

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

## **Attachement mère-enfant et prématurité : quel rôle pour l'infirmière de néonatalogie ?**

Mémoire de fin d'étude

Filière soins infirmiers

COSTA Stéphanie

N° : 08580110

Directrice de mémoire & membre du jury: COULON Delphine

Experte du terrain & membre du jury : CRISTIANI Marie-Colette

Genève, Septembre 2012

## ABSTRACT

**Résumé :** En Suisse, 7.5 % des naissances sont prématurés. Cette prématurité influence le lien entre la mère et le nouveau-né. Le rôle joué par l'infirmière dans cette prise en soin peut favoriser cet attachement.

**Objectifs :** Cette revue de la littérature a pour but, de mettre en avant les interventions infirmières visant à favoriser l'attachement de la mère pour son nouveau-né prématuré. Le sujet a été traité selon trois axes : le besoin des mères, l'intégration des parents et le point de vue soignant.

**Méthode :** Après avoir effectué des recherches sur différentes bases de données, j'ai conservé 7 études qualitatives dont une revue de la littérature. Les objectifs, les méthodes et les échantillons sont variés.

**Résultats :** Le soutien apporté par l'équipe soignante et la mise en place d'un partenariat sont essentiels afin de maximiser l'attachement entre la mère et son enfant. Cependant, ceux-ci pourraient être approfondis et d'autres moyens pourraient être mis en place afin que l'attachement soit optimisé.

**Conclusion :** Bien que les interventions, visant à favoriser l'attachement de la mère envers son nouveau-né prématuré, soient appréciées et utiles aux mères, des améliorations semblent pouvoir être apportées.

**Mots-clés :** attachement, prématurité, lien mère-enfant

**Background:** In Switzerland, 7.5% of births are premature. This prematurity influence the relationship between the mother and the new-born child. The roll of the nurse in this take-in-care can favour this liason.

**Objectives:** This review of the literature has the target to bring forward the interventions of the nurses to favour the liason of the mother for his new-born premature child. The subject was treated comformably in three axis: the needs of the mothers, the integration of the parents and the healty point of view.

**Method:** After having executed resuches about some differents data bases, I kept 7 qualitatives studies which are one review of the literature. The objectives, the methods and the models are diversified.

**Results:** The support brought by the nurse staff and the preparation of a partnership are necessary to maximise the affection between the mother and her child. In the meantime, these could be deepen and other ways could be prepared in order to optimise the affection.

**Conclusion:** Even the inversions, which promote the affection of the mother to her new-born premature child, are appreciate and usefull for the mothers, some ameliorations should be added.

**Keywords :** Affection, prematurity, bond mother-child

## Remerciements :

A Madame COULON Delphine, ma directrice de mémoire qui m'a suivi et accompagnée tout au long de ce travail.

A Madame CRISTIANI Marie-Colette, experte de terrain qui a accepté d'être jury pour mon travail de Bachelor.

A ma famille et mes ami(e)s qui m'ont soutenu durant ces quatre années.

A mon petit frère, Karim, sans qui, je n'aurais pas traité de ce sujet.

# Sommaire

---

1. Introduction .....	6
A. Préambule .....	6
B. Motivations personnelles .....	7
2. Questionnement .....	8
3. Cadre théorique .....	9
A. Attachement .....	9
1. Définitions et théorie.....	9
2. Grossesse et attachement .....	11
3. Naissance et attachement.....	12
4. Facteurs de risques.....	12
B. Prématurité .....	13
1. Définition .....	13
2. Causes .....	14
3. Conséquences .....	14
4. Néonatalogie .....	17
C. Infirmière .....	18
1. Compétences infirmières.....	18
2. Compétences spécifiques à la néonatalogie et soins intensifs.....	18
D. Soins centrés sur la famille et soins au soutien de développement en néonatalogie .....	19
1. Un peu d'histoire .....	19
2. Soins centrés sur la famille .....	20
3. Soins au soutien de développement .....	23
4. Méthode de la revue de littérature .....	25
A. Ethique .....	25
B. Données générales .....	25
C. HONsélect .....	26
D. Critères d'inclusions et d'exclusion d'études .....	27
E. Base de données spécifiques.....	28
F. Limites et contraintes.....	30
G. Sélection d'articles.....	31

5. Analyse critique .....	32
A. Le besoin des mères en néonatalogie.....	33
1. Retard de développement du sentiment maternel / Perte de contrôle ....	35
2. Communication / Information .....	36
3. Groupes de paroles.....	37
4. Intégration des parents.....	38
B. Intégration des parents dans les soins .....	39
C. Point de vue soignant .....	42
6. Discussion .....	45
A. Soutien .....	46
1. Individuel.....	46
2. Collectif .....	49
B. Partenariat.....	50
1. Intégration des parents dans les soins.....	50
2. Soins centrés sur la famille .....	52
3. Soins au soutien de développement .....	53
C. Biais et limites de la recherche.....	54
D. Propositions et pistes .....	55
7. Conclusion.....	56
8. Bibliographie .....	58
9. Annexes.....	61

# 1. Introduction

---

## A. Préambule

Pendant la grossesse, la mère se projette dans son futur rôle et un lien se crée entre la mère et son fœtus. Cet attachement se développe durant toute la période de gestation et se poursuit après la naissance. Suite à une naissance dite « normale », la mère reste auprès de son nourrisson afin de prendre soin de lui. Cela lui permet, de se sentir mère et de développer ses compétences parentales.

L'attachement qui relie la mère et son enfant aura une influence sur les relations futures de l'enfant. C'est pourquoi, plus celui-ci sera adapté, au mieux l'enfant se développera. (Gray, D., Hallet, F., Delannoy, C. & Lemieux, J.(2007)).

Cependant, la naissance ne se déroule pas toujours « normalement ».

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2012), chaque année, environ 13 millions de naissance se déroulent de manière prématurée, dans le monde. Bien que, la plupart de ces naissances se déroulent en Afrique ou en Asie, on dénombre 7, 5% de naissance prématuré en Suisse en 2008.

Suite à une naissance prématurée, l'enfant est, le plus souvent, hospitalisé dans un service de néonatalogie et donc, séparé de sa mère. En plus du stress dû à la situation, la mère ne peut pas prendre soin de son nouveau-né et remplir son rôle maternel, ce qui peut entraîner une perte de confiance en elle.

Cet événement inattendu perturbe le processus normal d'attachement de la mère pour son enfant. Ce qui peut avoir des répercussions sur le développement du nourrisson ainsi que, sur ses relations futures.

En prenant en compte ces difficultés potentielles d'attachement, d'une mère pour son nouveau-né prématuré, et dans un objectif de prévention, il semble intéressant de se pencher sur le rôle infirmier. L'équipe soignante est quotidiennement aux côtés de ces mères, comment peut-elle favoriser cet attachement afin que celui-ci se crée plus aisément.

## B. Motivations personnelles

Avant de débiter la formation, je souhaitais me spécialiser dans un domaine pédiatrique, voir poursuivre mes études en filière sage-femme. Au moment du choix du thème du travail de Bachelor, il était pour moi évident que celui-ci soit en lien avec la pédiatrie. Comme ce sujet allait me suivre durant deux années, il devait vraiment me correspondre, or en plus d'apprécier le contact avec les enfants, je m'intéresse particulièrement aux nourrissons. Lors de mon stage aux BBA1, HUG, j'ai pu prendre en soins des enfants dont plusieurs, né prématurément. Un tel choix de thème me permettra d'approfondir mes connaissances sur le sujet, ce qui pourra m'être très utile pour ma future vie professionnelle ainsi que personnelle, pour les nourrissons de mon entourage et lorsque j'aurai moi-même des enfants.

De plus, j'ai découvert la néonatalogie à l'âge de 10 ans, lors de la naissance de mon petit frère. J'ai donc vécu la néonatalogie du côté de la famille de nouveau-né prématuré. Cependant, le vivre, c'est quelque chose, le comprendre en est une autre. C'est pourquoi, ce sujet m'intéresse d'autant plus. Ce dernier n'est pas qu'un travail d'école, mon travail de fin d'étude, ou la concrétisation de mes quatre années d'études supérieures. Il est aussi pour moi rattaché à une partie de ma vie et d'autant plus motivant. C'est cette période de ma vie qui a confirmée mon envie de devenir infirmière. Pour cette raison, je souhaite approfondir cette thématique par ce travail.

## 2. Questionnement

---

Au cours de mes lectures, la notion d'attachement m'a interpellé. J'ai donc effectué des recherches pour affiner cette théorie. Dans sa théorie de l'attachement Bowlby met en avant l'importance du dernier trimestre de grossesse pour la relation mère-enfant ainsi que le contact physique dès la naissance. Lors de la naissance de mon frère, il a passé un mois seul, à l'hôpital à 200 km de nous, dans le service de néonatalogie de Lyon. Ma mère lui rendait visite seulement les week-ends. Je me suis alors demandée quelle était l'influence de cette séparation précoce sur le lien entre mon frère et ma mère. Cette interrogation a fait émerger ma question de recherche.

Question de recherche :

**Attachement mère-enfant et prématurité : quel rôle pour l'infirmière dans un service de néonatalogie ?**

Sous questions :

- Quel est le ressenti d'une mère suite à la naissance prématurée de son enfant ?
- Quelles sont les conséquences d'une naissance prématurée sur la relation mère-enfant ?
- Comment intégrer les parents dans les soins, pour favoriser l'attachement ?

# 3. Cadre théorique

---

Ce cadre théorique a pour but de faire le point sur certains concepts en lien avec ma question de départ. Par la suite, ces théories seront comparées avec les résultats de la revue de la littérature. Les points abordés sont : l'attachement, prématurité, néonatalogie, infirmière et soins centrés sur la famille et soins de soutien au développement en néonatalogie.

## A. Attachement

### 1. Définitions et théorie

L'attachement est défini comme suit dans l'internaute encyclopédie (2012) : « [Sentiment d'affection, de sympathie durable qui lie aux personnes ou aux choses.](#) »

Pour Freud, la notion d'attachement était rattachée à la mère car c'est elle qui répondait aux besoins de l'enfant. Il considérait l'attachement comme un besoin secondaire, conséquence de la réponse aux besoins primaires.

Dans les années 30, une étude menée par Konrad Lorenz sur une canne et ses cannetons à la naissance permet de mettre en avant la notion « d'empreinte ». Ce terme est défini par Lorenz comme un lien entre le caneton et la figure maternelle qu'il va se fixer et cela dès le plus jeune âge. Cette empreinte n'a en aucun cas, de rapport avec un lien de sang. Ce phénomène est présent chez de nombreuses espèces animales. Chez l'homme, il a pu être démontré que cette empreinte est aussi présente et que la période dite critique s'étend de la naissance à une année. Cette empreinte peut être déterminante pour le développement de l'enfant.

Par la suite, René Spitz met en avant la théorie de la perte du lien. En effet, si après 6 mois passés auprès de sa figure d'attachement, l'enfant en est séparé, il plonge dans un état dépressif qui à long terme peut être irréversible. On parle alors de dépression anaclitique. Si l'enfant retrouve rapidement sa figure d'attachement ou une autre, il est tout à fait capable de reprendre le cours de sa vie.

Le terme d'attachement vient des années 50, à cette époque Bowlby s'intéresse à l'impact d'une séparation prolongée entre la mère et son nourrisson. Cette étude a permis de mettre en avant, le besoin du nourrisson, d'avoir une figure d'attachement (Caregiver) vers qui, il recherchera la proximité en cas de situation de stress. Cette figure d'attachement est principalement représentée par la mère mais ce rôle peut être rempli, par toute personne étant à proximité constante de l'enfant et répondant de façon cohérente à ses besoins. Cependant, cela ne dépend pas du temps passé avec l'enfant mais de la qualité du temps qu'on lui accorde. Cet attachement est instinctif chez l'enfant, il lui permet sa survie ainsi

que la survie de l'espèce. Cette personne est considérée, par le nourrisson, comme un havre de sécurité. Il se tournera vers lui et aura besoin de son réconfort, lorsqu'il ne sera plus à même de gérer une situation (stress, angoisse...). L'attachement se met en place au cours de la grossesse et durant les trois premières années. Ce lien affectif, définira le développement social, cognitif et affectif de l'enfant.

Le processus d'attachement est réciproque. Dans le cas contraire, si la personne, ayant le rôle de figure d'attachement, n'a pas été suffisamment présente auprès de l'enfant, ou n'a pas été capable de répondre à ses besoins, ou y répond de manière irrégulière ou inadaptée, le bébé se sentira en insécurité. Il émettra beaucoup moins de demande, n'ayant personne sur qui se reposer et aura la crainte que personne ne puisse répondre à ses besoins. Ce comportement parental (ou de la figure d'attachement) engendrera un sentiment d'insécurité chez l'enfant ce qui entraînera différents schèmes de comportement. L'enfant aura un attachement dit « insécure » et pourra adopter un comportement : d'évitement, face à cette figure d'attachement, ou encore, un comportement : ambivalent, car l'enfant a besoin de se sentir en sécurité, donc il cherche ce contact, tout en étant retissant aux marques d'affection.

Ces premières expériences d'attachement, qu'elles soient positives ou négatives, restons ancrées, tout au long de sa vie. Celles-ci auront des conséquences sur ses attachements futurs et ses relations à l'autre. Il a même été prouvé que cela influencera le lien affectif que cet enfant aura avec ses propres enfants. On parle alors de reproduction du schéma familiale.

(Guédeney, N., Guédeney, A. (2009), Gaudreault, M., (1999)).

Trois profils d'attachement ont été définis de façon distincte par M. AINSWORTH dans les années 70. Pour cela, elle a mis en place un test (Strange situation) qui place l'enfant dans un léger état de stress. Sa réaction est révélatrice de son profil d'attachement. (Gaudreault, M., (1999)).

Selon Maurice Gaudreault, (1999) :

En somme, pour grandir en développant son plein potentiel, un enfant a besoin de la disponibilité de sa mère et de l'exploration de son environnement. Dans une perspective où la mère répond adéquatement aux besoins de son enfant, c'est-à-dire qu'elle est disponible, celui-ci développe un modèle de représentations intériorisées à partir duquel il développe le sentiment d'être compétent et aimable. Ainsi, la disponibilité physique et affective de la mère sous-tend le sentiment de sécurité de son enfant. D'ailleurs, les mères des enfants sécurisés... sont généralement tendres, attentives et manifestent de la sensibilité à l'égard de leur enfant (Crockenberg, 1981). Ce contexte, permet donc à ce dernier d'explorer son

environnement dans des conditions favorables, d'autant plus qu'une relation sécurisante lui apporte le sentiment que sa figure d'attachement est disponible s'il a besoin d'elle. Ultérieurement, cette sécurité lui permet d'établir des relations sociales profitables. À l'opposé, les enfants anxieux ou insécurisés développent un modèle de représentations intériorisés qui n'est pas aussi efficace.

L'attachement insécurisé se divise en deux profils. Le premier, fait référence aux enfants anxieux qui sont évitant et qui ignorent la mère en période de stress ou lors de la réunion avec leur figure d'attachement suivant l'absence de celle-ci (Ainsworth et al., 1978; Greenberg, Cicchetti & Cumming, 1990). Ces enfants n'expriment pas nécessairement de la détresse lors de la séparation d'avec la mère mais ils démontrent en quelque sorte cette détresse par leur incapacité de se servir de la mère comme base de sécurité lorsqu'elle revient dans la pièce expérimentale.

Les enfants anxieux ambivalent-résistant vivent excessivement de détresse lorsqu'ils sont séparés de leur mère (Greenberg et al., 1990). Cependant, lors du retour de celle-ci ces enfants ne sont pas rassurés et manifestent une ambivalence entre l'expression de contrariété, de colère ou de résistance et l'expression de dépendance ou de comportements de maintien du contact (Cassidy & Berlin, 1994).

## **2. Grossesse et attachement**

Le début de l'attachement mère enfant se situe avant même la conception de ce dernier. En effet, le simple fait, que deux êtres expriment le désir de donner la vie est déjà un signe d'attachement, pour l'enfant à venir. Une fois le processus en cours, une relation s'établit, tout au long de la grossesse, entre la mère et son enfant, mais aussi, avec la figure paternelle. De plus, au cours du dernier trimestre, le fœtus se mobilise, de plus en plus, il donne des coups, les parents réalisent, de plus en plus de la vie qui s'anime. Cela favorise donc le processus d'attachement. C'est durant cette période que se concrétise, en particulier pour la mère, ses envies et désirs pour la naissance. Elle se demande comment sera son enfant, comment se déroulera l'accouchement, qui viendra leur rendre visite à l'hôpital, .... Ses idées sont le plus souvent idéalisées.

(Guédeney, N., Guédeney, A. (2009)).

Le fœtus développe ses sens, durant sa vie intra-utérine, en particulier à partir du 5<sup>ème</sup> mois, période où, se développe :

- Le goût, au travers de l'alimentation de la mère.
- L'ouïe, le fœtus est réceptif aux sons qui l'entoure et en particulier à la voix de sa mère.
- Le toucher, le fœtus se mobilise dans le ventre de sa mère, il se place sous ses mains lorsqu'elle le caresse.

Tous ces sens sont en développement durant le dernier trimestre de grossesse. Le contact entre la mère et son fœtus est de plus en plus intense.

(Pétales, (2005), Louis S. (2007)).

### **3. Naissance et attachement**

Lors d'un accouchement par voies basses et que mère et nouveau-né sont en parfaite santé, l'enfant est en contact peau à peau avec sa mère, directement après la naissance. Le toucher est le premier sens à se développer in utero, le nouveau-né est particulièrement sensible à ce contact peau à peau. Par la suite, il sera proposé à la mère d'allaiter son enfant. Ces premières interactions suivant la naissance, permettent l'évolution de l'attachement de la mère pour son enfant. Lorsque ces échanges sont impossibles, le lien mère –nouveau né est rompu, ce qui peut avoir des conséquences sur leur relation future.

### **4. Facteurs de risques**

Marie Lacombe et Linda Bell (2006) présentent certains facteurs qui influencent l'attachement entre une mère et son enfant. Ceux-ci sont les relations que la mère à eu avec ses propres parents, le stress vécu et le réseau social.

Selon elles, le lien unissant la mère et ses propres parents influence l'attachement de la mère envers son nouveau-né. Lorsque le parent rencontre une situation de stress, cela le rend moins disponible pour répondre aux besoins de son enfant. Les facteurs pouvant provoquer du stress sont une naissance prématurée ainsi qu'une séparation entre la mère et son enfant, l'annonce d'une pathologie, une naissance par césarienne... Enfin, le soutien apporté par l'entourage permet aux mères de développer leurs compétences maternelles. Ce soutien permet à la fois de favoriser l'attachement de la mère pour son enfant mais aussi de diminuer le risque de dépression de la mère.

Ces facteurs, qui peuvent influencer l'attachement entre la mère et son nouveau né, peuvent entraîner des complications pour la suite de la relation mère-enfant mais aussi, pour les relations futures de l'enfant. C'est pourquoi il est primordial de mettre en place des actions préventives précoces afin de favoriser le lien, ainsi qu'un suivi de la relation mère-enfant sur le long terme.

## B. Prématurité

### 1. Définition

On parle de grossesse à terme entre 37 et 41 semaines d'aménorrhées (SA). D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), on parle de prématurité lorsque la naissance survient avant la 37<sup>ème</sup> semaine.

On peut distinguer plusieurs stades de prématurité :

- Prématuré : né entre 33 et 36 SA, il souffre parfois d'une légère immaturité respiratoire et a besoin pour quelques jours, d'assistance pour conserver sa température corporelle (incubateur). Il pourrait être plus fragile en période néonatal mais les risques de séquelles de cette prématurité sont moindres.
- Grand prématuré : né entre 29 et 32 SA, il souffre d'immaturité respiratoire, fait des bradycardies et des pauses respiratoires, il a besoin d'un apport en oxygène. Il est aussi immature pour maintenir sa température corporelle, c'est pourquoi, il sera placé dans un incubateur, le temps qu'il développe cette faculté. Les réflexes de suctions et déglutition sont absents ou non coordonnés, c'est pourquoi l'enfant sera nourrit par sonde naso-gastrique (SNG) les premiers temps.
- Très grand prématuré : né entre 22 et 28 SA, son maintien en vie dépend de l'assistance médicale. Il est bien souvent intubé et ventilé ainsi que nourrit par voie veineuse. De nombreux organes sont encore immatures. Les complications : respiratoires, de thermorégulation, circulatoires, immunitaires peuvent être nombreuses durant l'hospitalisation et engendrer des séquelles importantes.
- Limite de viabilité : lors d'une naissance avant 22 SA, les statistiques montrent un risque important de décès dû aux nombreux organes immatures. Au Canada, des lignes directives ont été mises en place concernant la non-réanimation des prématuré né avant 22 SA.

(Louis S. (2007), Gueguen, M.(s.d)).

En Suisse, en 2008, 7.5% des naissances se sont faites de manières prématurées. (Office Fédérale de la Statistique, (2012)).

## 2. Causes

Une naissance prématurée peut être spontanée ou induite par une décision médicale.

Prématurité spontanée : le travail se déclenche de manière inopinée. Les facteurs de risques sont : l'âge de la mère (avant 18 ans et après 35 ans), des abus toxiques (drogues et alcool), des antécédents d'accouchements prématurés ou de fausses couches survenues tardivement, des grossesses multiples. Les conditions de vie (stress, une position debout prolongée, de longs trajets, l'appartenance à une classe sociale défavorisée) de la mère, durant la grossesse, peuvent aussi être des facteurs de risque

Prématurité induite : la naissance est provoquée, le plus souvent par césarienne sur décision médicale, lorsque la vie du fœtus et/ou de la mère est en danger. Plusieurs causes peuvent être responsable d'une naissance prématurée, tel que des signes de souffrances fœtales, une pré-éclampsie... Dans ce cas, la naissance de l'enfant devient une urgence vitale, ce qui laisse peu de temps aux parents pour se préparer à l'arrivée de leur enfant.

(Louis S. (2007) Bouvard, C. (2011)).

## 3. Conséquences

### a. Conséquences physiopathologiques

Les conséquences physiopathologiques d'une naissance prématurée sont dues aux organes du fœtus encore immatures au moment de sa naissance. Le degré d'immaturation est dépendant de l'âge gestationnel. Plus ce dernier est petit, plus le nombre d'organes immatures est important, plus les conséquences sont importantes.

