question. Pour certains, l'incubateur a été la première barrière mais pour la majorité, ce sont les cathéters, les sondes d'oxygène et les fils du monitoring qui sont effrayants car ils sont au contact direct de l'enfant. Pour tous, il a été plus facile d'aborder bébé au fur et à mesure qu'on lui retirait le matériel.

Question n°7 : Si vous aviez eu plus d'explication avant de découvrir ce matériel (sur son fonctionnement, son utilité), auriez vous pu aborder votre enfant plus facilement et/ou rapidement?

Les réponses à cette question sont partagées. Quatre personnes pensent que les explications sont essentielles, mais à donner au moment de la découverte du matériel, car avant il est impossible de l'imaginer. Deux parents pensent que les explications ont été données au bon moment mais nécessitent des rappels car elles peuvent être oubliées. Deux personnes pensent que la qualité des explications peut varier en fonction des soignants qui les dispensent. Et une maman pense que malgré toutes les explications données, le matériel sera toujours une barrière de par sa présence.

Il apparaît donc primordial de prendre le temps de présenter le matériel environnant bébé et d'expliquer son utilité et fonctionnement, dès sa découverte. D'après les parents ces informations ne doivent pas être données avant l'arrivée dans les services de néonatalogie car il est difficile de l'imaginer concrètement. Il faut par ailleurs pouvoir prendre pleinement le temps de donner ces renseignements, afin de ne pas laisser les parents dans l'ignorance ou le doute.

Question n°8 : Pensez-vous que les infirmières ont eu un rôle primordial favorisant la mise en place des liens d'attachement ou de parentalité entre vous et votre enfant?

Tous les parents étant passés dans les services de néonatalité trouvent que les infirmières ont effectivement un rôle primordial dans la mise en place de leur relation avec l'enfant.

Quelles actions vous ont-elles le plus aidé?

La communication entre soignants et parents a été très appréciée. Les infirmières et puéricultrices sont à l'écoute, elles répondent aux questions et elles

prennent surtout le temps de rassurer les parents inquiets. De plus, elles favorisent les premiers contacts avec bébé en proposant le peau à peau et la participation aux soins. En donnant des conseils tout au long de ces activités, le personnel soignant permet une mise en place rapide d'un climat de confiance et de moments de partage entre bébé et ses parents, ce qui favorise l'attachement et la parentalisation.

Synthèse de l'analyse

Les entretiens menés auprès des parents nous permettent de comprendre que les difficultés ressenties par ces derniers lors d'une naissance prématurée ne sont pas liées à la prématurité en elle-même, mais surtout à l'hospitalisation qui est alors nécessaire pour la survie de l'enfant.

La séparation géographique est un premier désagrément qui limite leurs visites, le temps passé auprès de bébé et qui fragilise la mise en place de l'attachement. Néanmoins, en France, tout est fait pour que l'enfant soit hospitalisé à proximité du domicile des parents, et que les visites soient favorisées.

La deuxième difficulté est l'inquiétude face à l'état de santé de bébé, elle va rythmer cette longue hospitalisation. De ce fait, tous les éléments qui rappellent la fragilité de leur enfant vont engendrer des appréhensions voir même des angoisses chez les parents.

Les consignes strictes afin de protéger l'enfant des infections les inquiètent, le matériel médical invasif et imposant, également. En outre, ce dernier va créer une « barrière matérielle » qui rend l'enfant plus difficile d'accès en limitant les soins réalisables par les parents, et les contacts. Sur ce point, les parents ont insisté sur le fait que les explications des soignants, leur écoute et leurs conseils les ont beaucoup aidés. Cependant, ils ont tout de même ressenti un manque d'information sur le matériel ou les soins réalisés. Ils signalent que leurs connaissances avant la naissance prématurée étaient limitées et que certaines

informations dispensées peuvent être oubliées, qu'il est important pour eux qu'on leur ré-explique certains points afin de balayer les angoisses, les peurs et interrogations et ainsi pouvoir profiter pleinement du temps passé auprès de l'enfant.

Synthèse au regard de l'hypothèse

On peut donc résumer que les explications essentielles données aux parents sont parfois oubliées, par ces derniers. Elles nécessitent un rappel afin d'être pleinement intégrées et permettre que le temps passé auprès de leur enfant ne soit pas influencé par l'environnement médicalisé ou l'appréhension des soins à venir.

Ainsi, toutes les conditions seront réunies pour favoriser les contacts avec l'enfant, créant des moments de découverte et de retrouvailles. Il sera plus facile pour les parents d'aller vers lui, de le toucher, de faire abstraction du matériel présent afin d'établir des liens d'attachement. Cela leur permettra d'aborder rapidement l'apprentissage des soins ce qui les amènera peu à peu à leur nouveau statut de parents en les responsabilisant et valorisant leurs capacités.

Un outil qui permettrait au soignant de balayer toutes les informations primordiales, et serait laissé à disposition des parents leur servirait de rappel et semblerait pouvoir combler leurs attentes et ainsi les aider.