Présentation de ces conséquences par système :

Système pulmonaire : une immaturité au niveau pulmonaire est marquée par l'absence de surfactant.

Système cardio-vasculaire : l'immaturation du système de contrôle de la fréquence cardiaque entraîne des bradycardies à répétition

La persistance du canal artériel est aussi une complication possible. Si celui-ci ne se referme pas, l'irrigation des poumons est trop importante.

Système gastrique : Lors d'une naissance entre 32 et 36 SA, les réflexes de succion et déglutition de l'enfant sont absents ou non coordonnés. Des reflux gastro-œsophagien sont aussi souvent rencontrés chez l'enfant prématuré. L'immaturation du système digestif entraîne aussi des déséquilibres au niveau de

l'absorption des nutriments, ce qui entrainera des modifications alimentaires selon les besoins de l'enfant.

Systeme hépatique : l'immaturation de ce système peut entrainer un ictère suite à un mauvais métabolisme et une mauvaise élimination de la bilirubine par le foie.

Systeme nerveux central : les conséquences et séquelles d'une immaturation du système nerveux central peuvent être importantes et irréversibles

(Louis S. (2007), Bouvard, C. (2011)).

#### **b. Conséquences sur la prise en soins**

Suite à toutes ces complications possibles, ces nouveaux nés seront pris en soin par l'équipe soignante dès leur premier souffle. Cela dans le but de mettre en place l'équipement nécessaire à leur survie. Ils seront placés dans un incubateur afin de les aider à maintenir leur température corporelle, ils auront une assistance respiratoire si le besoin s'en fait sentir, ils seront équipés d'un monitor afin de suivre chacune des perturbations et ainsi pouvoir y pallier dans les plus brefs délais. Cela entraine donc, par la même occasion une séparation précoce de l'enfant et ses parents, en particulier sa mère avec une hospitalisation dans deux unités différentes. Or, lors d'un accouchement à terme et sans complications, l'enfant est en contact direct (peau à peau) avec sa mère dès sa naissance et reste auprès de sa mère durant l'hospitalisation. Dans les unités de maternité, les chambres sont équipées afin de recevoir la mère et son enfant afin qu'ils soient réunis et que la mère puissent répondre aux besoins de son enfant.

(Louis S. (2007)).

#### **c. Conséquences pour les parents**

Tout d'abord, que cette naissance prématurée soit organisée ou non, cela reste un choc pour les parents. Lors de la conception de cette enfant, les parents se font une idée souvent idéalisée de la grossesse, puis de l'accouchement et enfin de leur enfant. Cependant, lorsque la prématurité s'en mêle tout est chamboulé. Les parents sont en période de deuil, de la grossesse parfaite, de l'accouchement parfait et enfin de l'enfant parfait. La mère s'était sûrement imaginée son enfant sur son ventre, de suite après la naissance, pouvoir le garder auprès d'elle jour et nuit durant l'hospitalisation et enfin rentrer tous les trois après quelques jours, au domicile familiale. Cependant, rien ne se passe comme cela était prévu. Les parents se sentent bien souvent coupable de ce qu'il se passe. La mère se retrouve seule dans sa chambre, quant au père, il fait les allers retours entre, la néonatalogie afin d'être auprès de son enfant, et la maternité, auprès de sa femme afin de la soutenir, de lui ramener des informations sur le bébé, sur la gestion de la maison et éventuellement des autres enfants. Bien souvent, la mère

qui rêvait de poser son enfant sur son ventre ne pourra pas le voir durant plusieurs jours. Par la suite, lorsque l'état de la mère le permet, elle se rend au chevet de son tout petit. Cependant, cette étape peut bien souvent être un choc pour la maman, cet enfant si petit avec tous ces équipements. Il est bien souvent difficile pour elle de lui parler et encore plus de le toucher. Enfin, lorsque la mère est prête à rentrer à son domicile, il est malheureusement encore trop tôt pour l'enfant. Il est souvent très difficile pour les parents d'avoir le sentiment de « rentrer les mains vides », eux qui c'étaient fait une joie de leur retour à trois. Alors commence un nouveau rythme de vie, qui se régule par les allers retours à l'hôpital.

(Louis S. (2007)).

#### **d. Conséquences sur l'attachement**

Bien que la naissance prématurée soit un traumatisme psychologique pour les parents, celle-ci a aussi des conséquences sur l'attachement entre la mère et son enfant. La principale raison de ce trouble est la séparation. Alors que ce sentiment d'attachement se met en place durant la grossesse, la mère est prête à prendre soin de son petit, suite à l'accouchement. C'est la suite logique de ce lien, le contact et la prise en soin de son enfant permet l'évolution du sentiment d'attachement. Or, en cas de prématurité, ce lien est rompu par la distance et donc empêche la continuité de l'attachement. Cette rupture peut avoir des conséquences à long terme sur le lien entre la mère et l'enfant.

Jeffcoate *et al.* (1979) ont comparé, à l'âge moyen d'un an, 17 nouveau-nés à terme avec 17 prématurés qui avaient été séparés de leur mère à la naissance. Par rapport à ce qui existait dans les familles d'enfants nés à terme, la relation parents-enfant dans les familles de prématurés se caractérisait par :

- un délai plus long, dans l'apparition du sentiment d'amour de la mère pour le bébé.
- une incidence plus élevée de perceptions maternelles négatives de son propre bébé lorsque la mère comparait son bébé à un bébé moyen fictif.
- un état d'anxiété devant la possibilité de confier l'enfant à une gardienne, état qui persistait pendant la première année de vie de l'enfant.
- enfin, l'existence de négligence et de mauvais traitements dans certains cas (un cas de blessure non accidentelle et un cas de retard de croissance). L'étude démontre surtout, selon les auteurs, que l'anxiété des parents persiste à long terme et qu'ils perçoivent leur enfant comme vulnérable ou, à tout le moins, différent de la moyenne. (Lefebvre, 1983, p. 96).

De plus, une fois que la mère peut se retrouver auprès de son enfant, de nombreuses barrières, tel que l'incubateur, sondes, respirateur, ... empêchent la mère de se sentir en fusion avec son nouveau-né, comme inutéro. Malgré un contact peau à peau favorisé, la mère n'est pas dans une intimité avec son bébé.

Enfin, la culpabilité ressentie par les parents ne facilite pas l'attachement. Ils se sentent incompetents et ont des appréhensions à approcher leur bébé, ainsi que le toucher. Or ce contact avec le petit stimulera le sentiment d'attachement. Le rôle de l'équipe soignante est donc primordial pour diminuer ce sentiment de culpabilité.

(Lefebvre, 1983, p. 96)

#### **4. Néonatalogie**

D'après l'encyclopédie Larousse (2012), la néonatalogie est : « Spécialité médicale qui a pour objet l'étude du fœtus et du nouveau-né avant, pendant et après la naissance, jusqu'au 28<sup>e</sup> jour de vie (en fait, les premiers mois). »

Selon eux, la spécificité de la néonatalogie est de : « aussi bien à l'enfant normal qu'à celui atteint de maladies plus ou moins sévères (malformations, anomalies du développement dues à la prématurité ou à d'autres causes). Les nouveau-nés atteints de telles maladies requièrent une prise en charge hospitalière dans des unités spécialisées, une surveillance continue et, pour un faible pourcentage, des soins intensifs de réanimation. »

Mission du service de néonatalogie de Genève, tiré du site internet des HUG (2012): « Entreprendre tout ce qui est nécessaire et possible pour améliorer la qualité de vie et la survie des enfants nouveau-nés à terme ou prématurés nécessitant une surveillance ou un traitement spécialisé en collaboration étroite avec son entourage familial intime. »

A Genève, une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmières, pédopsychiatres, assistantes sociales se relaient auprès de l'enfant et de la famille 24h /24 afin de répondre au mieux à chacun des besoins des membres de la famille.

Depuis 2010, deux chambres hôtelières sont disponibles aux HUG afin que les mères puissent rester auprès de leurs enfants hospitalisés.

## C. Infirmière

### 1. Compétences infirmières

D'après le référentiel de compétences des HES-SO, une infirmière doit remplir 9 compétences :

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soin
2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires
3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé
4. Evaluer ses prestations professionnelles
5. Contribuer à la recherche en soins et en santé
6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé
7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire
8. Participer aux démarches qualité
9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

### 2. Compétences spécifiques à la néonatalogie et soins intensifs

L'infirmière spécialisée en néonatalogie et soins intensif doit être capable de maîtriser les techniques particulières à l'enfant, se tenant à jour des nouvelles dispositions possible. En plus de l'aspect technique, elle est capable de réaliser des liens rapides et logiques. Elle réalise ses soins avec rigueur, habilité et douceur. Elle doit aborder l'enfant dans sa globalité et le considéré comme une personne à part entière avec ses capacités, ses droits et sa personnalité. Elle s'assure de répondre aux besoins de chaque enfant de manière individualisée tout en maximisant l'autonomie des parents. (Fellus, N. (2011)).

## **D. Soins centrés sur la famille et soins au soutien de développement en néonatalogie**

### **1. Un peu d'histoire**

Les hommes ont commencés à se préoccuper des bébés prématurés en 1870. Avant cette date, beaucoup d'enfants prématurés décédaient. C'est à partir de 1870, suite à la guerre franco-russe, que les autorités souhaitent repeupler la France et pour cela demande aux médecins de tout mettre en œuvre afin de diminuer la mortalité infantile. C'est alors que, Budin et Tarnier, deux obstétriciens de l'époque se penchent sur la question. Leur première préoccupation est le fait qu'un enfant prématuré est incapable de maintenir sa température corporelle. Pour pallier à cela et en prenant exemple sur les poussins mis en couveuse dans les ZOO, ils décident de placer les nouveau-nés prématurés dans une couveuse chauffante. A cette période, les mères ont leur place auprès de leur bébé et l'allaitement maternel est grandement encouragé. En vue de l'incapacité de l'enfant à se nourrir correctement, le lait maternel est administré à la cuillère ou par gavage. Suite à de nombreuses infections, des règles d'hygiène sont mises en place tel que le lavage des mains pour toute personne s'approchant de l'enfant.

En 1901, alors que les prématurés deviennent un sujet de grand intérêt, le Dr Courney se penche sur la question. Il organise des expositions d'enfants prématurés afin de récolter des fonds pour leur survie, et interdits les visites parentales, qui selon lui, réduirait le risque infectieux.

En 1923, la première pouponnière pour enfants prématurés ouvre ses portes à Chicago.

C'est dans les années 60-70 que sont découvertes les pathologies en lien avec l'immaturation des organes du nouveau-né. Comme les problèmes pulmonaires ou intestinaux. C'est à cette période, que les parents retrouveront leur place auprès de leur bébé.

En 1975, la néonatalogie devient une spécialité reconnue par le département de pédiatrie. Des centres spécialisés sont mis en place et de nouvelles technologies voient le jour tel que la photothérapie ou encore le respirateur.

Ce n'est qu'en 1984, que la douleur est reconnue et prise en soin grâce à l'intervention d'une mère. C'est suite à cela, que l'anesthésie est mise en place pour les soins douloureux, avant cela, les bébés subissaient des interventions chirurgicales sans aucunes anesthésies. Dans les années suivantes, une sédation est mise en place lorsque l'enfant est intubé.

De nos jours, le confort du bébé est en première ligne, pour cela les soins sensorimoteurs permettent de maintenir le bébé dans un environnement favorable à son développement. Depuis les années 70, les familles (parents) ont conservé leur

place auprès de leur nouveau né et sont de plus en plus sollicités dans la prise en soin de ce dernier.

(Trebaol, 2012)

## **2. Soins centrés sur la famille**

La famille occupe une place de plus en plus importante dans la gestion de la santé et de la maladie. Les soignants sont donc plus souvent amenés à collaborer avec ces familles. Dans un service de néonatalogie, les parents sont présents autant que possible auprès de leur nouveau-né. C'est pourquoi la collaboration entre les soignants et ces familles est essentielle afin de parvenir à un véritable partenariat. Cependant, pour parvenir à cela il est nécessaire de prendre connaissance du fonctionnement du système familial.

Selon Duhamel, F. (1995) :

Ces modèles, basés sur la théorie générale des systèmes et de la cybernétique, conçoivent la famille comme un système social dont les membres entretiennent continuellement des interactions pour maintenir un certain équilibre et une évolution constante. Comme chaque membre de la famille est un système en lui-même, avec ses sous-systèmes psychobiologiques, la famille est aussi un système comportant ses propres sous-systèmes de même qu'elle est un sous système du système communautaire, qui est lui-même un sous-système d'un plus grand système, la société, et ainsi de suite jusqu'à la biosphère. Selon la théorie générale des systèmes la santé d'une personne est influencée par ses sous-systèmes, c'est-à-dire la famille, la société, la culture. La théorie de la cybernétique soutient que tous les systèmes et sous-systèmes sont interdépendants et s'influencent mutuellement. Le comportement de chaque membre d'une famille a des effets sur le comportement des autres membres. (p. 24)

De plus, chaque individu étant unique et ayant chacun, sa façon d'influencer son système, les soins centrés sur la famille se doivent d'être individualisés et adaptés à chaque système. Pour cela, l'infirmière a, à disposition, des outils lui permettant de réaliser une analyse du contexte familiale, ainsi elle peut mieux comprendre le comportement de chacun dans la situation. Parmi ces outils, on retrouve le modèle d'analyse familiale de Calgary (Wright et Leahey, 1994). Ce modèle permet de mieux visualiser la structure interne de la famille à l'aide du génogramme, ainsi que la structure externe avec l'écocarte.

En réalisant des soins centrés sur la famille, le professionnel de la santé veillera à répondre aux besoins du patient et de sa famille, pour cela, certaines valeurs doivent être acquises et être mises en lien avec des actions mises en place par le soignant.

Selon l'hôpital pour enfant de Montréal, (2012), les valeurs prônées sont :

**Dignité et respect.** Les professionnels de la santé sont à l'écoute des opinions et des choix des patients et de leur famille, et les respectent. Les connaissances, les valeurs, les croyances et les antécédents culturels du patient et de sa famille sont intégrés à la planification et à la prestation des soins.

**Partage de renseignements.** Les professionnels de la santé informent les patients et leur famille en leur transmettant des renseignements exhaustifs et impartiaux d'une manière rassurante et utile. Ainsi, les patients et les familles reçoivent en temps opportun les renseignements complets et précis nécessaires pour intervenir efficacement dans les soins et la prise de décision.

**Participation.** Les patients et les familles sont encouragés à participer à la prise de décision et aux soins dans la mesure souhaitée.

**Collaboration.** Les patients et les familles sont aussi intégrés plus largement à l'échelle de l'établissement. Ils participent avec les dirigeants de l'hôpital à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et des programmes, à la conception des installations de soins de santé, à la formation professionnelle ainsi qu'à la prestation des soins.

Lors de la naissance d'un enfant, le sous système conjugal doit aussi devenir sous système parental. Cependant, il est important pour le bien être du couple et donc de la famille que l'intimité conjugal soit conservée. Il est donc nécessaire de trouver le juste équilibre entre le sous système conjugal et parental, alors que ceux-ci sont étroitement liés. (Duhamel, 2007, p. 112).

Pour ce qui est, du sous système parent/enfant, le lien entre ces deux unités s'établit par le développement de l'attachement et les perceptions de son efficacité parentales. Alors que l'attachement se construit dès le début de la grossesse, les parents doivent, suite à la naissance, orienter l'attachement vers cet enfant réel, qui est différent de celui imaginé. Pour ce qui est des perceptions de son efficacité, quatre facteurs peuvent les influencer :

- L'histoire de ses réussites et de ses échecs : l'histoire de vie du parent influencera ses perceptions face à son rôle parental.
- L'observation d'un modèle : pouvoir comparer les capacités et difficultés des autres permet d'apprendre et de prendre confiance en ses propres capacités.
- L'état physiologique et émotionnel : la mère en bonne santé aura de meilleures perceptions de son rôle maternel.
- La persuasion verbale : le soutien reçu valorise les compétences parentales.

(Duhamel, 2007, p. 115-116).

La naissance d'un enfant est souvent déstabilisante pour une famille, chacun doit redéfinir et adapter son rôle au sein de ce système, afin de retrouver au plus vite, un équilibre. Si cette naissance est prématurée, le processus d'adaptation est plus compliqué. Cette naissance est loin d'être comme les membres de cette famille se l'étaient imaginés. Cette situation engendre un important stress et perturbe l'évolution normale de cette famille.

Des actions vont être mises en place sur le terrain. L'infirmière va offrir tout d'abord un soutien à l'individu, en lui permettant d'exprimer ses émotions et ressentis. Elle va aussi veiller à maintenir une limite entre le sous système conjugal et parental. Pour cela, elle va, par exemple, veiller à intégrer les deux parents dans les soins, afin qu'ils trouvent chacun leur place de parents et définir avec eux la répartition des rôles de chacun. Mais aussi, leur proposer de prendre des « moments en amoureux », afin que le sous système conjugal persiste.

Pour ce qui est du sous système parents enfant, les interventions proposées auront pour but, de favoriser les interactions, entre les différentes personnes de ce sous système, et de soutenir les parents dans leur rôle. Pour cela, Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012) mettent en avant l'importance de connaître le rôle chacun. Ceci dans le but, de renforcer positivement les fonctions de chacun et maximiser les forces de chacun (p.304).

Lors d'une naissance prématurée, les risques de désorganisation de ces systèmes sont d'autant plus importants en vue de la situation. C'est pour cela qu'en néonatalogie, les soins centrés sur la famille sont essentiels et permettent aux parents de favoriser le processus d'adaptation.

(Duhamel, 2007, p. 122-124)

### **Modèle de la relation parents-enfant**

#### **Bell, St-Cyr Tribble, Goulet et Paul (2002).**

Ces auteurs ont mis en avant cinq composantes définissant la relation parent-enfant. Ces composantes sont reliées entre elles et ont pour but la sensibilité parentale. C'est en développant cette sensibilité parentale que le parent aura une réponse adéquate envers son enfant. En utilisant ce modèle et leur observation, les infirmières périnatales pourront évaluer la relation parents-enfant et mettre en place des actions visant à améliorer celle-ci. On estime une relation adéquate, lorsque le parent est capable de reconnaître un signal émis par son enfant, qu'il y donne une juste signification, qu'il a les moyens d'y répondre correctement et cela, dans un court délai. (Bell, (2002)) (En Annexe).

Cinq composantes :

- La découverte : volonté de connaître son enfant, décoder les signaux émis, détecter les moments propices aux interactions.
- La proximité physique : la recherche de contact physique par le parent en utilisant différentes voies de communication.
- L'engagement : capacité du parent à assumer de nouvelles responsabilités et à s'engager dans la relation. Ils se sentent responsable de cet enfant.
- La communication : le parent suscite l'interaction avec son enfant et est capable de reconnaître les signes de désengagement de ce dernier.
- Le contact affectif : échange d'affects, les affects parentaux ont une influence sur les affects de l'enfant.

(Bell, (2008))

Cette relation parent-enfant est la base du développement de l'enfant pour le restant de sa vie. Il est donc important qu'elle soit la plus adéquate possible.

### **3. Soins au soutien de développement**

Les soins de soutien au développement se définissent par l'ensemble des stratégies comportementales et environnementales visant à réduire le stress du nouveau-né prématuré et à améliorer le développement de ses compétences. Ils ont pour objectif de limiter les nuisances de l'environnement des soins intensifs de néonatalogie (contrôle des niveaux sonores et lumineux), et de favoriser le bien-être du nouveau-né hospitalisé par différents soins tels que : la succion non nutritive, le positionnement en flexion, l'enveloppement le contact peau à peau. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire et individualisée. Elle permet aux parents, au travers d'observations conjointes avec les soignants, d'acquérir une meilleure compréhension de leur enfant et ainsi de renforcer leur compétence parentale. Cette approche sensibilise l'équipe soignante aux particularités de chaque enfant : elle permet d'adapter les sollicitations sensorielles en respectant les états de vigilance et le rythme du bébé. (Cevey-Macherel, M. et al., 2010).

Différents moyens d'observations ont été mis en place et chaque équipe de néonatalogie utilisera celle correspondant le plus à ses prises en soins. Parmi ces différents instruments on retrouve : la «Neonatal behavioral assessment scale (NBAS)» créé par T. B Brazelton, le «Newborn individualized developmental care and assessment program» (NIDCAP), créé par H. Als. et l'approche sensori-motrice développée par A. Bullinger. L'état de l'enfant définira aussi l'échelle la plus adaptée. (Cevey-Macherel, M. et al., 2010).

Aux HUG, une grille d'observation a été mise en place par l'équipe de spécialistes des soins au soutien de développement. Les différents items font références à

Piaget, Wallon, Bullinger, Brazelton et Als.. Cette grille est divisée en 6 items, ce qui permet de comprendre le comportement de l'enfant et en fonction, adapter nos soins. L'observation de l'enfant s'effectue en trois temps, avant, pendant et à la fin du soin.

## 4. Méthode le revue de littérature

---

Pour réaliser ma revue de la littérature, j'ai tout d'abord lu des recherches, articles ou ouvrages sur le sujet afin de mieux le connaître.

Les articles choisis pour ma revue de la littérature sont ceux, qui me semblaient le plus pertinent pour répondre à ma question de recherche. Afin d'analyser ces articles, j'ai choisi de réaliser une fiche de lecture pour chacun (en annexe). Cette partie est intégrer au travers de résumer et présenté sous forme de tableau. Cela me permettra, par la suite, de comparer mes différents résultats afin de répondre à ma question de recherche et explorer de nouvelles pistes en lien avec la pratique professionnelle.

### A. Ethique

Toutes les études sélectionnées proviennent de bases de données scientifiques. Les études tirées de celles-ci, peuvent donc être considérées comme fiable et donc utilisables. Pour chacune, sauf une, un comité éthique ou de recherche à approuvé ces études.

La recherche d'étude a été effectuée de manière neutre et en restant la plus objective possible. J'ai souhaité traiter tous les axes possibles, en rapport avec ma problématique.

Tout au long de ce travail, les références ont été citées et référencées selon les normes bibliographiques en vigueur au sein de la Haute Ecole de Santé de Genève, de manière à respecter la pensée des auteurs. Il en est de même pour les ouvrages utilisés, ils sont présents dans la bibliographie.

### B. Données générales

Dans une première phase, j'ai effectué des recherches au centre de documentation de la Haute Ecole de Santé de Genève, notamment, sur la prématurité, l'attachement mère enfant et les soins centrés sur la famille afin d'enrichir mon cadre théorique. Grâce au moteur de recherche RERO, j'ai pu trouver quatre ouvrages répondant à mes critères. Ceux ci m'ont été utiles, tant pour mon cadre théorique (ci-dessus), tant pour mes recherches d'articles. Ces différentes lectures m'ont orientée vers de nouvelles pistes de recherche.

Les ouvrages utilisés pour ce travail sont :

Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Québec : Gaëtan Morin édition.

Golse, B. (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Compléments sur l'émergence du langage* (4<sup>ème</sup> éd). Paris : Masson.

Guédeney, N., Guédeney, A. (2009). *L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée*. (3<sup>ème</sup> éd.). Paris : Masson

Louis, S. (2007). *Accompagner son enfant prématuré. De la naissance à 5 ans*. Québec : Editions enfants Québec

### C. HONsélect

Avant de débiter ma recherche d'article, il me semble nécessaire d'avoir une traduction correcte de mes mots clés. Pour cela, j'ai choisit d'utiliser HONsélect, qui est disponible sur le site de la HEdS et qui permet la traduction de termes médicaux en plusieurs langues.

Voici les mots clés utilisés et leur traduction anglaise :

TERME EN FRANÇAIS	TRADUCTION ANGLAISE
Attachement	Attachment
Relation mère enfant	Mother child relationship
Prématuré	Premature Premature infant Preterm infant
Prématurité	Prematurity
Naissance prématurée	Premature birth Preterm birth
Infirmière	Nurse
Rôle infirmier	Nurse's role
Unité de néonatalogie	NICU Neonatal Intensive Care Unit
Soins centrés sur la famille	Family centered care

## D. Critères d'inclusions et d'exclusion d'études

Etant donné le nombre important d'article sur ce sujet, il me semblait essentiel de spécifier mon axe de recherche et pour cela définir des critères d'inclusion et d'exclusion pour les études.

Suite à mes lectures, j'ai déjà effectué une première sélection des articles qui me semblaient le plus pertinent puis une deuxième sélection en prenant en compte les critères présentés ci-dessous.

### Critères d'inclusion :

- Etudes publiées après 2005

Selon moi, le but de cette revue de littérature est de faire un état des lieux actuel des recherches effectuées afin de pouvoir ouvrir de nouvelles pistes pour la pratique. Pour cela, plus les recherches sont récentes, plus cette revue de littérature pourra être utile à la pratique.

- Articles publiés en français ou anglais

Sur ce sujet, de nombreuses études ont été effectuées dans le monde entier. Cependant, mes capacités linguistiques ne me permettant pas de prendre en considération toutes ces études, j'ai fait le choix de sélectionner seulement celles en français et anglais.

- Fiabilité des études

Les études utilisées ont été préalablement sélectionnées sur des bases de données scientifiques fiables. On considère alors, que les résultats sûrs et donc utilisables.

De plus, ces articles ont tous été écrits par des personnes reconnues, dans le milieu de la recherche en soins infirmiers et ayant déjà réalisées plusieurs recherches.

Pour le choix des études, l'impact factor a été pris en compte.

### Critères d'exclusion :

- Etudes réalisées dans les pays en voie de développement

Les techniques mises en place dans ces pays sont difficilement transposable à nos pratiques. Pour causes, la différence de moyens et de matériel disponible.

## E. Base de données spécifiques

J'ai effectué ma recherche à partir de base de données informatisées. Pour cela, j'ai utilisé les mots traduis précédemment à l'aide de Honselect. Ma recherche a été effectuée à partir de trois bases de données.

❖ Pubmed via medline

Descripteurs utilisés	Résultats	Etudes lues	Etudes sélectionnées
Preterm infant [and] attachment [and] neonatal intensive care [and] nurses' role	9	3	2
Family centered care [and] NICU [and] attachment	6	3	0
Preterm birth [and] nurses' role [and] family centered care	2	1	1
Attachment [and] NICU [and] family centered care	1	0	0

Suite à la recherche sur cette base de données, sept articles me semblaient intéressants à la lecture de leur titre et résumé. A la lecture complète de chacun, seul trois articles m'ont semblés pertinents. Deux articles seront utilisés pour ma revue de littérature, le troisième me permettra d'ajouter des éléments à mon cadre théorique. Voici les références des articles accompagnées des mots clés que j'ai utilisés pour les trouver.

Pour la revue de la littérature :

- Nagorski Johnson, A. (2007). The maternal experience of kangaroo holding. *JOGNN*, 36(6), 568-573.
- ➔ Descripteurs : Preterm infant [and] attachment [and] neonatal intensive care [and] nurses' role
- Mok, E. & Leung, S-F. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of clinical nursing*, 15, 726-734.
- ➔ Descripteurs : Preterm birth [and] nurses' role [and] family centered care

Pour le cadre théorique :

- Kearney Schenk, L., Kelley, J-H. & Schenk, M-P. (2005). Models of maternal-infant attachment: a role for nurses. *Pediatric nursing*, 31(6), 514-517.
- ➔ Descripteurs : Preterm infant [and] attachment [and] neonatal intensive care [and] nurses' role

❖ Cinnhal

Descripteurs utilisés	Résultats	Etudes lues	Etudes sélectionnées
Preterm birth [and] attachment	36	1	0
Preterm birth [and] mother child relationship [and] attachment [and] neonatal intensive care	1	1	0
Premature infant [and] neonatal intensive care [and] attachment	45	7	2
Family centered care [and] NICU [and] preterm infant	2	2	0

Pour cette base de données, onze articles me semblaient intéressants. A leur lecture, seul deux seront utilisés pour ma revue de la littérature.

- Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The journal of périnatal education*, 18(3), 23-29.
- ➔ Descripteurs : Premature infant [and] neonatal intensive care [and] attachment.
- Roberge, V. & Patenaude, H. (2009). Place des parents à l'unité néonatale. *Perspective infirmière*, novembre/décembre, 27-29.
- ➔ Premature infant [and] neonatal intensive care [and] attachment

Descripteurs utilisés	Résultats	Etudes lues	Etudes sélectionnées
Attachment and preterm birth and family centered care and nurses' role and NICU	526	6	4

Le nombre d'article étant très important, je me suis principalement intéressée aux articles qui étaient disponible en ligne gratuitement. Six articles m'ont alors semblés intéressants, mais que quatre ont été retenus, dont un précédemment sélectionné lors de ma recherche sur la base de données Cinhal. Pour ces quatre articles, les descripteurs ont été :

Attachment and preterm birth and family centered care and nurses' role and NICU

- Conz, CA, Merighi, MAB & Jesus MCP. (2009). Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit : a challenge for nurses. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 43(8), 846-851.
- Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The journal of périnatal education*, 18(3), 23-29.
- Shin, H & White-Traut, R. (2006). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal compilation*.
- Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008). « Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden ». *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461-471

## F. Limites et contraintes

La première limite que j'ai rencontrée durant ce travail concerne la langue. En effet, la plupart des travaux traitants de ce sujet sont en anglais ce qui ajoute une difficulté supplémentaire.

Une autre limite à été la date des études. Je m'étais fixé cette limite, afin d'obtenir des résultats les plus proches de la réalité, mais de nombreuses études ont été publiés avant 2005.

Une autre contrainte à été que, certains articles n'étaient pas disponibles sur les bases de données de la Haute Ecole de Santé. Suite à des recherches sur

d'autres bases de données, certains articles ont pu être commandés, ce qui a pris du temps, quant aux autres ils sont restés indisponibles.

## G. Sélection d'articles

Après toutes ces lectures, sept articles me semblent pertinents pour ma revue de littérature. Ceux-ci me permettront de répondre à ma problématique de départ et de proposer de nouvelles pistes de réflexions pour la pratique professionnelle. Ces sept études ont été publiées entre 2006 et 2009.

1. Conz, CA, Merighi, MAB & Jesus MCP. (2009). Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit : a challenge for nurses. [Revista da Escola de Enfermagem - USP](#), 43(8), 846-851.
2. Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden . *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461-471.
3. Mok, E. & Leung, S-F. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of clinical nursing*, 15, 726-734.
4. Nagorski Johnson, A. (2007). The maternal experience of kangaroo holding. *JOGNN*, 36(6), 568-573.
5. Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The journal of périnatal education*, 18(3), 23-29.
6. Roberge, V. & Patenaude, H. (2009). Place des parents à l'unité néonatale. *Perspective infirmière, novembre/décembre*, 27-29.
7. Shin, H & White-Traut, R. (2006). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (1), 90-98.

## 5. Analyse critique

---

Au total, j'ai retenu 7 articles pour ma revue de la littérature. J'ai synthétisé leur présentation sous forme de tableau et séparé selon trois thèmes :

- Le besoin des mères en néonatalogie : études n°2, 3, 5, 7
- Intégration des parents dans les soins : études n°4,6
- Point de vue soignant : n° 1, 6

La majorité des études se situent dans le premier groupe mais c'est à partir des besoins des mères qu'on pourra proposer de nouvelles pistes et développer de nouvelles pratiques afin de favoriser l'attachement, entre une mère et son nouveau né prématuré.

L'article numéro 6 est utilisé deux fois, car il s'intéresse à la fois aux besoins des mères et aux points de vue infirmiers.

Les fiches de lectures réalisées, pour chacun des articles, sont disponibles en annexe.

## A. Le besoin des mères en néonatalogie

Les études, sélectionnées pour cette partie, ont pour but de mettre en avant les besoins des mères. Cela, dans le but de développer des pistes pour répondre aux besoins des mères et faciliter l'attachement envers leurs nouveau-nés.

Etude 2	Méthode	Participants	Interventions	Résultats	Limites
<p>Lindberg. B. &amp; Ohrling. K. (2008).</p> <p>« Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden ».</p>	<p>Qualitative, mono centrique (Suède)</p>	<p>Six mères ayant eues un enfant né avant 36 semaines de gestation et ayant été hospitalisés en néonatalogie durant les trois dernières années</p>	<p>Entretiens narratifs, discussions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Difficulté à percevoir le sentiment maternel</li> <li>. Expérience stressante</li> <li>. Perturbation de l'unité familiale</li> <li>. Importance de l'intégration des parents dans les soins</li> </ul>	<p>Taille de l'échantillon</p> <p>Pas de réponse concrète à la question de départ</p>

Etude 3	Méthode	Participants	Interventions	Résultats	Limites
<p>Mok, E. &amp; Leung, S-F. (2006).</p> <p>« Nurses as providers of support for mothers of premature infants. »</p>	<p>Qualitative (questionnaires) et quantitative (entretiens)</p> <p>Mono-centrique (Hong-Kong)</p>	<p>Questionnaire: 37 mères</p>	<p>Renseignements sur la mère et bébé puis NPST (Nurse Parent Support Tool)</p>	<p>Le soutien apporté par les soignants est inférieur aux besoins des mères.</p> <p>Le plus important selon les mères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Donner de bons soins à mon enfant</li> <li>. Me dire les modifications de l'état de santé de mon enfant</li> <li>. M'aider à comprendre ce qui est fait à mon enfant</li> </ul>	<p>Etude limitée à l'hôpital public de Hong-Kong</p> <p>Taille de l'échantillon</p>

		Entretien: 6 mères	Semi directif, individuel, sur les soins ayant été un soutien ou non	Communication et information très importantes, à adapter à chaque parent. Favorise la participation des parents. Importance des groupes de paroles, permet de se sentir moins seule.	
--	--	-----------------------	--	---	--

Etude 5	Méthode	Participants	Interventions	Résultats	Limites
Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L. (2009).  «The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit.»	Revue de la littérature qualitative, 14 études  Expériences parentales en néonatalogie, étude publiées en anglais.	178 mères/parents et 31 infirmières	10 études : interviews  1 étude : focus groupe  3 études : interviews et focus groupe	<u>Naissance prématuré</u> : - Stress - Perte de contrôle - Choc  <u>Solutions</u> : - Communication - Donner information - Gestion de la douleur efficace - Mettre en avant le rôle parental  <u>Actions</u> : -Soins centrés sur la famille -Soins au soutien de développement -Communication	La plupart des études sur familles de couleur blanche et de classe sociale moyenne  Pas d'information géographique sur ces études  Pas de différenciation entre le vécu des mères et des pères

Etude 7	Méthode	Participants	Interventions	Résultats	Limites
Shin, H & White-Traut, R. (2006).  « The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. »	Revue de la littérature, qualitative, mono-centrique (Corée)	<u>Revue</u> : 38 études, (21 anglaises, 17 coréennes) entre 1990 et 2004  <u>Terrain</u> : 10 mères coréennes  <u>Analyse</u> : mise en lien revue et terrain	3 entretiens semi-structurés (post-partum J3-10, suite à la sortie de l'unité, 4-7 semaines après la sortie du service)  Analyse de Rodger, identifications des particularités, des antécédents et des conséquences	Résultats similaires : -Sentiments négatifs -Avenir incertain -Préjudices sociaux -Manque de contact -L'environnement de l'unité  5 facteurs qui freinent la mise en place du sentiment maternel et donc l'attachement envers le bébé	Taille de l'échantillon  Un seul hôpital coréen, peu représentatif  Peu d'informations sur les études pour la revue

L'expérience d'une naissance prématurée est un choc pour les parents et génère un stress intense. Cette partie, sur le besoin des mères, permet de mettre en avant les besoins des mères durant l'hospitalisation de leurs enfants. Répondre à leurs besoins permet de diminuer le stress afin qu'elles puissent être plus présentes auprès de leurs enfants et ainsi favoriser la mise en place du lien, donc l'attachement.

### 1. Retard de développement du sentiment maternel / Perte de contrôle

La naissance prématurée catapulte les femmes dans un rôle de mère, pour lequel, elles n'étaient pas encore prêtes. La préparation à cette transition s'effectue durant toute la grossesse et durant l'accouchement. Quand le bébé arrive trop vite, les mères n'ont pas effectuées tout le cheminement et la naissance se fait, bien souvent, par césarienne. Elles s'endorment femmes enceintes et se réveillent mères. C'est pourquoi, le développement du sentiment maternel n'est pas instinctif et peu prendre du temps. Ceci est démontré dans l'étude de Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008).

Associé à cela, l'étude menée par Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L. (2009), montre cette difficulté à se sentir mère à cause de la perte de contrôle. Cette mère qui a dirigé sa grossesse, en a perdu le contrôle avant la fin de celle-ci. Les émotions négatives (Shin, H & White-Traut, R. (2006)) associés à cette perte de contrôle, ne facilite pas la confiance en elle de la mère et ne fait que

retarder le développement du sentiment maternel. Selon Yetman (1999), Lupton et Fenwick (2001), et Fenwick, Barclay et Shmied (2001, 2008) cité par Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012), « le processus de relation mère-enfant prématuré n'est pas automatique et doit être considéré comme étant unique. De plus, les mères doivent souvent se battre afin d'assumer leur rôle en raison des interactions inhibitrices des professionnels de la santé ». (p. 300).

Par exemple, la culpabilité qu'elle éprouve, lui fait perdre sa confiance en elle et en ses capacités. A cause de cela, il sera plus difficile pour elle de se rapprocher du bébé, de peur de mal faire. Ce manque de proximité avec son enfant, ne fera qu'entretenir son manque de confiance en elle. Il sera alors difficile pour elle de se sentir mère. Shin, H & White-Traut, R. (2006) ont mis en avant qu'une mère qui n'a que peu de contact avec son nouveau né, ressentira plus de sentiment négatifs face à la situation, contrairement à une mère ayant un contact régulier avec son enfant. Ces sentiments négatifs freinent le sentiment maternel et donc le processus d'attachement.

Afin de faciliter le développement de ce sentiment maternel, il est important de diminuer les émotions négatives et pour cela, que l'équipe soit à l'écoute et un soutien pour les mères. (Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008) & Shin, H & White-Traut, R. (2006)). Dans le même esprit, Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister L. (2009), parlent de l'importance des soins centrés sur la famille, le but étant d'être un soutien pour cette famille en crise.

De plus, une fois le sentiment maternel éveillé, il pourra se développer à l'aide de l'intégration des parents dans les soins et la relation/communication entre la mère et l'équipe.

## **2. Communication / Information**

Quoi de plus stressant que de pas savoir ou de ne pas comprendre. La prématurité est déjà un événement entraînant un stress intense (Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008)) et se retrouver parachuter dans un milieu qu'on ne connaît pas, n'est pas très agréable. D'autant plus quand, la vie de notre enfant est en jeu et qu'en tant que parents, le jargon utilisé et les soins effectués nous sont incompréhensibles.

L'étude réalisée par Mok, E. & Leung, S-F. (2006), met en avant ce qui est pour les mères le plus important durant l'hospitalisation de leurs enfants. En deuxième et troisième position, on retrouve que, les mères souhaitent, être informées de tous les changements concernant l'état de santé de leurs enfants et qu'on les aide à comprendre les soins donnés à leurs enfants. Pour ces mères, il est essentiel de comprendre ce dont souffre leurs enfants et ce qui est mis en place pour y remédier. Cela leur permet de remplir leur rôle de mères et d'être investi dans la prise en soins de leurs nouveau-nés. L'investissement induit un rapprochement ce qui favorise l'attachement.

A cette théorie, Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L. (2009) ajoutent que donner l'information permet aux mères de reprendre le contrôle de la situation et donc de reprendre confiance en elles et en leurs compétences maternelles.

Pour pallier à cela, il est important que les soignants prennent le temps d'informer les parents de tous les détails concernant leurs enfants sans qu'ils aient à réclamer l'information. De la même manière, toutes les informations apportées aux parents doivent être dans un langage qui leur est adapté et il est primordial de s'assurer qu'ils en aient compris le sens afin qu'ils puissent rentrer serein. (Shin, H & White-Traut, R. (2006)).

A contrario, bien que Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012) soit en accord avec l'importance d'amener de l'information aux parents, ces auteures mettent aussi l'accent sur le fait, de ne pas submerger ceux-ci d'informations. Afin de répondre, le plus justement, aux besoins des parents, il faut partir de ceux-ci et donc laisser la possibilité aux parents de s'exprimer.

L'équipe soignante doit donc trouver le juste milieu entre le trop peu et le trop plein d'informations. Il faut amener les informations nécessaires aux parents, sans que ceux-ci aient besoin de les réclamer, sans les noyer sous trop de données, qu'ils ne sauront pas gérer, ce qui pourrait être générateur de stress.

Shin, H & White-Traut, R. (2006) énoncent les facteurs qui influencent négativement l'attachement. Un de ceux-ci est l'environnement. En effet, les unités de soins intensifs, néonatalogie sont des lieux inconnus où de nombreuses alarmes et signaux lumineux règlent la journée. Afin que ces familles s'y sentent à l'aise, le premier accueil a une grande influence. Il est nécessaire qu'elles se sentent accueillies et bienvenues dans l'espace de soins de leur enfant. (Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012)). De plus, pour ces mères qui ne sont pas formées à traduire ces signaux, ce milieu est, d'autant plus générateur de stress. Fournir aux parents des informations sur les appareils qui entourent leurs enfants et leur présenter le service permettrait de réduire le stress du, à ce lieu inconnu.

### **3. Groupes de paroles**

Dans l'étude de Mok, E. & Leung, S-F. (2006), les mères insistent sur les bienfaits des groupes de paroles. Alors que pour elles, cette expérience est unique, elles se sentent comme des « monstres » car elles sont seules dans leur chambre à la maternité et rentrent sans enfant à la maison. Ces groupes leur permettent de partager leurs expériences, se soutenir entre personnes qui ont vécu la même expérience et se donner des conseils. De plus, ces groupes permettent de faire la connaissance des parents qui sont présents aussi souvent qu'elles, le service devient une grande famille où les mères sont contentes de se retrouver. Elles se racontent les progrès ou les difficultés rencontrées par leurs nouveau-nés.

De plus, dans certaines cultures la naissance prématurée a une symbolique particulière, ce qui peut avoir des retombées sur la mère (Shin, H & White-Traut, R. (2006)). La naissance prématurée peut être considérée comme une punition, suite au comportement de la mère. Suite à cela le risque de rejet de la part de sa communauté est important. Cela peut engendrer des difficultés d'attachement encore plus important. Ces groupes de paroles peuvent alors déculpabiliser la mère et lui permettre de se sentir moins seule durant cette épreuve.

#### **4. Intégration des parents**

Ce point est développé dans le chapitre suivant.

Ces études, en particulier celle de Mok, E. & Leung, S-F. (2006), mettent en avant que les interventions mises en places dans cette situation sont grandement appréciées et utiles pour les mères, mais ces dernières souhaiteraient des actions encore plus présentes. Il y a un écart, entre le besoin des mères et les actions entreprises sur le terrain.

## B. Intégration des parents dans les soins

Chaque institution intègre les parents à sa manière. Cependant, permettre aux parents de remplir leur rôle, en les intégrant dans les soins, facilite le lien avec le bébé. Ces études vont donc, nous permettre de développer des pistes, afin de définir quel type d'intégration permet le meilleur attachement.

Etude 4	Méthode	Participants	Interventions	Résultats	Limites
Nagorski Johnson, A. (2007).  « The maternal experience of kangaroo holding. »	Qualitative, mono centrique (Etats-Unis)	18 mères ayant utilisé le portage kangourou pour leur nouveau-né prématuré	Observation des comportements (depuis une pièce annexe) durant la troisième séance de portage d'une heure suivit une interview guidée par 11 questions.	Méthode bénéfique pour la mère et l'enfant, la mère peut remplir son rôle et trouver sa place ce qui développe le sentiment d'attachement envers son petit. Cela leur permet de découvrir leur petit et de prendre confiance en elles.  Elles ont besoin d'être accompagnées et soutenues durant ces moments, l'infirmière les guide et leur permet aussi de se retrouver comme à la maison, en tête à tête.  C'est un moment de partage particulier où la mère se sent connecté avec son bébé, où elle ressent ses moindres mouvements, ce qui fait de ce moment, un moment intense. Cela leur permet aussi d'apprendre à être mère de leur enfant.	Taille de l'échantillon, qui se limite à un hôpital, d'une région des Etats-Unis.  Pas de notion de comité éthique.  Interviews réalisés tous à la même période or le sentiment maternel peut évoluer durant l'hospitalisation

Etude 6	Méthode	Participants	Interventions	Résultats	Limites
Roberge, V. & Patenaude, H. (2009).  « Place des parents à l'unité néonatale. »	Qualitative, mono centrique (Canada)	Echantillon non probabilisé, 5 infirmières et 4 parents de prématurés (3 mères et 1 père)	Recherche-action et l'évaluation de la 4 <sup>ème</sup> génération de Guba et Lincoln (1989)	Le parent souhaite s'investir dans les soins de son enfant mais s'attend à y être invité.  Les soignants : respecter le rythme des parents, proposer de participer aux soins mais sans imposer.	Taille de l'échantillon  Pas de lieu d'étude mentionné  Peu de données sur l'échantillon (critères)

Roberge, V. & Patenaude, H. (2009) & Nagorski Johnson, A. (2007) s'accordent, d'après leurs études, sur l'importance d'intégrer les parents dans les soins afin de faciliter l'attachement de la mère envers son bébé.