L'hypothèse que j'ai formulé précédemment est la suivante : si les infirmières des services de néonatalogies possédaient un outil leur permettant de présenter le bébé prématuré et le matériel constituant son environnement proche, elles pourraient peut-être favoriser précocement les contacts entre le bébé et les parents, leur prise en soin de l'enfant et ainsi favoriser la mise en place de la parentalité.

On peut donc dire que **cette hypothèse est validée.**

Projet d'action

Lors de la réalisation de mes entretiens avec les parents, le manque de rappel des informations dispensées lors de l'hospitalisation de l'enfant prématuré a été mis en avant. Bien entendu, les soignants sont toujours là pour éclaircir leurs doutes, néanmoins une action me permettrait de répondre à ma problématique.

But

Éliminer les angoisses ressenties par les parents, lors de l'hospitalisation de leur bébé au sein du service de néonatalogie, dues à un manque d'informations sur l'environnement médicalisé et les soins réalisés, afin de favoriser leur contact et la mise en place de l'attachement et de la parentalisation.

Objectifs globaux

- Permettre aux soignants d'avoir un support de base identique, qu'ils pourront donner à chaque parent, rassemblant un ensemble d'informations essentielles.
- Faire découvrir l'environnement proche de bébé aux parents. En expliquant de manière simple les fonctionnalités et particularité du matériel, ou des soins pouvant être réalisés.
- Pallier l'oubli des informations reçues, en se référant à l'outil en sa possession.
- Favoriser les échanges entre les parents, qui pourront utiliser l'outil pour préciser leurs questions, et les soignants qui auront la possibilité d'imager les informations données.
- Améliorer la qualité de vie de la famille au sein du service

Technique

Il s'agit pour les soignants, de présenter le service de néonatalogie et de dispenser les informations essentielles de manière habituelle. Puis, de proposer

aux parents l'outil, en montrant la concordance des informations incluses à celle qu'ils viennent de recevoir.

Description de l'outil

- **Forme** : Un livret, en format A5 : pratique à feuilleter, comme à ranger.
- **Contenu** : Rassemble les informations dispensées par les soignants, de manière simple et adaptée aux parents. Des photos prises au sein du service seront incluses afin de rendre concrète l'information.

Cet outil comprendra uniquement des informations qui ne seront pas disponibles dans d'autres supports déjà à disposition actuellement, au sein du service.

- **Quand** : Le livret sera donné aux parents lors de la première visite où un soignant lui aura présenté le service de néonatalité. Il pourra, par la suite, être une référence tout au long de l'hospitalisation lors des échanges entre parents et soignants.
- **Limites** : Le coût de la réalisation du livret
Le choix des informations données dans le livret

Pour clore les entretiens avec les parents une dernière question avait été posée : « Est-ce qu'un livret vous rappelant les informations données par les infirmières et puéricultrices sur le matériel aurait pu vous aider ? » La majorité des parents (huit sur neuf), aurait aimé pouvoir recevoir ce type d'outil. Dans un temps futur, il me plairait donc de perfectionner et mettre en place ce projet avant d'en réaliser l'évaluation.

Conclusion

Nous avons vu que l'accouchement prématuré est une complication de la grossesse. Selon le terme atteint : le bébé immature nécessitera une hospitalisation. Malgré un accueil dans les services de néonatalogie les plus proches, cette séparation dès la naissance peut mettre en péril la mise en place de l'attachement parent-enfant et celle de la parentalité. Il est donc important pour cette nouvelle famille de se « retrouver » dès les premiers jours d'hospitalisation. Les soignants vont donc avoir à mettre en œuvre toutes les aides possibles pour favoriser les moments d'échange et de partage entre parents et enfant.

Malgré les explications données sur l'environnement de bébé, la principale difficulté pour les parents est la présence du matériel médical. Il est pourtant indispensable pour eux de l'accepter afin de profiter pleinement des moments passés auprès de leur bébé et de ne pas repousser les mises en peau à peau et leur participation aux soins, car ses activités valorisent leurs compétences et capacités à s'occuper de l'enfant et participent à leur parentalisation.

Il est donc essentiel pour les parents de pouvoir intégrer les informations données par les soignants sur le matériel environnant afin de ne pas en avoir peur, de pouvoir en faire abstraction et ainsi profiter pleinement du temps passé « en famille ».

Pour répondre à cette problématique, j'ai proposé la mise en place d'un livret, s'appuyant sur des photos et répertoriant toutes les informations et conseils que les parents ont pu recevoir afin d'éviter les angoisses ressenties face à cet environnement inconnu. Ainsi, les parents pourront plus facilement aborder leur enfant sans crainte, ce qui favorisera la mise en place de l'attachement entre le bébé et ses parents, ainsi que leur parentalisation.

Face à ce projet d'action, il subsiste néanmoins une limite : malgré l'information et les conseils que les soignants peuvent donner, le matériel médical qui sera moins effrayant imposera tout de même ses contraintes techniques limitant dans certaines conditions les contacts (l'incubateur ne doit pas rester ouvert, les points de ponctions ne doivent pas être touchés).