La méthode utilisée pour arriver à ces conclusions diverge, d'une étude à l'autre. Alors que, Roberge, V. & Patenaude, H. (2009) se penchent directement sur la place des parents en néonatalogie, Nagorski Johnson, A. (2007) part du portage kangourou et met en avant l'importance d'inclure les parents dans les soins.

Dans leurs études, Roberge, V. & Patenaude, H. (2009) s'intéressent au point de vue des soignants et des parents. Selon les parents, les intégrer dans les soins de leurs enfants, leur permet de mieux connaître leurs enfants. Cependant, les soignants doivent inviter les parents à réaliser les soins, en les accompagnants tout au long de ceux-ci et en leur laissant le choix de les réaliser ou non. Cela, dans le but que les parents trouvent leur place auprès de bébé.

Selon cette même étude, les parents estiment que les inviter à participer aux soins permet de faciliter le développement d'une relation d'attachement entre la mère et l'enfant. En effet, la participation aux soins de leurs enfants, permet de se sentir plus proche de lui, de faire connaissance avec lui et donc, de faciliter l'attachement. Mais pour cela, les parents ne doivent pas se sentir forcés, les soignants doivent s'adapter à leur rythme.

Nagorski Johnson, A. (2007), quant à lui, a souhaité mettre en avant les aspects bénéfiques de la méthode kangourou. Cette méthode, en provenance de Colombie, permet à l'enfant d'être en peau à peau contre sa mère. Durant cette période, la mère est aux premières loges car c'est elle l'actrice principale. C'est donc elle qui prend soin de son bébé, elle qui lui procure du bien-être. Malgré que, l'infirmière soit présente, en particulier pour les premières séances, afin de l'accompagner et de la soutenir, la mère dit se sentir connectée avec son bébé.

Cette méthode permet donc, à la mère, de remplir son rôle maternel. C'est elle qui prend soin de son bébé, cela lui redonne confiance en ses compétences parentales, tout en découvrant son petit. Cela permet de faciliter l'attachement.

Ces deux études (Roberge, V. & Patenaude, H. (2009) & Nagorski Johnson, A. (2007)) s'accordent donc, pour mettre en avant les aspects bénéfiques de l'intégration des parents dans les soins, dans le but de faciliter l'attachement de la mère à son enfant.

Cette intégration permet que la mère découvre son nouveau-né, qu'elle ai le sentiment de remplir son rôle de mère, qu'elle reprenne confiance en elle et en ses compétences parentales, qu'elle se sente proche de son enfant et qu'elle souhaite s'en approcher encore plus. Tout ce cheminement aboutira au développement de l'attachement entre la mère et son bébé.

D'autres auteurs ont aussi mis en avant l'importance de l'intégration des parents dans les soins. Dans l'étude de Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008), les besoins des mères sont mis en avant, et selon elles, jouer un rôle dans les soins à leurs enfants, leur redonnent leurs responsabilités et leur permettent de se sentir mère. D'après Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012), participer aux soins, redonne le contrôle aux mères. (p. 301).

Dans l'étude de Mok, E. & Leung, S-F. (2006), l'importance de l'intégration des parents est exposée par la nécessité, selon les mères, d'être informés des soins donnés à leurs enfants et des modifications de l'état de santé. Obtenir ces informations, donne la possibilité aux mères de donner leur avis et de prendre les décisions concernant le bébé. Se sentir investi dans la situation, entraine un engagement de plus en plus important et donc un lien de plus en plus fort.

## C. Point de vue soignant

Afin de mettre en place de nouvelles manières de prendre en soins, il est important que l'équipe soit formée mais aussi qu'elle soit en accord avec cela. C'est pourquoi, il est important que l'équipe exprime les points importants pour elle et les modifications à apporter. De plus, les soignants ont une vision plus médical de l'enfant, ces actions seront donc en accord avec les possibilités médicales.

Etude 1	Méthode	Participants	Interventions	Résultats	Limites
Conz, CA, Merighi, MAB & Jesus MCP. (2009)  "Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit : a challenge for nurses"	Qualitative Mono centrique (Sao Paulo)	8 infirmières	Interviews individuels, cadre de phénoménologie social, deux questions directrices	8 thèmes : <ul style="list-style-type: none"> <li>. communication</li> <li>. soins techniques et soins relationnels</li> <li>. le vécu</li> <li>. soins individualisés</li> <li>. place du père</li> <li>. présence des parents</li> <li>. chacun son rythme</li> <li>. rôle de l'institution</li> </ul>	Pas d'axe à développer pour la pratique  Taille de l'échantillon

Etude 6	Méthode	Participants	Interventions	Résultats	Limites
Roberge, V. & Patenaude, H. (2009).  « Place des parents à l'unité néonatale. »	Qualitative, mono centrique (Canada)	Echantillon non probabilisé, 5 infirmières et 4 parents de prématurés (3 mères et 1 père)	Recherche-action et l'évaluation de la 4 <sup>ème</sup> génération de Guba et Lincoln (1989)	Le parent souhaite s'investir dans les soins de son enfant mais s'attend à y être invité.  Les soignants respecter le rythme des parents, proposer de participer aux soins mais sans imposer.	Taille de l'échantillon  Pas de lieu d'étude mentionné  Peu de données sur l'échantillon (critères)

D'après l'étude menée par Conz, Merighi & Jesus (2009), les soignants définissent, selon eux, les points importants à développer pour favoriser l'attachement entre la mère et son enfant.

Un des points développé, concerne le respect du rythme de chacun. Par là, les auteurs veulent mettre l'accent sur l'importance de laisser aux parents le temps de s'adapter à la situation. Une naissance prématurée est un choc et chacun à besoin de plus ou moins de temps pour se retourner et gérer cela.

Dans cette notion, l'étude de Roberge & Patenaude (2009), les rejoint, en mettant l'accent sur la nécessité de proposer aux parents de s'intégrer dans les soins, tout en respectant leur rythme et sans leur imposer.

Chaque couple et chaque enfant sont uniques. Ils ont des possibilités, des besoins, et des désirs particuliers. Comme le mettent en avant Conz, Merighi & Jesus (2009), il est nécessaire de mettre en place des soins individualisés à chaque famille.

Conz, Merighi & Jesus (2009) et Roberge & Patenaude (2009) s'accordent sur la place des parents qui est auprès de leurs bébés et sur les soins individualisés que l'on va proposer à cette famille. Ils mettent l'accent sur la nécessité de proposer aux parents de réaliser eux même les soins, sans qu'ils se sentent obligés.

Conz, Merighi & Jesus (2009) et Roberge & Patenaude (2009) mettent l'accent sur la place primordiale de la communication entre les parents et l'équipe. Même si, cette communication a, avant tout un rôle d'information, c'est par cette voie que les parents se sentiront plus en confiance (Roberge & Patenaude 2009) et pourront alors poser leurs limites. L'infirmière pourra alors comprendre les difficultés des parents et les accompagner au mieux dans ce processus d'adaptation. Elle pourra alors, par la suite, leur reproposer de réaliser les soins à leurs nouveau-nés, et ce, jusqu'à ce qu'ils puissent les réaliser en total confiance. C'est aux soignants de s'adapter et respecter le rythme des parents, c'est dans ce sens qu'un lien de confiance pourra s'installer. Celui-ci sera le point de départ, pour la mère, d'une reprise de confiance en elle, qui lui permettra de se sentir plus proche de son bébé et donc de développer son sentiment d'attachement envers lui.

Un autre point essentiel mis en avant par Conz, Merighi & Jesus (2009) est, l'importance des soins relationnels. Certes, les aspects techniques sont vitaux au nouveau-né mais la relation à l'autre est tout aussi importante, pour son développement. Il est donc indispensable d'inclure les parents aussi bien, dans les soins techniques que dans les soins relationnels. De plus, ceux-ci permettront à la mère de se sentir à sa place, dans son rôle de mère, la mère aimante, protectrice et qui apporte du réconfort, ce qui favorisera son attachement. Pour ce faire, les soignants veilleront à recentrer l'attention des parents sur l'enfant et non sur les appareils autour.

Un aspect développé par Roberge & Patenaude (2009) est l'enseignement à l'observation. Les parents sont bien souvent démunis face aux comportements de cet enfant, qu'ils ne comprennent pas. Permettre aux parents de comprendre les signaux émis par leurs bébés, leur permet de mieux le connaître et donc, se sentir plus en confiance dans leur rôle de parents. Cette analyse par l'observation des messages émis par le corps de l'enfant, ce qui leur permet de comprendre l'état intérieur de celui-ci. De plus, cela permet de répondre de manière adéquate aux demandes de l'enfant et d'éviter les stimulations nocives ou en désaccord avec ses besoins. Cette observation permettra, par la même occasion, aux parents, de repérer les moments propices pour entrer en interactions avec leur enfant. Stimuler l'enfant dans les moments adéquats, entrainera une réponse de celui-ci, ce qui confortera les parents dans leurs compétences à reconnaître les signaux de leur enfant. (Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012), p.298).

Pearson et Anderson (2001) cité par Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012), formulent : « l'infirmière en néonatalogie occupe le double rôle de soigner les enfants prématurés et de soutenir les parents. » (p. 301). Ceci nous remontre, la place importante occupée par les soins relationnels. Ce soutien va passer, entre autre, par le renforcement des compétences parentale. Pour cela, les soignants misent sur la valorisation des forces et l'encouragement à développer leur confiance. Mais aussi, par la possibilité pour les parents de laisser exprimer leurs émotions et leur besoins. Dans le but, d'y répondre le plus adéquatement et donc qu'ils se sentent le mieux possible dans la situation. (Roberge & Patenaude (2009)).

## 6. Discussion

---

L'infirmière de néonatalogie se doit de mettre en œuvre, tout ce qui est en son pouvoir, afin de promouvoir la santé du nouveau-né. Pour cela, elle fait preuve de compétences techniques qui sont indispensables, à la survie du bébé, mais aussi de compétences relationnelles. Celles-ci, ont pour but d'optimiser la relation triangulaire entre l'enfant, ses parents et l'équipe soignante, dans le but de faciliter le lien et donc l'attachement entre les parents et leur enfant. Cela dans le but que l'enfant puisse avoir un développement optimal malgré la situation.

Tout au long de cette revue de la littérature, j'ai tenté de mettre en avant les actions, qui peuvent être mises en place, par l'équipe infirmière, afin de faciliter cet attachement.

La plupart des études utilisées s'intéressent aux besoins des mères. Connaître leurs besoins, permet de mieux y répondre et donc pouvoir réaliser de meilleures prises en soins. De plus, connaître les différentes possibilités d'actions qui peuvent être mises en place, permet de choisir celles qui sont, le plus en accord avec la famille que l'on a en soins. Cela permet donc une prise en soin individualisé.

La discussion est articulée selon deux thèmes, ceux qui ressortent principalement des études étudiées et qui ont pour but, l'attachement de la mère envers son nouveau-né prématuré.

- Soutien
- Partenariat

## A. Soutien

### 1. Individuel

#### a. Ecoute

La naissance prématurée de son enfant est un événement stressant (Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008)) auquel les parents ne sont pas préparés. Tous leurs fantasmes liés à cette naissance s'envolent. C'est, pour les parents, un choc. Ils ont le sentiment de perdre le contrôle de la situation. De suite après la naissance, le bébé est emmené et donc séparé de sa mère. Celle-ci n'a, bien souvent, même pas le temps de le voir et encore moins de le toucher. Elle ne le retrouvera que dans quelques jours, quand, elle sera remise sur pieds. C'est, suite à cette séparation, que l'attachement mis en place durant la grossesse, entre la mère et son enfant est interrompu.

Jeffcoate et al. (1979) (cité par Lefebvre, (1983)) ont montré que l'anxiété due à cette naissance prématurée persiste à long terme. Lefebvre (1983) met aussi en avant la culpabilité ressentie par les parents, ils ne se sentent plus capable d'être parents. Ce sentiment de culpabilité, vécu par les parents, ne leur facilite pas le chemin pour entrer en contact avec leur enfant. Ce manque de confiance en elle, entrainera des difficultés à se sentir mère. Shin, H & White-Traut, R. (2006) définissent comme un des facteurs, qui freine l'attachement de la mère envers son enfant, les sentiments négatifs. Ceux-ci émergent de la culpabilité et du manque de confiance en elle.

Le rôle infirmier est alors de permettre à ces mères d'éveiller leur sentiment maternel, de reprendre confiance en elle et en leurs compétences face à cet enfant.

Selon Duhamel (2007), un facteur pouvant influencer ces perceptions est la persuasion verbale. Le soutien, reçu par la mère, de l'entourage, valorise ses compétences parentales. Cette valorisation peut être amenée par l'équipe soignante. Si l'équipe encourage et valorise la mère dans les gestes effectués auprès de son petit, cela permet à la mère de reprendre confiance en ses compétences parentales et de se sentir reconnu en tant que mère (Mok, E. & Leung, S-F. (2006).).

De plus, l'équipe va permettre aux parents d'exprimer leurs émotions face à cette situation. Cela, dans le but qu'ils puissent exprimer leurs sentiments négatifs. La mise en mot de ceux-ci, permet de reconnaître qu'ils existent. Par la suite, l'infirmière pourra travailler avec la famille pour diminuer ces sentiments. Par exemple, si une mère se sent coupable, pouvoir exprimer les raisons de cette culpabilité, permet, par la discussion avec l'infirmière, qu'elle se rende compte qu'elle n'est pas responsable. De plus, l'infirmière pourra mettre en avant les effets néfastes de cette culpabilité pour l'enfant. Tant que la mère se sentira

coupable, elle aura de grandes difficultés à entrer en contact avec son enfant (Shin, H & White-Traut, R. (2006)).

L'équipe soignante se doit d'être un soutien. L'écoute et le temps de partage, avec ces mères, permet que le sentiment maternel s'éveille, qu'elles reprennent confiance en leurs capacités maternelles et qu'elles puissent alors s'investir dans le lien avec leur nouveau né et donc s'y attacher.

Bien que, toutes ces études montrent la présence et l'importance du soutien dans une situation telle que la prématurité, l'étude de Mok, E. & Leung, S-F. (2006) souligne que, selon les mères ce soutien n'est pas assez présent. Leurs attentes est supérieur au soutien fourni par les équipes.

#### **b. Information**

Shin, H & White-Traut, R. (2006) exposent, comme facteurs freinants l'attachement, l'environnement de l'unité. En plus du stress et du choc, dû à la situation, les parents se retrouvent dans un environnement inconnu. En plus, que celui-ci ne soit pas des plus accueillants, signaux lumineux et sonores rythment l'unité. Afin que les parents prennent leurs marques et se sentent à l'aise, le premier accueil est capital. Pour cela, l'équipe doit veiller à ce que les parents se sentent les bienvenus et à leur place. Cet espace de soin sera pour quelques temps, une deuxième résidence (Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012)).

Afin que les parents se sentent moins perdu, la visite de l'unité et la présentation de l'équipe sera fort appréciée par les parents.

De plus, la mère ne retrouvera son nouveau-né qu'après quelques jours, mais là encore, de nombreuses barrières vont se dresser (incubateur, sondes, ..) (Lefebvre, (1983)). Qui plus est, les parents ne sont pas à même de décoder tous les signaux de toutes ces machines. Il en revient encore, aux soignants, d'informer les parents sur les rôles des différentes machines et les raisons des signaux émis. Comprendre permettra aux parents, d'être moins stressés au moindre bruit et de se sentir plus à l'aise.

Apporter ces informations aux parents permet, qu'ils se sentent plus à l'aise, de diminuer leur stress et de se sentir plus en confiance avec l'équipe. Les parents pourront alors plus s'investir pour leur enfant, car ils auront moins de préoccupations. Egalement, la confiance entre l'équipe et les parents permettra aux parents de rentrer chez eux plus serein. Ils partent confiants car leur enfant est entre de bonnes mains ( Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008)).

#### **c. Communication**

Lors d'une naissance prématurée, le premier contact entre la mère et son enfant est différé et la mère passe souvent, plusieurs jours sans pouvoir ni toucher, ni voir son enfant. Cette séparation engendre des difficultés, par la suite, pour la

mère, à approcher son enfant et à le toucher. Surtout que, bien souvent, après le choc de la naissance prématuré, les mères vivent le choc de la découverte de leur enfant, lors de leur première visite. Cet enfant est si menu, qu'elles n'osent pas l'approcher de peur de lui faire du mal. Se sentant déjà coupable, le premier contact est souvent bien difficile. Pour pallier à cela, certains services ont mis en place des vidéoconférences entre la néonatalogie et la maternité afin que, le plus tôt possible, la mère puisse voir son enfant. L'infirmière va aussi proposer au père, de prendre des photos de l'enfant, afin que la mère puisse les garder à ses côtés.

En cas de prématurité, les parents n'étant pas préparés, ils ne sont pas aptes à comprendre tout ce qui s'articule autour de leur enfant, ainsi que le jargon utilisé. D'autant plus, la vie de leur enfant est dépendante de tout cet environnement qu'ils ne comprennent pas.

D'après l'hôpital pour enfant de Montréal (2012), une des valeurs à remplir par les équipes soignantes est :

**Partage de renseignements.** Les professionnels de la santé informent les patients et leur famille en leur transmettant des renseignements exhaustifs et impartiaux d'une manière rassurante et utile. Ainsi, les patients et les familles reçoivent en temps opportun les renseignements complets et précis nécessaires pour intervenir efficacement dans les soins et la prise de décision.

L'étude menée par Mok, E. & Leung, S-F. (2006) montre que pour les mères, le plus important est de comprendre les soins donnés à leur enfant et d'être informé de tous les changements de l'état de santé de leur enfant. Etre en possession de ces informations permet aux mères de se sentir investies dans la prise en soin de leur enfant et donc de pouvoir donner leur avis et prendre les décisions concernant leur enfant. Elles reprennent alors leur rôle de mère. Cela permet le développement du sentiment maternel et la reprise de confiance en leurs compétences maternelles. (Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L. (2009)).

Ces informations doivent être données aux parents dans un langage adapté et les soignants doivent s'assurer que celles-ci soient comprises. Il est nécessaire de prendre le temps de répondre aux questions des parents. Il se peut que, les mêmes questions reviennent plusieurs fois, à cause du stress et du choc, les informations ne seront peut être pas intégrées la première fois. Il est possible, de devoir répéter plusieurs fois la même information (Shin, H & White-Traut, R. (2006)). De plus, avoir des informations leur permet de partir sereinement à la maison, se sentant maître de la situation. Recevoir les informations de l'équipe et sentir que celle-ci est à notre écoute, permet aux parents de développer un sentiment de confiance envers celle-ci. Il est, du coup, moins difficile pour les parents de quitter l'unité (Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008)).

Cependant, il est inutile de noyer les parents d'informations. Celles-ci ne seront pas intégrées et les parents reposeront la question par la suite. Les informations

données aux parents doivent partir des besoins des parents à ce moment là. L'infirmière doit donc poser aux parents la question de leurs besoins. (Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012)).

Le rôle de l'infirmière est donc d'apporter, aux parents, l'information dont ils ont besoin, à ce moment là, dans un langage qu'ils comprennent sans les submerger d'informations. Elle doit jauger entre « le trop peu et le pas assez ». Cependant, le parent ne doit pas avoir le sentiment de quémander l'information qui lui est due. Ces informations renforcent le sentiment parental et donc l'attachement envers ce bébé pour qui, on participe aux décisions.

## **2. Collectif**

Bien que le soutien de l'infirmière, pour les mères, est primordial pour les raisons énoncées ci-dessus, Mok, E. & Leung, S-F. (2006) mettent l'accent sur une autre forme de soutien : les groupes de paroles. Cette expérience est, pour ces mères, une expérience unique et elles se sentent bien souvent à part des autres. Suite à l'accouchement, elles sont hospitalisées dans le service de maternité mais sans enfant, puis rentrent à la maison sans leur nouveau-né. Avoir l'opportunité de rencontrer, d'autres femmes vivant la même expérience, est rassurant. Ces groupes leur permettent d'échanger leurs expériences, de se soutenir et de se donner des conseils. De plus, ces mères passent de nombreuses heures dans l'unité, faire connaissance avec d'autres mères rend le lieu plus familier.

Hormis cet aspect, échange et soutien, les groupes de paroles permettent aux mères de prendre conscience qu'elles ne sont pas seules dans la situation. Dans certaines cultures, les femmes qui mettent au monde des enfants prématurés sont rejetées par leur famille, la prématurité est un signe de punition. La situation étant déjà difficile à gérer, être seule pour traverser cette épreuve est encore plus compliqué. Ces groupes permettent alors à ces femmes, de retrouver un soutien et un esprit familial durant cette période (Shin, H & White-Traut, R. (2006)).

## B. Partenariat

Différentes approches permettent un partenariat entre les parents et l'équipe soignante. Celles utilisées dans les études sont l'intégration des parents dans les soins, les soins centrés sur la famille et les soins au soutien de développement.

### 1. Intégration des parents dans les soins

La compétence 3 du référentiel de compétence des HES-SO en soins infirmiers est : Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.

Dans le cas de prématurité, l'infirmière a le devoir de promouvoir la santé de l'enfant mais aussi son développement. Pour ce qui est de l'accompagnement de la clientèle dans le processus de gestion de la santé, le bébé n'étant pas apte à remplir cela seul, ce sont ces parents qui remplissent ce rôle. L'infirmière se doit donc d'accompagner les parents dans le processus de gestion de la santé de leur nouveau-né.

Toutefois, la situation ayant engendré du stress et une perte de confiance des parents en leurs compétences, ils ne sentent pas capable de gérer leur enfant. Ajouter à cela la culpabilité, ils ont de grandes appréhensions et s'effacent de la situation. (Lefebvre, 1983, p. 96).

Afin de permettre aux parents de reprendre confiance en eux, il est du rôle du soignant de leur permettre de mettre en avant leurs compétences parentales et de les valoriser. Pour cela, l'infirmière veillera à les guider dans les soins et à les accompagner afin que ceux-ci se passent le mieux possible et que la mère se sente le plus à l'aise possible.

Fellus (2011) définit le rôle de l'infirmière en néonatalogie comme, devoir répondre aux besoins de chaque enfant de manière individualisée tout en maximisant l'autonomie des parents. Prendre soin d'un enfant revient, en temps normal au rôle parental. Dans le cas de la prématurité, ce rôle ne peut pas être exercé entièrement par les parents, à cause de la spécificité de l'état de l'enfant. Cependant, il est du devoir de l'infirmière de maximiser le rôle des parents, en leur permettant de prendre leur place et de réaliser le plus de soins possibles.

L'intégration des parents dans les soins, développe le sentiment maternel. Permettre aux mères de réaliser des soins à leur nouveau-né, d'être informé de l'état de son enfant, pouvoir donner son opinion et être le maître des décisions concernant son nourrisson ressemble au rôle parental sans prématurité. Se rapprocher au maximum d'une situation dite, « normale », permet à la mère de poursuivre sa transition vers le statut de mère (M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012)). Une des valeurs présente, dans la prise en soin des enfants à Montréal (2012) est : « Participation ; Les patients et les familles sont encouragés à participer à la prise de décisions et aux soins dans la mesure souhaitée. ».

Nagorski Johnson, A. (2007), quant à lui, a souhaité démontrer les effets bénéfiques de l'intégration des parents par le portage kangourou. Les bienfaits, pour l'enfant, de cette méthode, ont déjà été mis en avant, Nagorski Johnson, A. (2007), s'est penché sur les bénéfices pour l'attachement de la mère pour son nouveau-né. Dans cette méthode, en plus de se sentir mère en procurant des soins à son enfant, elle se sent de nouveau connectée à celui-ci, comme lorsqu'il était dans son ventre. Durant ce soin, l'enfant est le plus souvent apaisé, ce qui rassure la mère sur ces compétences maternelles.

À l'hôpital des enfants de Montréal, en plus d'être des partenaires de soins, les parents sont aussi considérés comme des collaborateurs. Une des valeurs de l'hôpital (2012) est :

**Collaboration.** Les patients et les familles sont aussi intégrés plus largement à l'échelle de l'établissement. Ils participent avec les dirigeants de l'hôpital à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et des programmes, à la conception des installations de soins de santé, à la formation professionnelle ainsi qu'à la prestation des soins

Dans l'étude de Mok, E. & Leung, S-F. (2006), les mères expriment que le soutien apporté par l'équipe soignante est inférieur, à celui qu'elles souhaiteraient recevoir. Parmi ceux là, les mères souhaiteraient pouvoir réaliser plus de soins auprès de leur enfant et être davantage informées sur l'état de leur enfant, et donc d'être plus intégrées dans les soins. Le but premier de l'intégration des parents dans les soins est, le développement du lien et donc de l'attachement entre les parents (ici, en particulier la mère) et son enfant.

On estime une relation adéquate, lorsque le parent est capable de reconnaître un signal émis par son enfant, qu'il y donne une juste signification, qu'il a les moyens d'y répondre correctement et cela, dans un court délai. (Bell, (2002)). À partir de ce modèle, il est possible de juger de la qualité du lien, tout en pouvant détecter les points qui freinent l'attachement. Cela, dans le but de mettre en place des actions spécifiques à chaque parent, selon ses besoins, ce qui stimulera la relation est donc l'attachement.

Toutes les études s'accordent sur le bienfait de l'intégration des parents dans les soins, mais l'accent est mis aussi sur la difficulté des parents à s'imposer. À cause de la culpabilité et la perte de confiance, ils n'osent pas se rapprocher de leur enfant et demander ce qu'ils peuvent faire. Selon Roberge, V. & Patenaude, H. (2009), les soignants doivent inviter les parents à réaliser les soins sans leur imposer. Suite au choc et au stress de la situation, les parents peuvent ne pas être prêts à réaliser des soins à leur enfant, ils peuvent avoir besoin de temps pour accepter et donc, gérer au mieux la situation. Les soignants doivent accepter et respecter le rythme souhaité par les parents. L'infirmière va proposer aux parents de réaliser des soins, si ceux-ci acceptent, elle devra les guider et les

accompagner tout au long de celui-ci. Puis, elle pourra avec les parents définir leurs besoins pour le prochain soin. En cas de refus, l'infirmière se devra de le proposer un autre jour, jusqu'à ce que les parents se sentent prêts. L'infirmière peut aussi, prendre le temps avec eux de discuter des raisons de ce refus et des moyens pour qu'elle leur vienne en aide. Les soignants créent un partenariat avec les parents, où chacun, à son rôle à jouer.

## **2. Soins centrés sur la famille**

La mission du service de néonatalogie de Genève, tiré du site internet des HUG (2012): « Entreprendre tout ce qui est nécessaire et possible pour améliorer la qualité de vie et la survie des enfants nouveau-nés à terme ou prématurés nécessitant une surveillance ou un traitement spécialisé en collaboration étroite avec son entourage familial intime. ». Bien que l'équipe prenne en soin un nouveau-né prématuré, elle prend aussi en soin, la famille qui entoure ce nouveau-né. Une des spécificités de l'infirmière de néonatalogie est de répondre aux besoins de chaque enfant de manière individualisée tout en maximisant l'autonomie des parents. Elle doit alors, s'adapter à chaque enfant, mais aussi à chaque parent, sachant que les besoins d'une familles pourront être à l'opposé d'une autre et qu'il n'y a pas de protocole s'adaptant à tous.

Afin de répondre, au mieux aux besoins de chaque famille, un partenariat est mis en place entre l'équipe et la famille. Ce point est une des compétences du référentiel des HES-SO, compétence numéro 1 : « Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soin ». L'hôpital des enfants de Montréal (2012), quant à lui définit une de ses valeurs par :

**Dignité et respect.** Les professionnels de la santé sont à l'écoute des opinions et des choix des patients et de leur famille, et les respectent. Les connaissances, les valeurs, les croyances et les antécédents culturels du patient et de sa famille sont intégrés à la planification et à la prestation des soins.

Afin de, à la fois remplir la compétence une et respecter la valeur dignité et respect, il est nécessaire de réaliser des soins individualisés et pour cela connaître la famille et ses besoins. L'infirmière devra s'intéresser au système familial et à la dynamique de celui-ci. De plus chaque système est influencer par des systèmes plus importants et est composé de plusieurs sous systèmes. De plus, chaque individu étant unique et ayant chacun, sa façon d'influencer son système, les soins centrés sur la famille se doivent d'être individualisés et adapter à chaque système. Pour cela, l'infirmière a, à disposition, des outils lui permettant de réaliser une analyse du contexte familiale, ainsi elle peut mieux comprendre le comportement de chacun dans la situation. Parmi ces outils, on retrouve le modèle d'analyse familiale de Calgary (Wright et Leahey, 1994). Ce modèle

permet de mieux visualiser la structure interne de la famille à l'aide du génogramme, ainsi que la structure externe avec l'écocarte.

A l'aide de ces outils, l'infirmière pourra définir le rôle de chaque individu selon les différents systèmes et sous systèmes (Martel, M-J., Bell, L., et St-Cyr Tribble, D., (2012)). Ce qui par la suite, lui permettra de renforcer le rôle de chacun et de les accompagner et encourager dans celui-ci. Grâce à cela, les compétences parentales seront valorisées et les parents reprendront confiance en leur capacité à prendre soin de leur enfant.

### **3. Soins au soutien de développement**

Les soins de soutien au développement se définissent par l'ensemble des stratégies comportementales et environnementales visant à réduire le stress du nouveau-né prématuré et à améliorer le développement de ses compétences. (Cevey-Macherel, M. et al., 2010). Ces soins vont être mis en place par les soignants puis enseigner aux parents, qui pourront par la suite les réaliser seul durant l'hospitalisation et encore, après le retour à domicile. Ces soins jouent un rôle dans l'attachement entre la mère et le nouveau, car en plus de renforcer les compétences maternelles, ils vont permettre de favoriser le contact entre la mère et l'enfant.

Nagorski Johnson, A. (2007), dans son étude, nous présente le portage kangourou. Il met en avant, les bénéfices de cette méthode. Cela est un moment particulier où la mère se sent connecté à son petit et, durant lequel elle se sent utile pour lui. Malgré le stress, l'accompagnement des soignants, durant le soin, à rendu ce moment intense. Les mères sont dans l'attente de pouvoir recommencer et se sentent de plus en plus à l'aise. De plus, si l'infirmière organise le lieu afin, de se sentir dans l'intimité, les mères pourront se sentir, comme à la maison.

Les soins au soutien de développement vont permettre aux parents, d'apprendre à observer leur enfant et par cela, apprendre à le connaître. « Elle permet aux parents, au travers d'observations conjointes avec les soignants, d'acquérir une meilleure compréhension de leur enfant et ainsi de renforcer leur compétence parentale.» (Cevey-Macherel, M. et al., 2010).

Le nouveau-né émet des signaux selon son état. Ceux-ci peuvent être décryptés et traduits, afin de favoriser le bien être de l'enfant. Pour cela, les HUG utilisent une grille d'observation du comportement. Ce programme a été mis en place par l'équipe des soins de soutien au développement, d'après l'approche sensori-motrice développée par A. Bullinger. Cependant, les parents ne sont que très peu invités à réaliser cette évaluation. Certains comportements de leur enfant leur sont expliqués, mais cette observation n'est pas réalisé en partenariat avec ces derniers, ils ne sont que spectateurs. Bien qu'ils apprennent par l'observation et par ce que leur transmet l'équipe, les parents pourraient développer leur sens de l'observation et grâce à cela, mieux connaître leur nouveau-né. Avoir ce

sentiment, permet aux parents de reprendre la maîtrise de la situation en ayant confiance en leurs capacités. Ce qui entrainera, chez les parents, la volonté d'être encore plus investi. Plus ils se sentent intégrés, plus ils se sentent capables, plus ils veulent s'investir. Or, plus le parent est investi, plus il est proche de son enfant, plus il développe un sentiment d'attachement pour cet enfant.

### **C. Biais et limites de la recherche**

La limite principale de cette revue de la littérature est, selon moi, les nombres de personnes composant les échantillons des études utilisées. Toutes celles-ci sont de type qualitative et aucune n'a été réalisée à grande échelle (toutes mono-centriques). Elles ont été opérées auprès d'un nombre infime de personnes (en moyenne, une dizaine de participants par étude) et dans un territoire restreint, bien souvent un seul hôpital. On peut alors se questionner sur la représentativité de ces résultats.

Un biais concerne la sélection des études. Les études sélectionnées ne concernent pas toujours spécifiquement les mères d'enfants prématurés. Une étude englobe aussi les mères dont le nouveau-né a du être hospitalisé aux soins intensifs. Plusieurs études incluent le point de vue des pères.

Une limite, qui peut être notée, pour une des études est l'absence de notion d'un comité d'éthique. Cette recherche, ayant été trouvée sur une base scientifique, peut, selon moi, être considérée comme fiable, mais le manque d'information sur l'acceptation de cette étude par un comité d'éthique ou de recherche laisse à désirer.

Peu d'études sont de types randomisées. Il est donc difficile de mettre en avant, les bienfaits des interventions mises en place. Nous n'avons pas de moyens de comparaisons avec ou sans ces interventions.

## D. Propositions et pistes

Lors de ces différentes lectures, plusieurs pistes se sont ouvertes pour la pratique.

Bien que ces études nous montrent que, de nombreuses interventions sont déjà mises en places dans les unités afin de favoriser l'attachement, l'étude de Mok, E. & Leung, S-F. (2006) met en avant que le soutien apporté aux mères est encore insuffisant. Il serait intéressant, pour la pratique, de vérifier ce qu'il en est de nos jours. En 6 ans, le sentiment des mères et les besoins ont pu évoluer et être différents entre Hong-Kong et Genève. Il serait donc intéressant de mener une étude du même type, afin de visualiser l'évolution et étudier ce qu'il en est à Genève actuellement. Et peut être, en fonction des résultats, accentuer le soutien apporté aux mères.

Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008) insistent sur la difficulté à se sentir mère sans y avoir été préparée. En plus de se retrouver mère avant l'heure, cette naissance est loin de celle imaginée et la famille se retrouve projetée dans un milieu inconnu. Ces auteurs émettent l'idée de préparer les parents, lorsque le risque de prématurité est important. Lorsque l'équipe médicale a des doutes, quant à la suite normale de la grossesse, proposer aux parents de se rendre dans l'unité afin de découvrir les lieux et l'équipe avant la naissance, permettrait aux parents d'être moins perdu lors l'hospitalisation de leur enfant. De plus, la mère est souvent séparée de son enfant les premiers jours. Cela augmente le stress vécu. Cependant, si la mère peut visualiser le lieu où se trouve son enfant, pouvoir se l'imaginer, permet de diminuer ce stress.

Le modèle de la relation parents-enfant de Bell (2002), permet, aux soignants, par l'observation du comportement du parent et de l'enfant, de juger de la relation entre ces deux individus. On estime une relation adéquate, lorsque le parent est capable de reconnaître un signal émis par son enfant, qu'il y donne une juste signification, qu'il a les moyens d'y répondre correctement et cela, dans un court délai. (Bell, (2002)). Cependant, l'observation est très subjective. Il serait intéressant de mettre au point, une grille selon les cinq composantes, pour dépister des difficultés d'attachement et ainsi, pouvoir cibler les actions à mettre en place, en collaboration avec les parents.

Afin que les parents soient encore mieux intégrés dans les soins et qu'ils se sentent plus compétents, il peut être utile de les accompagner dans l'observation de leur enfant pour qu'ils puissent, mettre en place, seuls, les actions adéquates, en réponse aux signaux émis. Cela renforcera leurs compétences parentales et réduira le stress dû au retour à domicile. Pour cela, l'infirmière peut compléter la grille d'observation avec les parents en leur expliquant les différents items. Ensuite, les parents pourront reconnaître les signes de dystimulation de leur enfant et pourront trouver les moyens pour que l'enfant retrouve son bien-être.

## 7. Conclusion

---

L'élaboration de ce travail a tenté de répondre à la question de recherche suivante :

### **Attachement mère-enfant et prématurité : quel rôle pour l'infirmière dans un service de néonatalogie ?**

En répondant à cette question, je souhaitais mettre en avant, le ressenti des mères suite à cette naissance prématurée, les conséquences de celle-ci sur la relation mère-enfant mais aussi, comment les soignants peuvent intégrer les parents afin de favoriser l'attachement.

Les principaux résultats de ce travail ont montré que, les actions mises en place sur le terrain sont appréciées par les parents et permettent, à ces derniers, de développer le sentiment d'attachement pour leur enfant. Cependant, les parents estiment que, ces démarches devraient être davantage présentes, afin de répondre au mieux, à leurs besoins.

Suite à une naissance prématurée, certains facteurs retardent le sentiment d'attachement des mères envers leur enfant. Parmi les éléments qui influencent la relation entre la mère et son nouveau-né, la séparation précoce, le sentiment de culpabilité, le sentiment d'être incompétente et la perte de contrôle sont ceux, le plus souvent, rapportés par les mères.

Le soutien offert par l'équipe infirmière est primordial et celui-ci doit être adapté à chaque parent. L'écoute et l'apport d'informations permet aux mères de développer leur sentiment maternel. Le fait de, valoriser leur rôle et leurs compétences, leur permet de prendre confiance en elles et d'investir leur rôle, afin de développer le lien avec cet enfant et donc l'attachement envers celui-ci.

Afin que les mères développent leur sentiment d'attachement, elles ont besoin de se sentir en confiance avec l'équipe soignante. Pour cela, les soignants essaient de mettre en place un partenariat en intégrant les parents dans les soins et en offrant des soins, centrés sur la famille et de soutien au développement.

Cependant, une évolution des pratiques peut être envisagée. Par exemple, en prénatal, lorsque la naissance est considérée à risques, on peut préparer les parents à l'univers de la néonatalogie, afin de diminuer le choc et donc faciliter le lien.

Une autre piste, pouvant faciliter le lien, est l'intégration des parents dans l'observation de leur enfant afin qu'ils puissent, eux-mêmes, répondre aux besoins de celui-ci, en réponse aux signaux émis. Cela renforcera la confiance en leurs compétences parentales et facilitera le lien et donc l'attachement.

Le modèle de la relation parent-enfant de Bell (2002) permet de définir les points qui freinent l'attachement de la mère envers son enfant, selon les cinq composantes du modèle. Il serait utile pour la pratique, de définir les interventions à mettre en place selon les difficultés rencontrées dans la relation mère enfant.

Pour la recherche, il serait intéressant de questionner les mères, sur les interventions mises en place au sein de l'unité où elles ont séjourné. L'étude menée par Mok, E. & Leung, S-F. (2006) à Hong-Kong pourrait être adaptée afin de déterminer les besoins des mères à Genève.

En conclusion, même si les soins existants sont de qualité et ont évolué, certaines améliorations pourraient être apportées afin de favoriser l'attachement entre la mère et son nouveau-né prématuré.

## 8. Bibliographie

---

### Liste de références bibliographiques :

- Bell, L., (2008), L'établissement de la relation parents-enfant. Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne*, 5, (2), 39-44.
- Bouvard, C. (2011). *Le nouveau né prématuré. La prématurité*. Accès: <http://www.sosprema.com/la-prematurite/le-nouveau-ne-premature/>
- Cevey-Macherel, M., Bickle Graz, M., Jaunin, L., Dizi Métrailler, G., Martinet, M., Hüppi, P., ...Vingerhoets, F.J., (2011), Les soins de soutien au développement en néonatalogie. *Revue médicale Suisse*, 277, 61-62.
- Conz, CA, Merighi, MAB & Jesus MCP. (2009). Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit : a challenge for nurses. [\*Revista da Escola de Enfermagem - USP\*](#), 43(8), 846-851.
- Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers* (2<sup>ème</sup> éd.). Québec : Gaëtan Morin édition.
- Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Québec : Gaëtan Morin édition.
- Fellus, N. (2011, 06 12). *Spécialisation en pédiatrie*. Accès: <http://www.studyrama.be/spip.php?article550>
- Gaudreault, M., (1999).*La théorie de l'attachement*. Accès : <http://www.angelfire.com/ab/mgaudreault/P3attachement.html>
- Golse, B. (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Compléments sur l'émergence du langage* (4<sup>ème</sup> éd). Paris : Masson.
- Guédeney, N., Guédeney, A. (2009). *L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée*. (3<sup>ème</sup> éd.). Paris : Masson
- Gueguen, M. (s.d.). *Définition et étiologie de la prématurité*. Accès: [http://morganegueguen.free.fr/definition\\_et\\_etiologie\\_de\\_la\\_prematurite\\_019.html](http://morganegueguen.free.fr/definition_et_etiologie_de_la_prematurite_019.html)
- Gray, D., Hallet, F., Delannoy, C. & Lemieux, J.(2007). Qu'est ce que l'attachement et en quoi est ce si important ?. *Attachement et adoption*. (p.19-28). De Boek : Parentalité.

- Hôpital de Montréal pour enfant. (2012). *Soins de santé centrés sur le patient et la famille : de quoi s'agit-il?* Accès : <http://www.thechildren.com/fr/sante/pathologies.aspx?iID=470>
- Kearney Schenk, L., Kelley, J-H. & Schenk, M-P. (2005). Models of maternal-infant attachment: a role for nurses. *Pediatric nursing*, 31(6), 514-517.
- Lacombe, M. & Bell, L. (2006) L'attachement parent(s)-enfant : un défi pour la pratique infirmière lors de la visite postnatale. *L'infirmière clinicienne*, 3 (1), 11-18.
- Larousse. (2012). *Néonatalogie*. Accès : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/n%C3%A9onatalogie/14741>
- Lefebvre, F., (1983), L'attachement des parents à leur nouveau-né suite à une naissance prématurée et à une séparation en période néonatale, *Santé mentale au Québec*, 8 (2), 90-99.
- Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden . *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461-471.
- Louis S. (2007). *Accompagner son enfant prématuré .De la naissance à 5ans*. Québec : CHU Sainte-Justine : Enfants Québec.
- Martel, M-J., Bell, L. & St-Cyr Tribble, D. (2012). Devenir et être mère. In De Montigny, Devault & Gervais. *La naissance de la famille*. (pp 292-315). Montréal: Chenelière Éducation
- Martel, M-J., Bell, L. & St-Cyr Tribble, D. (2012). [L'établissement de la relation parent-enfant prématuré à l'unité néonatale](#). In De Montigny, Devault & Gervais. *La naissance de la famille*. (pp 292-315). Montréal: Chenelière Éducation.
- Mok, E. & Leung, S-F. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of clinical nursing*, 15, 726-734.
- Nagorski Johnson, A. (2007). The maternal experience of kangaroo holding. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(6), 568-573.
- Néonatalogie, E. d. (2010, 10 07). *Néonatalogie, Bienvenue*. Accès : [http://neonatalogie.hug-ge.ch/espace\\_parents/bienvenue.html](http://neonatalogie.hug-ge.ch/espace_parents/bienvenue.html)
- Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The journal of perinatal education*, 18(3), 23-29.
- Office Fédérale de la Statistique,(2012), *Prématurité*. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html>

Organisation Mondiale de la Santé, (2012), *Incidence mondiale de la naissance avant terme : revue systématique de la mortalité et de la morbidité maternelle*. Accès : <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/fr/index.html>

Pétales, (2007). *Comment se développe l'attachement*. Accès : <http://www.petales.org/www/GL/page6.php>

Roberge, V. & Patenaude, H. (2009). Place des parents à l'unité néonatale. *Perspective infirmière, novembre/décembre, 27-29*.

Shin, H & White-Traut, R. (2006). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 58 (1), 90-98.