Ainsi, si le temps me le permettait, j'aurais aimé continuer mes recherches afin de trouver d'autres actions à proposer favorisant les rapprochements parents-enfants.

Bibliographie

Ouvrages

- **BINEL, Geneviève.** *Prématurité et rupture du lien mère enfant : la naissance inachevée.* Gaetan Morin éditeur, 2000. 227 pages (Des pensées et des actes en santé mentale)
- **BORGHINI Ayala, MULLER NIX Carole.** *Un étrange petit inconnu, la rencontre avec l'enfant né prématuré.* Ères, 2008. 139 pages. (1001 BB)
- **BRUN Cécile, JOUINOT Patricia, LAMOUR Martine et al.** *La périnatalité.* Real, 2003. 240 pages. (Amphi psychologie)
- **CYRULNICK, Boris.** *Sous le signe du lien.* Hachette, 1997. 319 pages. (Pluriel, n°871)
- **DAGEVILLE, Christian.** *Le début de la vie d'un grand prématuré, expliqué à ses parents.* Ères, 2007. 238 pages. (1001 BB)
- **GASSIER Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR Colette.** *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence.* Masson, 2003. 1056 pages.
- **GOLSE Bernard, LE RUN Jean-Louis.** *Les premiers pas vers l'autre : ou comment l'altérité vient au bébé.* Ères, 2008. 120 pages. (1001 BB, n°60)
- **PARENT Claudine, DRAPEAU, Sylvie.** *Visages Multiples De La Parentalité.* PU Québec, 2009. 454 pages. (Problèmes sociaux & interventions sociales)
- **THIBAUT-WANQUET Pascale.** *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital, la place des proches dans la relations de soin.* Masson, 2008. 168 pages.

Textes législatifs et réglementaires

- **Recommandation du Conseil de l'Europe REC 2006-19** du 13 décembre 2006.

- **Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004** parties IV et V relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. In Journal officiel n° 183, 8 août 2004. Page 37087.
- **Le plan périnatal 1994-2000**. Ministère des Affaires sociales janvier 1994.
- **Convention internationale des droits de l'enfant**, ONU 1989.
- **Chartes Européenne de l'enfant hospitalisé** rédigée à Leiden (Pays-Bas), 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l' Hôpital"
- **Décret n° 98/899 du 9 octobre 1988** : régissant l'organisation des services de néonatalogie.

Les documents non publiés

- **MATIS, Richard**. *Prématurité : vers une approche globale des parents et de l'enfant*. Intervention du Docteur au 7eme collège national des sage femmes, 3 février 2009. 9 pages. [en ligne]

Disponible sur Internet : http://cnsf.asso.fr/journees/pdf/7eme/MATIS_MARDI_11H00.pdf

- **PINQUIER Didier**, *Audipog : impact des décrets de périnatalité 1998-2008*. Intervention du Docteur au Séminaire du 3 décembre 2008 à Paris. 39 diapositives. [en ligne]

Disponible sur Internet : http://audipog.inserm.fr/pdf/seminaires/seminaire_2008/pres05_audipog.pdf

Sites internet

- **Geopsy.com, pour la pratique de la psychologie interculturelle**. *Psychologie de l'enfant* [en ligne] [14 novembre 2005].

Disponible sur Internet : http://www.geopsy.com/cours_psycho/psycho_enfant.pdf

- **CyberDodo Productions Ltd**. *La Définition de l'Enfant – Article n°01* [en ligne] [2009].

Disponible sur Internet : <http://fr.cyberdodo.com/dossiers/definition-de-l-enfant/1.html>

Annexes

Annexe 1 - Convention internationale des droits de l'enfant

ONU : 20 novembre 1989 (Texte non intégral)

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.
2. Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.
3. Les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

Article 5

Les États parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres

personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

Article 24

1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent des mesures appropriées pour
 - a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;
 - b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires
 - c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel
 - d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;
 - e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information
 - f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et

l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.
4. Les États parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. À cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 26

1. Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.
2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

Annexe 2 - Charte Européenne des enfants hospitalisés

Rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l' Hôpital"

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

1 - L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2 - Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3 - On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4 - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5 - On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6 - Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités

éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7 - L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

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

9 - L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10 - L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Résumé

Lors d'une naissance prématurée nécessitant une hospitalisation, c'est au sein des services de néonatalogie que vont se dérouler les premières semaines de vie de l'enfant. Son état de santé impose bien souvent la présence d'un matériel médical important qui limite les contacts parents-enfants et dont la manipulation nécessite vigilance et dextérité. Cela aboutit à la réalisation des soins (même de nursing) par le personnel soignant et ce n'est que peu à peu que les parents pourront pleinement s'investir auprès de leur enfant ce qui peut engendrer des difficultés dans la mise en place d'une dynamique familiale.

Après avoir défini les notions d'attachement et de parentalité, nous verrons comment les soignants participent à leurs mises en place pour améliorer la vie de cette famille dans l'univers hospitalier.

Mots clés : Prématurité – Attachement - Parentalité