Trébaol, G. (2009). *Entendre, la néonatalogie en histoire*. Accès: [http://www.aqepa.org/AQEPA2/articles/La\\_neonatalogie\\_en\\_histoire.htm](http://www.aqepa.org/AQEPA2/articles/La_neonatalogie_en_histoire.htm)

#### Liste bibliographique :

Bimbomarket (2009), *Bonding et attachement du bébé*. Accès : <http://bimbomarket-fr.blogspot.fr/2009/05/bonding-et-attachement-du-bebe.html>

Cellérier, M., Genoud, M. & Mettraux, Z.(2011). *Le rôle de la sage-femme dans la prévention de la dépression du post-partum chez les mères d'enfants prématurés*. Haute Ecole de Santé Genève.

Chatelain, B., Schorer, E. & Pugliese, M., (2011), Guide de présentation des travaux écrits et des références bibliographiques (style APA). [Brochure]. Accès : [http://www.heds-ge.ch/doc/centredoc/guide\\_version11.pdf](http://www.heds-ge.ch/doc/centredoc/guide_version11.pdf)

Egeland, B., (2009). Programmes d'intervention et de prévention portant sur l'attachement et destinés aux jeunes enfants. Accès : [http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/EgelandFRxp\\_rev.pdf](http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/EgelandFRxp_rev.pdf)

Isambart, G. (2011). La profession infirmière en Suisse. Accès: <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/exercice-international/la-profession-d-infirmiere-en-suisse.html>

Labbé, J., (s.d). *La théorie de l'attachement*. Accès : [http://w3.fmed.ulaval.ca/pediatrie/fileadmin/docs/serveur\\_pediatrie/Etudiants/Notes\\_de\\_cours/La\\_theorie\\_de\\_l\\_attachement.pdf](http://w3.fmed.ulaval.ca/pediatrie/fileadmin/docs/serveur_pediatrie/Etudiants/Notes_de_cours/La_theorie_de_l_attachement.pdf)

La rédaction d'un mémoire (2004). *Guide pratique pour l'étudiant*. Accès : [http://www.unil.ch/webdav/site/ling/shared/guide\\_de\\_redaction.pdf](http://www.unil.ch/webdav/site/ling/shared/guide_de_redaction.pdf)

Martel, M-J., Bell, L. & St-Cyr Tribble, D., (2010). *L'établissement de la relation parent-enfant prématuré a l'unité néonatale.* Accès : [http://www.aspq.org/documents/file/26-11-10\\_13h10\\_co10\\_mjmartel\\_relation\\_parent-enfant\\_premature.pdf](http://www.aspq.org/documents/file/26-11-10_13h10_co10_mjmartel_relation_parent-enfant_premature.pdf)

Pinon, M., (s.d). *Le normal et le pathologique dans la relation mère-enfant.* Accès : [http://www.medical78.com/nat\\_fmc\\_normal\\_pathologique.pdf](http://www.medical78.com/nat_fmc_normal_pathologique.pdf)

Wikipédia. (2012). *Théorie de l'attachement.* Accès : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie\\_de\\_l%27attachement](http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_de_l%27attachement)

Wikipédia. (2012). *René Spitz.* Accès : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Ren%C3%A9\\_Spitz](http://fr.wikipedia.org/wiki/Ren%C3%A9_Spitz).

# 9. ANNEXES

---

## Sommaire annexes

---

A. Fiches de lectures :.....	63
Fiche de lecture 1 : .....	63
Fiche de lecture 2 : .....	67
Fiche de lecture 3 : .....	72
Fiche de lecture 4 : .....	76
Fiche de lecture 5 : .....	79
Fiche de lecture 6 : .....	83
Fiche de lecture 7 : .....	87
B. Modèle de la relation parents-enfant .....	93

## **A. Fiches de lectures**

### **Fiche de lecture 1 :**

#### **1. Références complètes de l'article**

Conz, CA, Merighi, MAB & Jesus MCP. (2009). Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit : a challenge for nurses. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 43(8), 846-851.

Claudette Aparecida Conz est une infirmière, enseignante dans le domaine des soins infirmiers à l'université de Sao Paulo, Brésil.

Miriam Aparecida Barbosa Merighi est une infirmière, enseignante dans le département de la santé de l'enfant et de la mère dans le domaine des soins infirmiers, à l'université de Sao Paulo, Brésil.

Maria Christina Pinto de Jesus est détentricice d'un doctorat en soins infirmiers à l'université de Juiz de Fora, Brésil.

#### **2. Objet de l'article**

De nombreuses études ont déjà montré, que les parents, ont une place importante à jouer auprès de leur nouveau né prématuré et qu'ils ne doivent pas être de simple spectateur mais au contraire actifs dans les soins donnés à leur enfant. De cette place occupée par les parents dépendra le lien d'attachement, entre l'enfant et ses parents, ce qui influencera, par la suite, ses relations à l'autre durant toute sa vie.

Cependant, pour que les parents remplissent leurs rôles, il est nécessaire qu'ils y soient invités et que cette place leur soit laissée, par l'équipe soignante.

Le but de cette étude est donc de comprendre en quoi les infirmières de néonatalogie peuvent influencer le lien entre le nouveau-né et ses parents. Cela permettra par la suite de mettre en place de nouvelles pratiques afin de favoriser cet attachement.

#### **3. Méthodologie de la recherche**

Dans ce cas, l'étude cherche à démontrer des comportements c'est pourquoi cette étude est de type qualitative. Pour cela, les auteurs se sont reposées sur un cadre de phénoménologie sociale (social phenomenology framework) conduit par Alfred Schutz pour l'analyse et l'interprétation. Cette méthode permet de percevoir le coté subjectif des réponses, tout en pouvant interpréter celles-ci comme en accord avec un certain groupe social.

Dans cette méthode, la taille de l'échantillon n'est pas prédéfini. Lorsque les réponses apportées deviennent répétitives, la collecte de données est arrêtée. Au final, huit infirmiers ont été interviewés.

Cette étude ne s'est pas réalisée dans un établissement particulier mais dans plusieurs hôpitaux publics ou privés de Sao Paulo. Dans ces hopitaux, les parents pouvaient être présents tout le temps auprès de leurs enfants, et des moyens pour

favoriser l'attachement étaient déjà mis en place. Par exemple, la méthode kangourou ou encore l'intégration des parents dans les soins.

Les participants ont été informés du but de cette étude, le choix leur a été laissé de participer ou non à cette étude, la confidentialité des participants a été respectée et un document de consentement a été signé par chacun.

Cette étude a été approuvée par le comité éthique de recherche des soins infirmiers de l'université de Sao Paulo (Research Ethics Committee of the Nursing School of the University of Sao paulo.)

#### **4. Présentation des résultats**

Les résultats sont présentés sous forme de différentes sous parties. Je vais reprendre ces sous parties afin de vous présenter au mieux les résultats.

1. Communication : cela est la base de tout contact à l'autre mais elle est primordiale dans cette situation. La communication entre les soignants et les parents va faciliter la compréhension de la situation. Ceci va aussi permettre que soignants et parents mettent en place une attitude commune face à l'enfant, les parents se sentiront plus compétents, ce qui les rapprochera de leur enfant et donc favorisera l'attachement.
2. Soins techniques et soins relationnels : L'objectif final est que l'enfant aille mieux afin qu'il puisse rentrer au domicile. Pour cela, les soins techniques lui sont vitaux. Mais les soins relationnels sont, pour son développement, tout aussi importants. C'est pourquoi il est nécessaire d'enseigner aux parents les gestes techniques qu'ils peuvent faire à leur enfant mais il est primordial que les soignants s'assurent que les parents entrent en relation avec leur enfant (parole, touché, ..).
3. Le vécu : les infirmières ayant elles-mêmes eues, personnellement, l'expérience de la néonatalogie se disent plus compréhensive de la situation dans laquelle les parents se trouvent, elles se remémorent lorsque leur enfant était à cette place. Elles se sentent plus consciente, de la différence entre l'avant et l'après néonatalogie, que cette expérience modifie à jamais la vie des parents.
4. Soins individualisés : l'infirmière est le lien entre l'enfant, les parents et le service de néonatalogie. Le but étant de réunir les parents et leur enfant. L'infirmière se doit de les intégrer dans les soins. Cependant, chacun étant unique et vivant cette situation à sa manière, l'infirmière doit adapter l'intégration des parents à eux-mêmes, et non, suivre un protocole qui ne conviendrait pas à tous.

5. Place du père : la mère et le père possèdent des capacités différentes et peuvent donc être complémentaires auprès de l'enfant. Il est donc important d'impliquer le père autant que la mère, dans la mesure où il souhaite remplir ce rôle.
6. Présence des parents : leur présence leur permet de mieux connaître leur enfant, ses habitudes et réactions ce qui favorise le lien avec cet enfant et permet de mettre en place l'unité familiale. C'est en étant avec les personnes qu'on apprend à les connaître. Cela est vécu individuellement par chaque parent d'où l'importance de réaliser des soins individualisés. L'enfant à conscience quand ses parents sont auprès de lui, ce qui favorise son bien être et donc son rétablissement. De plus, l'intégration des parents, dans les soins, va leur permettre de se familiariser avec tout ce matériel et cette technologie qui les effraie. Cette hospitalisation étant loin de ce qu'ils avaient espéré, pour la naissance de leur enfant, les aider à comprendre le rôle de chaque appareil, leur permet de mieux les accepter.
7. Chacun son rythme : chacun a à apprendre de l'autre. Lors du premier contact, l'infirmière laisse du temps à la mère pour le premier contact avec son enfant afin qu'elle fasse sa connaissance. Cependant, la mère étant souvent sous le choc de la situation et de cet environnement, l'infirmière reste disponible afin d'être présente pour la mère, répondre à ses questions, la rassurer...mais aussi pour la guider pour qu'elle puisse se rapprocher le plus possible de son enfant et commencer à tisser le lien.
8. Rôle de l'institution : si les institutions offraient aux parents des repas et des places pour dormir, pour les deux parents, auprès de leur enfant cela faciliterai la construction du lien.

Les infirmières sont bien conscientes du rôle qu'elles ont à jouer auprès de ces enfants et de ces familles. Elles sont à la fois le lien entre l'enfant et sa famille mais aussi entre la famille et l'institution. Elles accompagnent les familles à retrouver leur place dans cette situation à laquelle ils n'étaient pas préparés, elles font preuve de sensibilité et connaissent certains besoins des parents et savent comment y répondre. Cependant, elles adaptent leurs soins aux besoins de chacun et y répondent de manière individuelle afin que la solution corresponde à chacun.

## **5. Discussion**

Ces prises en soins demandent des compétences techniques et humaines. C'est pourquoi les soins centrés sur la famille doivent être enseignés au mettre titre que les soins techniques car ils tiennent une place tout aussi importante.

Cette recherche ne permet pas de développer clairement de nouvelles pistes pour la pratique mais démontre, la nécessité que les soignants soient authentiques et non indifférents.

## **6. Apports et limites de la lecture par rapport au travail de Bachelor**

### **a. Apports**

Cet article me permet d'identifier les points essentiels qui permettent de favoriser l'attachement mère enfant.

Le premier point qui ressort est celui de la communication. En effet, la communication est la base dans le rapport à l'autre. Dans cette situation, la communication va permettre aux parents de trouver, plus facilement leur place, donc d'être au plus près de leur enfant, donc de favoriser le lien. Ensuite, l'intégration des parents dans les soins est très importante car cela permet aux parents, d'avoir le sentiment de conserver leur place et être au plus proche de leur bébé. Cependant l'intégration des parents dans les soins veut dire autant pour les soins techniques que relationnels. Même si les parents se sentent très compétent, s'ils arrivent à réaliser les soins techniques, les soins relationnels sont aussi précieux pour l'enfant, donc pas négligeables.

Cette étude permet de mettre en avant l'importance de donner des soins individualisés. Chacun est unique et il n'y a pas de protocole qui s'applique à toutes les familles. C'est pourquoi il est primordial que l'infirmière prenne le temps de connaître cette famille, ses besoins et ses attentes. De la même manière, chaque famille aura son rythme pour s'approprier son enfant et se sentir à l'aise avec celui-ci. L'infirmière doit être à l'écoute de ces parents afin de respecter leur rythme, leur proposer des solutions mais surtout ne rien leur imposer. Plus les parents se sentiront écoutés, compris et respectés plus ils se sentiront à l'aise dans cet environnement et plus ils seront proches de leur enfant ce qui favorise le processus d'attachement.

### **b. Limites**

Cette recherche ne développe pas un point particulier à améliorer. Elle met en avant ce qui est mis en place dans ces hôpitaux mais n'apporte pas de nouvelles pistes de réflexions ou de nouvelles mises en pratique.

La taille de l'échantillon et la méthode utilisée peuvent être une limite. Le nombre de participants étant restreint, il est difficile d'en tirer des conclusions générales. Pour ce qui est de la méthode, les entretiens ne sont menés que par deux questions ce qui peut vite faire dévier l'interview et donc amener des données inutiles pour cette étude.

Elle est basée sur le point de vue des soignants, cependant nous ne sommes pas certains que le ressenti des soignants correspond réellement à celui des parents. Il aurait été intéressant de pouvoir confronter les deux avis.

## **Fiche de lecture 2 :**

### **1. Références complètes de l'article**

Lindberg. B. & Ohrling. K. (2008). « Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden ». *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461-471.

Birgitta Lindberg est professeure au ministère de la santé dans le département de soins en Suède. Elle est encore à ce jour employée de ce ministère. Elle a rédigé plusieurs articles sur les unités de soins néonataux et la place des parents dans les soins.

Kerstin Ohrling est professeure à l'université de technologie de Lulea (Suède). Elle est spécialiste dans l'utilisation de vidéoconférence entre les services de néonatalogie et les familles afin de maintenir un lien permanent. Elle est spécialisée en naissance et tout ce qui s'y rapporte.

En ce qui concerne la revue dans laquelle cet article est publié, il s'agit d'une revue regroupant toutes les disciplines humaines. Le but principal de cette revue est de pouvoir partager à travers le monde les différentes découvertes sur le plan humain. Il représente aussi bien le secteur social que biomédical ou encore celui des soins.

### **2. Objet de l'article**

De nombreuses études ont déjà mis en avant les complications suivant une naissance prématurée. En effet, un tel événement est un choc émotionnel, physiologique et psychologique pour les parents. Ils ne sont pas préparés à ça, ne se sentent plus maîtres de la situation. Cela engendre donc beaucoup de stress et interrompt leur cheminement personnel pour devenir parent. L'infirmière en néonatalogie a le rôle de pivot entre l'enfant et ses parents et remplit donc un rôle capital. Elle doit s'assurer de répondre aux besoins de l'enfant et des parents de manières individuelles, elle encourage les parents dans leur rôle dans le but de leur laisser le maximum d'autonomie.

Cette étude est réalisée en Suède. Le système de santé suédois permet aux parents de ne pas se rendre au travail durant l'hospitalisation de leur enfant et cela tout en conservant une rémunération à hauteur de 80% de leur salaire de base. De plus, cela s'applique aux deux parents, ils peuvent donc les deux être auprès de leur nouveau-né, ou se relayer auprès des autres enfants.

Les auteures ne formulent pas de questions de recherche explicite mais la principale serait : Selon les mères, avoir la possibilité de rester auprès de son enfant avec son mari a-t-elle une influence sur le vécu de la prématurité ?

Le but de cette recherche a donc été de mettre en avant l'influence, selon le vécu des mères, de la présence constante des parents auprès de leur enfant.

### **3. Méthodologie de la recherche**

Cette étude a été menée en collaboration avec le service de soins intensifs, néonatalogie d'un hôpital de Norrbotten, région correspondant à un quart de la Suède.

Les critères d'inclusions dans l'étude étaient d'avoir un enfant né prématurément avant 36 SA et que l'enfant a été pris en soins en néonatalogie au cours des trois dernières années. Il n'y avait pas de critères d'exclusions. Les mères ont été contactées par l'infirmière cheffe de néonatalogie qui leur a expliqué le but de l'étude, leur a expliqué ce que signifiait participer à cette étude ainsi que la possibilité de s'en retirer à tout moment. Pour les personnes intéressées, des informations papiers ont été envoyées afin de leur donner plus d'informations. Par la suite, l'auteure (Birgitta Lindberg) a pris contact directement avec les mères. Il leur a été assuré l'anonymat et la confidentialité des données. Le comité d'éthique de l'université technologique de Lulea a donné son accord.

Au final, six mères ont été retenues. Elles avaient entre 25 et 35 ans au moment de la naissance, elle étaient toutes avec le père de l'enfant au moment de la naissance. Les nouveau-nés sont nés entre la 28<sup>ème</sup> et la 34<sup>ème</sup> SA. Pour un des enfants, le séjour en néonatalogie n'a duré qu'une semaine alors que pour les autres il a duré plusieurs semaines.

Des entretiens ont été réalisés par Birgitta Lindberg, le lieu était choisit par les mères. L'entretien avait plutôt une tournure de discussion sur le vécu des mères de cette naissance prématurée et de la période qui s'en est suivit. Les entretiens ont duré entre 25 et 50 minutes. Suite à la retranscription des entretiens, les deux auteures ont relu les entretiens afin de retirer des catégories.

Les données de cette recherche sont de types qualitatives. En effet, cette recherche est conduite par des entretiens.

### **4. Présentation des résultats**

Pour la présentation des résultats, je souhaite le faire comme cela a été fait dans l'étude, soit en fonction des 5 catégories définies par les auteures.

#### Catégorie 1 : Etre mère sans y avoir été préparée

Toutes les mères ont exprimé que le fait d'avoir un enfant prématurément, a été un choc. Suite à ce choc, elles ne sont pas disponibles pour entendre et comprendre les informations données par les soignants. De plus, chacune d'entre elle exprime ne pas avoir eu le temps de finir la préparation de la naissance de son enfant. Durant la grossesse les mères se font une idée de l'enfant dit parfait et lors d'une naissance prématurée ce rêve s'effondre. Elles disent, qu'il est plus difficile de se sentir mère lorsque l'enfant est malade ou n'a pas le développement d'un enfant « normal ». Enfin, durant les premiers jours suivants la naissance, aucune d'entre elle n'a eu le sentiment d'avoir accouché et d'être devenu mère. Suite à la naissance, le premier ressenti était de la tristesse et non la joie d'avoir eu son enfant.

## Catégorie 2 : Etre dans une situation de stress

Pour toutes ces femmes, cette expérience fut un moment de stress intense. La crainte que l'enfant soit malade, qu'il y ait des conséquences à vie suite à sa prématurité ou qu'il décède est un facteur de stress important. De plus, elles sont séparées de l'enfant dès la naissance, la crainte qu'il arrive quelque chose, lorsqu'elles sont loin de lui/elle amplifie ce stress. Lorsque les mères peuvent enfin voir leur enfant, ce stress diminue mais elles restent anxieuses de peut être lui faire du mal en le touchant.

## Catégorie 3 : Se sentir proche du nouveau né

Les mères disent avoir besoin de se sentir proche de l'enfant, ce temps passé à ses côtés favorise le développement du sentiment maternel. Lors de la première visite à l'enfant, le premier contact physique est difficile. Elles expriment aussi la difficulté émotionnelle à être séparées de son bébé. Pour elles, Voir l'enfant et avoir un contact avec lui (bébé posé sur le ventre de la mère) est primordial mais toutes n'ont pas eu cette chance. Les mères ont particulièrement apprécié que les soignants leurs proposent de réaliser un peau à peau (méthode Kangourou) avec l'enfant dès que cela a été possible. Pour ce sentir proche de leur enfant, les mères ont besoin de s'occuper de ce dernier au maximum.

## Catégorie 4 : Conséquences sur la vie de famille

Il semble évident qu'un tel événement perturbe la vie familiale. Le reste de la famille peut se sentir seule car la mère passe la plupart de son temps auprès du petit dernier. De plus, lorsque les autres enfants ne sont encore pas en âge de comprendre, il est encore plus difficile pour la mère de trouver un équilibre. Il est important de permettre, à la mère, de se laisser du temps pour le reste de la famille et lorsque la famille se retrouve enfin autour du bébé, il est essentiel qu'ils ne soient pas perturbé par l'équipe soignante afin qu'ils profitent de ce moment ensemble.

## Catégorie 5 : Etre maitre de la situation

Selon ces mères, ce qui leur a permis d'avoir la situation en main est le soutien de l'équipe soignante et du père. De plus, toutes les informations reçues par les soignants durant cette période permet aux mères de prendre confiance, donc de pouvoir gérer de mieux en mieux cette situation particulière. De plus, avoir une équipe à l'écoute en leur transmettant des informations, permet aux mères de prendre confiance en l'équipe et de quitter l'hôpital plus sereinement. Pouvoir rencontrer et discuter avec d'autres mères ayant eues la même expérience a été bénéfique car les autres mères comprennent ce qu'elles vivent. Ses mères apprécient être entouré de soignants afin de prendre soin de leur enfant de la manière la plus adéquate par rapport à la situation. Cependant, elles restent « la mère » et n'ont donc pas à demander la permission pour participer aux soins mais c'est à elles de décider où s'arrête leur rôle, où elles ne se sentent plus capable. Une fois cette expérience loin derrière elles, les mères la décrivent comme plutôt positive.

## **5. Discussion**

Cette étude a permis de mettre en avant différents aspects. Tout d'abord, le fait d'avoir un enfant né prématurément est, pour toute, une expérience unique. Hormis le fait que, ces mères n'ont pas encore fini leurs préparatifs concernant l'arrivée de leur enfant, les enfants présentent aussi des immaturités ce qui donne des difficultés comme par exemple pour la communication ce qui entraîne des difficultés à développer le sentiment maternel. Les mères vivent cette naissance comme un choc car, cet enfant est bien loin de l'idée qu'elles s'en étaient faite depuis le début de la grossesse, cela ne permet pas le développement du sentiment maternel dit « normal » car la mère doit effectuer le « deuil de l'enfant parfait ».

Cette expérience est chargée de stress pour les mères car elles sont anxieuses concernant l'état de santé de leur enfant ainsi que de sa survie. C'est pourquoi les informations données par les soignants en post-partum immédiat ne sont pas intégrées par les parents car ils ne sont pas en mesure de les entendre. Cependant, ces informations sont primordiales et permettront aux parents d'avoir leurs places dans cette unité de soins et les apports donnés leur permettront de prendre confiance en eux mais aussi en l'équipe soignante. De plus il faut laisser à la mère sa place car même si elle demande de l'aide aux soignants pour prendre soins au mieux de son enfant, c'est à elle de prendre les décisions le concernant.

La séparation précoce entre l'enfant et sa mère ne permet pas la construction du lien entre la mère et ce dernier. Cependant, la mère doit dès que possible reprendre son rôle et pour cela, l'infirmière a un rôle phare. En effet, la place qu'elle laissera à la mère permettra le développement du lien et donc de l'attachement entre la mère et son enfant.

La famille a aussi son rôle à jouer. Pour cela, l'infirmière sera amenée à mettre en place et développer des soins centrés sur la famille adaptés à chacun. Plus la famille s'investit dans cette prise en soins, plus ils seront indépendants et plus ils seront maîtres de la situation.

## **6. Apports et limites de la lecture par rapport au travail de Bachelor**

### **a. Apports**

Cet article met en avant à plusieurs reprises que la naissance prématurée est un choc pour les mères ce qui rends difficile l'attachement envers cet enfant. Cependant, certains actes peuvent favoriser ce lien et permettre un attachement mère enfant plus rapide.

Les mères ont exprimé dans cet article l'importance pour elles d'être en contact direct avec l'enfant suite à l'accouchement. Le voir et le toucher leur permet selon elles de se rendre compte de la naissance de leur enfant.

De plus, suite à la lecture de cet article, il semble que la relation établit entre la mère et l'équipe soignante est primordiale pour favoriser la relation mère enfant. En effet, c'est à l'infirmière de laisser à la mère sa place de mère tout en respectant ses limites. Si l'infirmière est disponible pour la mère et lui apporte des informations sur son enfant, cela permet d'établir une relation de confiance et donc un partenariat de qualité. La mère est en première ligne auprès de son

enfant. C'est donc à l'infirmière de tout mettre en place pour que celle-ci conserve son rôle. Pour cela, on parlera d'intégration dans les soins.

Les moments en famille sont des moments intimes que l'infirmière doit respecter afin que leur vie de famille s'organise au mieux en vue de la situation.

L'infirmière a un rôle de soins auprès de l'enfant mais elle doit aussi respecter la volonté des parents.

Cet étude montre aussi que des espaces de paroles entre les mères vivant la même expérience permet à ses mères de s'exprimer en toute liberté et de se sentir moins isolées dans leur situation.

De nos jours, de plus en plus de recherches sont effectués sur les expériences parentales suite à une naissance prématurée et cela a permis d'améliorer les soins infirmiers concernant le renforcement du lien parents enfant.

## **b. Limites**

Les limites que j'ai pu relever en lisant cette article sont, tout d'abord le nombre de participante. En effet, on peut se questionner sur la pertinence de ces données car il me semble difficile de tirer des conclusions alors que l'échantillon n'est composé que de 6 personnes. Cependant, ce type d'étude a déjà été menée dans d'autres pays où les mêmes conclusions en sont ressorties.

Ensuite, il me semble dommage que les pères ne soient pas plus présents dans cette étude car ils ont, selon moi, un grand rôle à jouer auprès de leur femmes. En effet, ils sont, toujours selon moi le médiateur entre les mères et les bébés tant que celles-ci ne sont pas aptes à se rendre auprès de leur petit ainsi qu'un rôle de gestion lorsque la mère est au chevet du bébé. Le plus souvent le père remplit le rôle du gardien de famille pendant l'absence de la mère. Ce qui n'est pas un rôle négligeable.

Enfin cette étude avait pour but de montrer la différence entre la Suède où les parents ont une compensation financière de leur absence au travail afin de rester auprès de leur enfant et les autres pays où cette mesure n'est pas mise en place. Cependant, il n'y a pas de résultat concret à ce sujet. Ici encore, la place du père devrait être largement étudiée ce qui ne ressort pas dans cette étude.

### **Fiche de lecture 3 :**

#### **1. Références complètes de l'article**

Mok, E. & Leung, S-F. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of clinical nursing*, 15, 726-734.

Esther Mok est maître de conférences de l'école en soins infirmiers à l'université polytechnique de Hong-Kong.

Sui Foon Leung est infirmière cheffe à l'hôpital Queen Elizabeth de Hong-Kong.

#### **2. Objet de l'article**

L'importance d'accompagner les parents dans leur processus d'acceptation par les soignants à déjà été mis en avant par plusieurs études. Pour cela, dans la plupart des hôpitaux, des soins centrés sur la famille sont mis en place afin de soutenir toute l'unité familiale dans cette situation particulière et de les aider au mieux à gérer cette situation. Pour cela, des marches à suivre sont misent en place ainsi que des formations spécialisées, mais comment ces soins sont-ils perçus par les mères.

Le but de cette étude est de montrer comment les mères perçoivent le soutien reçu par les infirmières de néonatalogie. Et cela dans le but de d'améliorer ce soutien en apportant de nouvelles pratiques sur le terrain selon le besoin des mères.

#### **3. Méthodologie de la recherche**

Cette étude de type descriptive a été menée dans l'hôpital principal de Hong-Kong. Les critères de sélections pour cette étude ont été, tout d'abord, que les mères parlent et comprennent le cantonais. Les nouveaux nés devaient avoir un poids de naissance inférieur à 2500g et être admis en unité de néonatalogie pour une durée minimum d'une semaine. La collection des données s'est effectuée de juillet 2002 à janvier 2003.

L'étude a été effectuée en deux parties. Une première partie quantitative, consistait à remplir un questionnaire qui renseignait sur l'état de la mère et de l'enfant (âge, niveau d'éducation, sexe de l'enfant, poids de naissance ....) puis le NPST (Nurse Parent Support Tool) de Miles et al. (1999) qui est une échelle composée de 21 items selon cinq catégories qui permettent d'évaluer le degré de satisfaction des parents quant aux soins dispensés par les infirmières.

La seconde partie, de type qualitative, a été effectuée par des entretiens semi-directifs durant lequel les mères étaient interrogées sur ce qui a été pour elle un soutien ou non dans les soins proposés par les soignants.

Toutes les mères ont été informées du but de cette étude par écrit, l'anonymat a été assuré et un document de consentement a été signé par chacune d'entre elles.

Cette recherche a été approuvée par le comité éthique de l'université et le comité de recherche de l'hôpital.

#### **4. Présentation des résultats**

Les résultats sont présentés en deux parties. Tout d'abord ceux concernant le questionnaire puis ceux récoltés suite aux entretiens.

Résultats questionnaires :

Au total 37 questionnaires ont été retournés à l'hôpital et ont pu être interprétés. Je passe sur les résultats concernant l'âge, sexe de l'enfant, poids de naissance...qui n'ont selon moi pas d'importance majeure, pour la suite de l'étude.

Dans ce questionnaire, les participantes ont dû classer les 21 items par ordre d'importance et pour chacun d'entre eux estimer le soutien reçu par les soignants pour chaque item.

Les trois items principaux selon les mères sont « donner de bons soins à mon enfant » (Gave good care to my child), « me dire les modifications de l'état de santé de mon enfant » (Told me about changes/improvements in my child's condition) et « m'aider à comprendre ce qui est fait à mon enfant » (Helped me to understand what is being done to my child). Il y a un seul item où, selon les mères, le soutien apporté par l'équipe soignante est supérieur aux besoins des mères, il s'agit de « Montrer qu'elles aiment mon enfant » (Showed that they like my child). A contrario, l'item pour lequel les mères auraient besoin d'un plus grand soutien est, « M'inclure dans les discussions concernant les décisions sur les soins à mon enfant » (Included me in discussions when decisions were made about my child's care).

Ce questionnaire permet tout de même de mettre en avant, que, de manière générale, les mères souhaiteraient avoir un soutien plus important. Pour un seul des 21 items, le soutien est supérieur à la demande. On retrouve donc les mêmes résultats dans les quatre catégories (communication et information de soutien, soutien émotionnel, soutien de l'estime de soi, soutien lors de dispensation des soins et soutien global). Pour chacune de ces catégories, les mères estiment que le soutien qui leur est apporté n'est pas suffisant.

Résultats des entretiens :

Au total, six mères ont accepté de participer à cette partie de l'étude. Les données récoltées par ces interviews ont pu être classées selon les catégories du NPST. Pour chacune de ces catégories, elles ont exprimé ce qui pour elle était important et à quel moment de l'hospitalisation.

Les principaux résultats sont l'importance de la communication et de l'information qui leur est donnée. Elles souhaitent avoir plus de détails et plus régulièrement.

Cela permet plus facilement aux parents de passer du statut d'observateur à celui de partenaire de soins. Les informations apportées doivent être adaptées à chaque parent. En fonction de la place que le parent occupe à ce moment là mais aussi au niveau du langage. Les parents ne sont pas aptes à comprendre notre jargon médical dans cette période de stress. Pour cela, il faut utiliser un vocabulaire adapté et s'assurer qu'ils aient compris.

Cette période étant très stressante pour les parents, il est pour les mères, nécessaire d'avoir un soutien émotionnel par l'équipe soignante. Afin que les mères puissent exprimer leurs ressentis et émotions, il est important que l'infirmière vienne vers elles et leur montre qu'elles sont disponibles pour les écouter et les aider. Dans cette unité, les infirmières proposent aux parents de rencontrer d'autres parents vivants la même expérience, cela leurs permet de partager ce qu'ils vivent avec des gens qui les comprennent, ils se sentent moins seul.

L'intégration des parents dans les soins, à pour chacune d'entre elle, une grande importance afin de se sentir « mère » de cet « enfant ». Pour cela, l'infirmière explique aux parents quels soins ils peuvent réaliser et comment les faire. Cependant, l'équipe doit s'accorder sur le discours tenu et non que chaque soignant décide seul ce que les parents peuvent faire ou non.

## **5. Discussion**

La première partie de cette étude montre que le plus grand écart entre le besoin des mères et le soutien perçu concerne la communication et l'information donnée aux parents. La deuxième partie de l'étude confirme que pour les mères, avoir des informations claires, honnêtes et précises, leurs permettent de mieux comprendre la situation, elles sont donc essentielles. De plus, ces informations leurs permettent de se sentir plus investis dans cette prise en soins, donc, les parents prennent plus facilement part aux soins.

Pour ces mères, le stress ressenti est diminué lorsque l'infirmière fait le premier pas vers elles afin de l'informer sur l'enfant ou de lui apporter des conseils. Cela facilite la communication entre l'infirmière et la mère, cette dernière pourra alors se confier plus facilement et l'infirmière pourra donc mieux répondre à ses besoins.

L'étude qualitative a montrée que toutes les mères ne reçoivent pas le même degré de soutien de la part de l'équipe soignante. Cependant, le bénéfice de rencontrer d'autres parents d'enfants prématurés a été mis en avant. Cela est pour eux un soutien et leur permet de partager leurs expériences. Ils se sentent moins seuls.

## **6. Apports et limites de la lecture par rapport au travail de Bachelor**

### **a. Apports**

Pour mon travail de Bachelor, cela confirme certaines pistes telles que l'importance de la communication. Cependant, il y a une différence entre les besoins des mères et le soutien apporté par les soignants. Les mères expriment le besoin de recevoir plus d'informations. Néanmoins, elles sont peu demandeuses de cette information. Elles souhaitent que les infirmières les tiennent informées sans qu'elles aient à poser de questions. Le fait de ne pas avoir le sentiment de devoir quémander des informations sur leur bébé, permet aux mères de se sentir plus à l'aise. Par la suite, ils sont plus présents et plus investis, ce qui favorise le lien entre la mère et son enfant.

De plus, cette étude amène un nouveau point qui est l'importance des « groupes de paroles » entre les parents. Permettre aux parents de se rencontrer pour partager leurs expériences est un soutien et ils se sentent moins seuls dans cette situation particulière. Il est donc important que les soignants favorisent ces rencontres. De plus, ce partage permet aux parents de s'investir davantage dans la prise en soins car d'autres parents partageront avec eux tous les soins qu'ils ont pu effectuer auprès de leur enfant, ce qui confortera le parent dans ses capacités parentales. Puis se rapprochement de l'enfant, favorisera le processus d'attachement entre la mère et son enfant.

### **b. Limites**

L'échantillon de la partie quantitative ne représente que 37 questionnaires, ce nombre semble petit pour tirer des conclusions. Pour ce qui est de la partie qualitative, seulement 6 mères ont été interviewés. De plus l'échantillon est limité à l'hôpital principal de Hong-Kong, on peut donc se demander à quelle échelle cela est-il représentatif.

## **Fiche de lecture 4 :**

### **1. Références complètes de l'article**

Nagorski Johnson, A. (2007). The maternal experience of kangaroo holding. *JOGNN*, 36(6), 568-573.

Amy Nagorski Johnson est infirmière et professeure à l'université de soins infirmiers à Delaware, Newark, Etats-Unis.

### **2. Objet de l'article**

Depuis les années 80, les bénéfices du portage kangourou pour le nouveau né ont à plusieurs reprises été démontrés. Il joue, principalement, un rôle dans la thermorégulation et la stabilité respiratoire et cardiovasculaire. Il a aussi été démontré que cette méthode permet de réduire le risque de dépression post-partum de la mère.

Cette étude a pour but de mettre en avant les bénéfices maternels de cette méthode, dans la construction du lien et de l'attachement avec l'enfant prématuré. « The purpose of this study is to describe the maternal experience of kangaroo holding premature infants in the NICU to gain insight into specific maternal benefits of this intervention. » (Nagorski Johnson, 2007, p. 569)

### **3. Méthodologie de la recherche**

L'étude s'est déroulée dans un hôpital de Delaware, Newark, Etat-unis, dans un service de néonatalogie, soins intensifs de niveau 3. Cette étude a été approuvée par l'institution.

Au total, 18 mères (primipares), qui ont utilisé la technique kangourou, avec leur nouveau-né prématuré, ont participé à cette étude, après avoir donné leur consentement.

Les entretiens ont été réalisés suite à la troisième période (60 minutes) de portage kangourou dans l'unité de soins. Tous les entretiens ont été réalisés durant les 2 semaines suivant la naissance.

En plus de l'entretien, les mères ont été observées durant la troisième séance kangourou depuis une pièce annexe. Le comportement de la mère et les interactions avec l'enfant, les soignants et l'environnement ont été observés.

Les entretiens ont été réalisés par la personne ayant observé la séance. Les entretiens ont été menés par 11 questions et ont été enregistrés afin d'être retranscrits.

### **4. Présentation des résultats**

Les résultats sont présentés sous trois catégories : bénéfices pour la mère et l'enfant du portage kangourou, (maternal-infant benefits of kangaroo holding), besoin de soutien (need for support for holding) et satisfaction de l'interaction (satisfaction with interactions) (Nagorski Johnson, 2007, traduction libre, p. 570)

### Bénéfices pour la mère et l'enfant du portage kangourou :

La naissance prématurée de leur enfant projette ces mères dans un monde inconnu pour elle. Elles ne se sentent pas à leur place et inutiles. Cette méthode kangourou est pour elles un moyen de reprendre leur place de mère et d'avoir leur rôle à jouer. Elles prennent à cœur ce moment particulier et semble heureuses et relaxer avant, pendant et après ce soin. « Being needed » (Nagorski Johnson, 2007, p. 570), il est important pour ces mères de se sentir nécessaire, ce qui est le cas durant le portage kangourou.

Pour ces mères, l'expérience leur permet d'exprimer leur amour pour cet enfant. Ce moment permet aussi de rassembler la famille et de recréer une unité malgré la situation. Cette expérience leur réchauffe le cœur, « heart-Warming » (Nagorski Johnson, 2007, p. 571).

Même si, elles ont toutes ressentis du stress et de la nervosité durant le premier portage, lors de la troisième séance, elles se sentent plus confiante. Elles expriment que le soutien des soignants leur a permis de prendre confiance et conscience qu'elles connaissent leur enfant. Cette expérience leur permet de prendre confiance en leur capacité, « Confidence in knowing » (Nagorski Johnson, 2007, p. 571).

### Besoin de soutien :

Le soutien apporté par l'équipe soignante durant cette technique est primordial.

Les infirmières sont là pour accompagner, encourager, soutenir et à leur accorder leur place au sein de l'unité. Ces temps sont organisés et programmés, entre les soignants et les parents, afin que l'infirmière soit le plus disponible possible et que ce soit un bon moment pour l'enfant (éveil, repas, ..). En dehors de ces plages horaires, les parents n'osent pas demander de pouvoir prendre leur enfant, ils estiment que si le moment est propice, l'infirmière leur proposera. Durant ces séances, les soignants tentent de recréer un cocon autour du couple mère-enfant. La mère est installée correctement et le maximum d'intimité lui est laissé. Les mères expriment se sentir comme à la maison pour une heure de temps.

### Satisfaction de l'interaction :

Pour ces mères, cette méthode permet un contact particulier avec l'enfant, elles se sentent comme connectées à lui. Pouvoir le sentir respirer et bouger contre elles, fait de ce moment, une expérience intense.

Cette expérience, leur apprend, selon elles à être mère. Cela ne s'apprend pas dans les livres mais auprès de bébé. Elles apprennent à l'observer et à réagir en fonction.

## **5. Discussion**

Cette étude met en avant l'effet bénéfique de cette technique pour le développement du rôle parental. Mais aussi l'importance du rôle infirmier dans l'accompagnement afin que celui-ci se déroule le mieux possible. De plus, l'environnement est aménagé, de manière à ce que durant cette période, il y ait le moins d'élément perturbateur possible.

Ce moment permet aux mères de connaître leur enfant et de donner un sens à leur rôle de mère. Elles se sentent connecté à leur petit ce qui favorise le développement du sentiment d'attachement. L'utilisation du portage kangourou permet de construire le lien entre la mère et son bébé.

Cela développe le sentiment maternel en permettant à la mère de remplir son rôle auprès de son enfant.

## **6. Apports et limites de la lecture par rapport au travail de Bachelor**

### **a. Apports**

Par rapport à mon travail de Bachelor, cet article amène une autre manière d'intégrer les parents dans les soins.

Par ce portage kangourou, les mères se sentent utiles et reconnues dans leur rôle. Elles prennent leur place au milieu de cette unité, ce qui développe leur confiance en elle et le lien avec cet enfant et donc l'attachement pour celui-ci.

De plus, c'est un moment particulier où elles se retrouvent en tête à tête avec leur petit, comme ci elles étaient à la maison, en total intimité et en confiance.

Toutefois, le soutien de l'équipe soignante est primordial pour accompagner les mères dans ce moment intense. Elles pourront être guidées et accompagnées tout au long de ce moment afin de, maximiser ce bonheur et augmenter la confiance en soi.

### **b. Limites**

La principale limite de cet article est la taille de l'échantillon. Celui-ci est représentatif seulement d'une unité, d'un seul hôpital, dans une seule zone géographique. Cela n'est donc pas représentatif de toutes les unités de néonatalogies.

Les entretiens ont tous été réalisés au même moment. Or, au cours de l'hospitalisation, ces ressentis peuvent évoluer. De plus, tous les enfants étaient au même stade de prématurité. Il serait intéressant d'ouvrir cette étude à des enfants ayant différents degrés de prématurité.

Il n'y a pas de notion de comité d'éthique qui ait accepté cette étude.

## **Fiche de lecture 5 :**

### **1. Références complètes de l'article**

Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The journal of périnatal education*, 18(3), 23-29.

Hala M. Obeidat est professeure assistante à l'université des soins infirmiers de Amman, Jordanie. Elle est enseignante de soins pédiatrique et néonatal depuis 18 ans.

Elaine H. Bond est la directrice du programme doctoral des soins infirmiers de l'université d'Amman, Jordanie.

Lynn Clark Callister est enseignante à l'université en soins infirmiers de Brigham Young University, Utah, Etats-Unis.

### **2. Objet de l'article**

Il a été mis en avant que la mère développe l'attachement envers son enfant durant la grossesse et celui-ci continue de se développer après la naissance. (Wigert & all, 2006). Cependant, en cas de prématurité, se retrouver dans un environnement inconnu et intimidant, qui est celui de la néonatalogie, retarde l'attachement maternel. (Shin & White-Traut, 2007).

L'état de santé de l'enfant et les traits de caractère de la mère vont indépendamment influencer l'attachement mère-enfant.

Une naissance prématurée est source de stress pour les parents et ils ont le sentiment de perdre le contrôle de la situation.

Le but de cette revue de la littérature est de décrire les expériences parentales dans le but de développer des interventions infirmières visant, la promotion des soins centrés sur la famille et les soins au soutien de développement. (Obeidat, H-M, Bond, E-A & Clark Callister, L., 2009, traduction libre, p. 24)

### **3. Méthodologie de la recherche**

Une revue de la littérature de type qualitative à été effectuée sur 10 ans, de 1998 à 2008. Pour cela, des bases de données de type Medline, Cinhal, Ovid, ... ont été utilisées. Différentes associations de mots clés, tel que : « parents and NICU », « preterm infant and NICU »,.... ont permis de trouver les articles.

Les critères d'inclusions des études sont qu'elles soient de types qualitatives, publiées en anglais et qu'elles parlent des expériences parentales en néonatalogie.

Des catégories communes ont été répertoriées pour les 14 études sélectionnées, ce qui a permis de comparer les apports de tous les textes selon chaque catégorie.

#### **4. Présentation des résultats**

Les principales perceptions parentales extraites de ces études sont : un état de stress, tension, séparation, dépression, désespoir, la déception, l'ambivalence et le manque de contrôle de la situation. Durant cette période, les parents vacillent entre espoir et désespoir. (Arockiasamy, Holsti, & Albersheim, 2008 ; Hall, 2005a, 2005b ; Hermann et al., 2005 ; Jackson, Ternstedt, & Schollin, 2003 ; Salonen, 1998, traduction libre). L'admission des nouveau-nés en néonatalogie est vécue par les mères comme un choc et une période de crise. (Noyes, 1999, Traduction libre). L'étude de Salonen 1998, décrit les perceptions maternelles par, de la déception, de la solitude, de l'insécurité et de la frustration. (Salonen, 1998, traduction libre).

Cependant, les études ont montrés que si les parents sont impliqués dans les soins, ils passent d'un rôle passif à un rôle actif, de l'exclusion à la participation. S'ils se sentent intégrés dans l'unité de soins, ils se sentent en confiance, reprennent le contrôle de la situation et se sentent plus proche de leurs enfants (connectés). (Broedsgaard & Wagner, 2005 ; Butler & Galvin, 2003 ; Fenwick, Barclay & Schmied, 2001 ; Heerman et Al. , 2005 ; Söderström et al., 2003, traduction libre).

La principale source de stress parental est la douleur de leurs enfants. (Gale & al., 2004, traduction libre). A cela, ajouté le stress et le chagrin que l'enfant ne survive pas. (Feldman, 1999, traduction libre).

Avoir son enfant en néonatalogie entraîne, pour les parents, beaucoup de sentiments négatifs mais les intégrer dans les soins de leurs enfants leur permet de prendre confiance et reprendre leur place de parents.

#### **5. Discussion**

Le séjour en néonatalogie est pour les parents un moment de stress intense. Il est difficile de parvenir aux informations concernant leurs bébés. La séparation entre la mère et l'enfant est à haut risque, de perturber l'attachement entre la mère et son enfant. Les parents sont en soucis quant à la survie de leur nouveau né.

Durant cette période, les mères ont le sentiment de perdre le contrôle, en particulier à cause de leur instabilité émotionnelle, le sentiment de culpabilité, le risque et l'insécurité. La participation aux soins de leurs enfants, leur permet de reprendre le contrôle de la situation et de se sentir enfin le parent de cet enfant. (Jackson & al., 2003, traduction libre).

L'expérience d'une naissance prématurée est loin de ce que l'on peut imaginer comme naissance. C'est une période de choc et de soucis. Les parents souhaitent être au plus près du bébé, pour suivre les moindres détails. (Hall, 2005a, 2005b, traduction libre).

Afin de permettre aux parents de se sentir à leur place et d'être actif dans la prise en soins de leur enfant, il est important qu'ils reçoivent des informations. La communication, avec les soignants, est primordiale. La gestion de la douleur doit être efficace et doit inviter les parents à effectuer les soins à leurs enfants, leur permettre d'être au plus près de ce dernier. Ils peuvent alors, être un soutien pour celui-ci. (Conner & Nelson, 1999, traduction libre). Le fait, que les mères ne puissent pas être à proximité de leurs enfants, ne puissent pas le toucher et le prendre, augmente le stress de la situation.

Les soins centrés sur la famille permettent : de soutenir les parents dans leur rôle, leur fournir les informations nécessaires, les soutenir, les accompagner et leur donner des techniques, leur permettre d'avoir accès à leur bébé et de se sentir proche de lui. (Hurst, 2004 ; Hall, 2005a, 2005b ; traduction libre).

La mise en place d'interventions, visant les soins centrés sur la famille, permet d'augmenter les connaissances parentales et leur sensibilité tout en diminuant le stress, en mettant en avant le rôle parental. (Browne & Talmi, 2005, traduction libre).

Les parents ont besoins d'exprimer leurs ressentis face à cette situation. Cette naissance est loin de ce qu'ils avaient imaginé. Il est donc important, qu'ils puissent comprendre. (Salonen, 1998, traduction libre). Cela permet aux parents de prendre confiance et de se rapprocher de leurs enfants. Cependant, l'infirmière doit utiliser un vocabulaire adapté afin qu'ils prennent tout son sens pour les parents. (Fenwick & al., 2001, traduction libre).

Les soins centrés sur la famille permettent aux soignants de mieux accompagner les parents. Cet accompagnement permet de diminuer le stress.

Les soins centrés sur la famille, les soins au soutien de développement et la communication permettent, de diminuer la souffrance des parents durant cette période.

## **6. Apports et limites de la lecture par rapport au travail de Bachelor**

### **a. Apports**

Pour mon travail de Bachelor, cette revue de la littérature met en avant le ressenti des mères durant le séjour de leurs enfants en néonatalogie. Ce qui ouvre de nouvelles pistes pour la pratique.

Les émotions les plus souvent rencontrées sont du stress, de l'anxiété, un choc, du souci, la perte d'espoir, une instabilité émotionnelle, de l'insécurité et une perte de contrôle. Le rôle infirmier est donc de mettre en place des actions afin de diminuer le stress parental. Pour cela, les soins centrés sur la famille et les soins au soutien de développement sont un atout majeur.

Les parents ont besoins d'être accompagnés afin d'établir le lien avec leur bébé, pour cela, les considérer comme des partenaires de soins facilite le lien. Soignants et parents vont œuvrer ensemble dans l'intérêt de l'enfant.

Afin que les parents se sentent plus en confiance et investis, qu'ils se sentent les parents de cet enfant là, il est important que l'infirmière prenne le temps de répondre aux questions des parents, qu'elle les informe de tout ce qui a pu se passer avec leur enfant durant leur absence, des suites prévues....en s'assurant que les parents est bien compris toutes les informations et au besoin les leur redire.

Afin que le stress vécu par les parents soit moins important, le lien entre l'infirmière et les parents permettra à ces derniers de se confier et à exprimer ce qu'ils ressentent face à cette situation afin de diminuer le stress. Des interventions pourraient être mises en place, afin de préparer, les parents ayant un grand risque de naissance prématuré, à cet environnement afin que celui-ci ne soit plus un monde inconnu.

#### **b. Limites**

La plupart des études utilisées ont été conduites avec des familles blanches de classe moyenne. L'influence culturelle n'est donc pas prise en considération.

Il serait intéressant de séparer les mères et les pères afin de visualiser clairement le cheminement de chacun durant cette période.

Nous ne possédons pas d'informations sur le lieu de ces études, celles-ci sont elles rattachées à une certaines zone géographique ou couvrent elles le monde entier ?

## **Fiche de lecture 6 :**

### **1. Références complètes de l'article**

Roberge, V. & Patenaude, H. (2009). *Place des parents à l'unité néonatale*. Perspective infirmière, novembre/décembre, 27-29.

Véronique Robergue est infirmière, réalisant un doctorat en science infirmières à l'université de Laval.

Hélène Patenaude est infirmière et professeure agrée à la faculté des sciences infirmières de l'université de Laval.

### **2. Objet de l'article**

Des recherches précédemment menées ont permises de mettre en avant qu'une naissance prématurée a un impact sur le processus d'attachement parents-enfants mais aussi sur le ressenti des parents dans leur rôle. La relation entre le parent et son enfant devient une relation triangulaire en néonatalogie. Le parent peut éprouver des difficultés à trouver sa place.

L'objectif de cet article est clairement exposé. Il a pour but de « cerner les interventions infirmières utiles visant à promouvoir la place des parents » (Roberge & Patenaude, 2009, p.28).

### **3. Méthodologie de la recherche**

Les auteures se basent sur la recherche-action et l'évaluation de la 4<sup>ème</sup> génération de Guba et Lincoln (1989). Elles souhaitent donc réaliser des analyses des situations puis les interpréter afin d'apporter des améliorations et donc ne pas recommencer les mêmes erreurs. L'échantillon non probabiliste était composé de 5 infirmières cliniciennes (entre 30 et 50 ans) et 4 parents d'enfants prématurés (3 mères et 1 père entre 28 et 42 ans). Les infirmières et parents ont été interviewés de manière individuelle avec des entretiens semi-dirigés. Avant cela, les infirmières avaient assisté à des séances sur les approches systémiques familiales. Les questions de l'entretien étaient orientées vers quatre thèmes : la connaissance de l'enfant, faciliter le développement de la relation d'attachement, renforcement des compétences parentales et la place du parent auprès de l'enfant.

Ces données de recherche étant collectées par entretien, on parle d'une recherche de type qualitative.

Cette recherche a été approuvée par le comité éthique d'un centre spécialisé du Québec.

#### 4. Présentation des résultats

Les résultats sont présentés sous forme de tableau :

INTERVENTIONS INFIRMIÈRES PERÇUES COMME UTILES PAR LES PARENTS ET LES INFIRMIÈRES		
Interventions infirmières utiles	Perception des parents	Perception des infirmières
Pour mieux connaître l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>Donner de l'information sur la façon de le toucher, de le prendre, de le placer, ainsi que sur les traitements et le plan de soins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les impliquer, les intégrer aux soins</li> <li>Enseigner à observer</li> <li>Recentrer l'attention des parents sur le bébé plutôt que sur les appareils</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inviter à participer aux soins</li> <li>Répondre aux questions</li> <li>Apprentissage autonome par observation</li> </ul>	
Pour faciliter le développement d'une relation d'attachement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser, permettre le contact, le toucher parent-enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser la présence physique</li> <li>Intégrer les parents aux soins</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter l'accès au bébé et la proximité</li> <li>Inviter à participer aux soins de l'enfant</li> </ul>	
Pour renforcer les compétences parentales	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Non demandé</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoriser les forces</li> <li>Encourager les parents à développer leur confiance</li> <li>Valider certaines informations</li> <li>Démystifier l'environnement et les sentiments éprouvés par les parents</li> </ul>
Pour prendre sa place auprès de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inviter à participer aux soins de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les impliquer, les intégrer aux soins</li> <li>Les valoriser, les encourager</li> <li>Communiquer, échanger de l'information</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre le temps d'enseigner les soins</li> <li>Proposer sans imposer</li> </ul>	

Ce tableau présente les résultats ayant émergés des entretiens en fonction des quatre thèmes prédéfinis et selon le point de vue des parents et des professionnels.

#### 5. Discussion

Ces entretiens ont mis en avant que parents et soignants s'accordent sur le fait que les parents ont un rôle à jouer dans les soins donnés à leur enfant. Cependant, l'étendue de cette place laissée aux parents n'est pas prédéfinie et dépend de deux facteurs :

-des parents, ceux-ci doivent être capable « physiquement » et « psychologiquement » de prodiguer des soins à leur nouveau-né. Pour cela, l'infirmière doit être à l'écoute des capacités parentales.

-des soignants, « l'infirmière doit vouloir partager cette place pour pouvoir inviter le parent à la prendre » (Roberge & Patenaude, 2009, p.29).

Cependant, selon les parents, les soignants ont un rôle à jouer pour permettre aux parents de se sentir plus à l'aise et donc de s'investir davantage. Les soignants

doivent informer les parents de ce qu'ils peuvent faire et comment le faire, leur proposer à plusieurs reprises de réaliser les soins en prenant le temps de leur enseigner et répondre aux questions des parents. Malgré que cela favoriserait l'intégration des parents dans les soins, cela demanderait du temps et de la disponibilité aux soignants (réponses aux questions, accompagner pendant le soin..), ce qui n'est pas toujours le cas sur le terrain.

Cette étude montre donc que les parents souhaitent s'investir dans les soins à leur nouveau né mais une invitation à le faire de la part des soignants est bien souvent nécessaire. Il est aussi important de respecter le rythme du parent et de lui « déléguer » que les soins pour lesquels il se sent à l'aise.

## **6. Apports et limites pour le travail de Bachelor**

### **a. Apports**

Le principal apport de cet article est la nécessité que les soignants invitent les parents à participer aux soins. Ceux-ci étant bien souvent dépassés par la situation. Ils n'osent pas s'imposer et ne savent bien souvent pas, comment s'y prendre face à ce tout petit. Il est donc important que l'infirmière prenne le temps de leur enseigner comment réaliser le soin ainsi que les moyens d'observations qui leurs permettent d'évaluer l'état de l'enfant durant ce soin. Cependant, le rythme des parents doit être respecté afin qu'ils ne se sentent pas dépassés, c'est à eux de juger les soins qu'ils souhaitent effectuer.

L'article permet aussi de confirmer une idée reçue, le matériel présent en néonatalogie est impressionnant et envahissant, ce qui ne facilite pas le rapprochement entre le parent et son enfant.

Enfin, bien qu'il y ait des différences entre le ressenti des parents et des soignants les idées principales sont les mêmes. Ceci montre donc que ces interventions permettraient aux soignants de réaliser des soins centrés sur la famille et aux parents de se sentir intégrés et donc à leur place dans les soins prodigués à leur enfant.

### **b. Limites**

Selon moi, il manque des informations concernant l'échantillon. Nous ne savons pas où se déroule l'étude, si les parents sont informés de l'étude et comment ils ont été informés. De plus nous n'avons aucune information sur les critères de sélections, la période de l'étude.

Cette étude a été acceptée par un comité d'éthique, cependant nous n'avons pas le nom de ce dernier. Il est donc difficile de croire en la fiabilité de cette étude.

Enfin, le nombre de participants est très restreint. On peut se demander quelle est la pertinence de ces résultats, ceux-ci sont-ils valables pour tous les parents ayant eu un enfant prématuré ?

## **Fiche de lecture 7 :**

### **1. Références complètes de l'article**

Shin, H & White-Traut, R. (2006). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 58 (1), 90-98.

Hyunjeong Shin est professeur en soins infirmiers, soins à la mère et à l'enfant, à l'université de l'Illinois, Chicago, Etats-Unis.

Rosemary White-Traut est professeure en soins infirmier, soins à la mère et à l'enfant à l'Université de l'Illinois, Chicago, Etats-Unis.

### **2. Objet de l'article**

La naissance d'un enfant est un moment particulier pour une femme, c'est le moment où elle devient mère. Cependant, on peut se demander comment peut-on, se sentir mère, d'un enfant dont la survie n'est pas assurée, suite à sa naissance prématurée ou à la maladie. Néanmoins, se reconnaître comme mère est le point de départ du lien entre la mère et son enfant.

De plus, des facteurs culturels peuvent influencer ce passage lors de l'hospitalisation de l'enfant.

Le but de cette étude est d'analyser le passage du statut de femme au statut de mère dans le cas d'une naissance nécessitant une hospitalisation en soins intensifs, néonatalogie.

(Shin & White-Traut, 2006, p.91, traduction libre)

### **3. Méthodologie de la recherche**

Cette étude a été menée en 3 temps. Tout d'abord, une phase théorique avec une revue de la littérature, une étude sur le terrain avec une récolte de données et une phase analytique.

Revue de la littérature :

Le but était de trouver les différences culturelles entre la littérature anglaise et coréenne. Pour cela, différentes bases de données et mots clés ont été utilisés. Au final, 38 études (21 anglaises, 17 coréennes), ont été sélectionnées entre 1990 et 2004.

Sur le terrain :

10 mères coréennes ayant leurs nouveau-nés en néonatalogie, soins intensifs ont participé à l'étude. Des entretiens semi-structurés. Pour cinq des participantes, il s'agissait de la naissance de leur premier enfant. Cette étude a été approuvée par l'hôpital et les participantes ont donné leur consentement oral.

Les entretiens ont été réalisés en trois temps : entre 3 à 10 jours post-partum, le lendemain de la sortie de néonatalogie, soins intensifs et 4 à 7 semaines après la sortie de néonatalogie, soins intensifs.

Phase analytique :

Des thèmes communs ont été recherchés pour les trois périodes d'entretiens. L'analyse de Rodger a été appliquée, les particularités critiques, les antécédents et les conséquences ont été identifiés.

#### **4. Présentation des résultats**

Revue de la littérature :

Suite à une naissance prématuré ou d'un enfant malade, la mère traverse plusieurs étapes afin d'arriver à l'acceptation. Une fois ce processus terminé, le lien se met en place mais il est, tout de même difficile de s'attacher car rien n'assure la survie de ce bébé. Il est, pour ces mères, difficile de ce sentir « mère de cet enfant là ».

L'environnement de l'unité, inconnu des parents, ne facilite pas le lien et donc pas l'attachement.

Naturellement, les mécanismes de défenses se mettent en place et selon les mères, cela diminuera le chagrin en cas de décès.

Le préjudice social prend une place importante, dans de nombreuses coutumes, un enfant né malade ne pourra pas se développer normalement, il sera toujours « à problème ». Cela peut être dur à porter pour une mère, voir la faire fuir et donc mettre en place des mécanismes pour ne pas s'attacher à cet enfant.

Il est difficile pour les mères de remplir leur rôle dans cet environnement. Car même si, elles sont inverties dans les soins, elles ne sont pas seules et leurs soins ne suffisent pas à la survie du bébé. Il est difficile, pour les mères, d'avoir confiance en leurs soins.

Déjà qu'il est difficile pour elles de se sentir mère, le fait de ne pas prendre soin à plein temps de leur petit, leur donne l'impression de ne pas le connaître, de ne pas savoir comment réagir. Elles ne se sentent pas compétentes et non donc, pas confiance en elles-mêmes.

(Shin, H & White-Traut, R., 2006, p.93, traduction libre).

## Sur le terrain :

### 1. Particularités critiques

Trois particularités ont été identifiées :

- Processus dépendant du temps

La transition au statut de mère n'est pas un phénomène statique et chaque mère va donner son propre sens au statut de mère. Ce mouvement passe par différentes étapes, ce qui peut prendre du temps. (Shin, H & White-Traut, R., 2006, p.93, traduction libre).

- Instabilité émotionnelle

Alors que lors d'une naissance « normale », la femme prend son rôle de mère avec joie et reçoit des félicitations, la mère dont le petit est hospitalisé commence son rôle de mère avec des sentiments ambivalents. Elles souhaitent que leurs enfants survivent et retrouvent la santé mais sont sous le choc de cette naissance. (Shin, H & White-Traut, R., 2006, p.94, traduction libre).

- Suivi à distance

Durant l'hospitalisation du bébé, la mère ne peut pas remplir son rôle à part entière. Les interactions avec ce dernier sont réduites ce qui handicape l'attachement entre la mère et l'enfant, qui est en construction. Les mères ne se sentent pas investi dans les soins à leur enfant. (Shin, H & White-Traut, R., 2006, p.94, traduction libre).

### 2. Antécédents

Les trois principaux facteurs influençant cette transition sont :

- Les mères n'ont pas été préparées à cette éventualité pour la naissance de leur enfant.
- Elles doivent prendre conscience de la situation. Elles deviennent les mères de ces enfants hospitalisés et non d'un enfant en bonne santé. Le sentiment maternel ne peut pas être présent tant qu'elles n'ont pas pris conscience de la situation.
- La séparation entre la mère et son enfant lors de son admission en soins intensifs, néonatalogie mène à une transition particulière, différente de celle suite à une naissance dite normale.

### 3. Conséquences

Les conséquences de l'hospitalisation en soins intensifs, néonatalogie sont :

- Les mères ont plus de difficultés à développer le sentiment maternel, cela prend plus de temps. Elles ne se sentent pas capable de donner les soins nécessaires à leurs enfants et établir le lien avec cet enfant est pour elles difficile.
- La culpabilité et l'anxiété reste présente. Elles prennent alors conscience de l'importance de la famille et de la vie. Ce développement personnel contribue au bien être de la mère et de l'enfant.

Plus de temps est donc nécessaire pour atteindre le but d'avoir une mère et un enfant en bonne santé. Les moments clés sont la sortie de l'incubateur, la sortie du service de soins intensifs, néonatalogie et le moment où l'enfant ressemble à un enfant « normal ». (Shin, H & White-Traut, R., 2006, p.94, traduction libre).

#### Analyse :

Après avoir confronté les résultats de la revue de la littérature et ceux récoltés sur le terrain, cinq facteurs, pouvant influencer le sentiment maternel ont été mis en avant.

- a) Sentiments négatifs : les femmes ont des représentations de la situation, qui ne sont pas forcément la réalité mais qui entraînent des sentiments négatifs ce qui ne facilite pas la transition vers le statut de mère. Une mère qui aura moins d'opportunité de contact avec son enfant, approuvera plus de sentiment négatifs face à la situation.
- b) Avenir incertain : il est difficile de s'attacher à un bébé pour lequel la survie n'est pas assurée. Inconsciemment, c'est un mécanisme de défense.
- c) Préjudice social : ces enfants sont vus comme potentiellement à problèmes plus tard et la mère se sent responsable d'avoir donnée la vie à un enfant malade. Dans certaines cultures, la naissance d'un enfant malade ou prématuré est signe de punition pour la mère.
- d) Manque de contact : les opportunités de contact avec l'enfant sont réduites dans cette unité. Il est, parfois difficile, pour ses mères de s'attacher à ce petit avec lequel elles n'ont que peu de contact.
- e) Environnement : les unités de soins intensifs, néonatalogie sont souvent des lieux inconnus et hostiles. Entre les alarmes, les lumières, la douleur..., il peut être difficile pour les mères de trouver leur place et donc de se sentir proche de leur enfant.

## **5. Discussion**

Les infirmières doivent veiller à soutenir les mères afin de faciliter cette transition.

Pour cela, les soignants doivent encourager les mères à remplir leur rôle auprès de leurs enfants durant l'hospitalisation. L'infirmière peut aussi stimuler les contacts entre la mère et l'enfant, ainsi que, soutenir les parents afin qu'ils participent aux soins.

Le contact régulier avec le bébé, peut éveiller le sentiment maternel ce qui développera l'attachement de la mère pour ce bébé.

La présentation de l'unité aux parents permet que, ceux-ci se sentent plus à l'aise dans cet environnement et qu'ils y trouvent plus facilement leur place.

Pour certaines cultures, les préjugés sociaux ont une place importante, ce qui ne facilite pas l'attachement. Il est donc important de mettre en avant les aspects positifs durant l'hospitalisation afin de diminuer les sentiments négatifs.

(Shin, H & White-Traut, R., 2006, p.96-97, traduction libre).

## **6. Apports et limites de la lecture par rapport au travail de Bachelor**

### **a. Apports**

Pour mon travail de Bachelor, cet article met en avant les points qui rendent difficiles la mise en place du sentiment maternel. Or, tant que la mère ne se sent pas mère, elle ne peut pas s'attacher au bébé. Il est donc important, que les soignants agissent sur les facteurs influençant le sentiment maternel afin que celui-ci s'installe le plus rapidement possible.

De plus, ces facteurs sont interdépendants, l'un peu accentué l'autre. Il serait donc nécessaire de mettre en place des actions pouvant intervenir sur tous les plans. Cependant, certains facteurs sont non modifiables et ne dépendent pas du corps médical.

Globalement, les mêmes résultats ont été retrouvés entre la revue de la littérature et l'enquête de terrain.

Les cinq facteurs qui influencent la transition sont :

- Sentiments négatifs
- Avenir incertain
- Préjugés sociaux
- Manque de contact
- L'environnement de l'unité

## **b. Limites**

La taille de l'échantillon ; en effet l'enquête de terrain n'a été effectuée qu'avec dix mères. Cela est-il représentatif, malgré que les résultats coïncident avec ceux récoltés dans la revue de la littérature ?

De plus, l'échantillon s'étend seulement sur un hôpital coréen, il est donc difficile de faire, de ces données, une théorie universelle.

Nous n'avons que peu d'informations sur les études utilisées pour la revue de la littérature, il est donc, là aussi, difficile de définir si cela est représentatif du monde entier.

## B. Modèle de la relation parents-enfant

# Modèle de la relation parents-enfant

