
LA COMPLEXITÉ DE LA TRIADE PARENTS – ENFANT – SOIGNANTS DANS UN SERVICE DE NÉONATOLOGIE

Mémoire de fin d'études réalisé en vue de l'obtention
du diplôme d'infirmière HES



Réalisé par : Estelle Claivaz

Sous la Direction de : Géraldine Marchand

Sion, Juillet 2007

RÉSUMÉ

La complexité de la triade parents – enfant – soignants dans un service de néonatalogie

Dans cette recherche, je me suis centrée sur la relation qu’entretient l’infirmière avec la maman et l’enfant et sur la mission qu’elle reçoit de favoriser le lien mère – enfant.

Pour répondre à ma question de départ, j’ai choisi d’interroger par des entretiens semi – directifs quatre infirmières expérimentées et quatre mamans qui venaient d’accoucher de grands prématurés.

Mon analyse repose sur les réponses obtenues auprès de ces huit personnes. Elle démontre que le personnel infirmier s’investit au maximum pour favoriser le lien d’attachement mère – enfant.

Mots clés : prématurité, attachement, parents, soignants, enfant, rôle infirmier, lien mère – enfant

Les opinions émises dans cette recherche n’engagent que leur auteure.

REMERCIEMENTS



Je tiens à remercier ici toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue lors de la réalisation de ce travail de recherche, plus particulièrement :

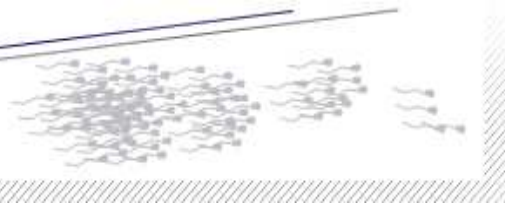
- Ma directrice de mémoire Mme Géraldine Marchand qui m'a dirigée et encouragée tout au long de mon travail.
 - M. Emmanuel Solioz qui a servi de guide pour le cheminement du travail.
 - Les mamans ainsi que les infirmières qui ont accepté de participer aux entretiens.
 - Les professionnels du CHUV qui m'ont aidée dans les démarches pour la réalisation des entretiens.
 - Les personnes qui ont eu la patience et la gentillesse de lire mon travail afin d'en corriger les éventuelles fautes... d'orthographe !
 - M. Grégoire Berclaz, conseiller informatique.
 - Ma famille qui m'a soutenue et qui a eu la patience de lire et de commenter mon travail de mémoire.
-

T ABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	3
1.1. Présentation du sujet	3
1.2. Motivations.....	4
1.2.1. Personnelles	4
1.2.2. Socio – professionnelles.....	5
1.3. Objectif.....	6
2. PROBLÉMATIQUE	7
2.1. Description de la problématique.....	7
2.2. Revue de la littérature	9
2.3. Question de recherche.....	10
3. CADRES DE RÉFÉRENCE.....	11
3.1. Prématurité	11
3.1.1. Définition	11
3.1.2. Incidence.....	13
3.1.3. Les principales pathologies liées à la prématurité.....	13
3.1.4. Règles spécifiques au service de néonatalogie du CHUV	15
3.2. Concept d'angoisse – anxiété	16
3.3. Concept d'attachement	19
3.3.1. Définition du concept.....	19
3.3.2. Détermination des attributs.....	23
3.3.3. Les antécédents de l'attachement	25
3.4. Concept de crise	26
3.5. Concept de culpabilité.....	29
3.6. Rôle infirmier.....	31
3.6.1. Définition	31
3.6.2. Compétences	31
3.6.3. Le rôle	32
3.6.4. Rôle infirmier spécifique en néonatalogie	32
4. HYPOTHÈSES	36

5. MÉTHODOLOGIE.....	38
5.1. Approche de recherche.....	38
5.2. Méthode d'investigation ou de recherche.....	38
5.3. Type et taille de l'échantillon	39
5.4. Construction de la grille d'entretien.....	39
5.5. Déroulement des entretiens	40
5.6. Principes éthiques et protection des données.....	41
6. ANALYSE DES DONNÉES.....	43
6.1. Portraits.....	44
6.2. Démarche préparatoire à l'analyse	45
6.3. Présentation synthétique des thèmes abordés	45
6.4. Analyse	48
6.4.1. L'attachement.....	48
6.4.2. La place des mamans	65
6.4.3. La présence des parents	72
6.4.4. Le rôle et les limites de l'infirmière.....	81
7. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES	92
8. SYNTHÈSE	97
8.1. Résumé.....	97
8.2. Réponse à la question de départ	98
9. DISCUSSION.....	103
9.1. Validité de la recherche.....	103
9.2. Limites de la recherche	104
9.3. Pour aller plus loin.....	105
10. CONCLUSION	107
10.1. Bilan technique	107
10.2. Bilan professionnel.....	108
10.3. Bilan personnel	109
11. BIBLIOGRAPHIE.....	111
12. CYBEROGRAPHIE	114
13. ANNEXES	116

1. INTRODUCTION



Dans cette introduction, je présente le sujet ainsi que mes motivations personnelles et socio-professionnelles. En fin de chapitre j'expose l'objectif de ce travail de mémoire.

1.1. Présentation du sujet

Mon travail de mémoire de fin d'études porte sur la problématique de la néonatalogie. La prise en charge infirmière¹ ainsi que les préoccupations des mamans² ne sont pas les mêmes pour les très grands prématurés, les grands prématurés ou les prématurés d'âge plus avancé. Je ciblerai par conséquent mes recherches sur les grands prématurés, nés entre 28 et 32 semaines.

Chaque bébé qui naît est bien évidemment un être en soi, un être unique qui est le fruit de l'union de deux personnes dont il hérite les gènes. Chacun de ces bébés possède donc sa propre histoire et perpétue un peu de l'histoire de l'humanité. Le bébé qui naît crée déjà bien avant sa naissance un nouvel état psychologique auprès de sa future famille. Une nouvelle naissance implique également, dans la plupart des cas, toute une démarche organisationnelle.

Dans la mesure où cette naissance est prématurée, les répercussions qu'elle induit sont plus importantes et mobilisent plus encore l'attention des futurs parents, du futur entourage. L'idée reçue que se faisaient les parents de la période de grossesse est fortement modifiée, voire perturbée. Des questions et des inquiétudes supplémentaires voient le jour.

Face à un événement somme toute violent, les parents verront leur mode de vie bouleversé. La naissance d'un prématuré ne correspond bien sûr pas au scénario habituel. Elle est source de déstabilisation, d'angoisse parfois, et bien souvent, face à une telle situation, les parents ne savent plus très bien

¹ Les dénominations sont valables tant pour le personnel infirmier féminin que masculin.

² Tout au long du mémoire, le terme « maman » vaut généralement pour les deux parents.

comment réagir et perdent ainsi leur faculté spontanée.

Dans ce travail, je m'attacherai à étudier les relations particulières qui existent entre les nouveaux-nés, les parents et le personnel soignant.

Mon approche de recherche sera l'entrevue de personne à personne. Cette méthode descriptive sera le meilleur moyen de recueillir des informations détaillées et personnalisées sur les comportements, les opinions et les attitudes des individus.

1.2. Motivations

1.2.1. Personnelles

Parfois, certaines mamans ne viennent pas trouver leur enfant tous les jours et c'est l'infirmière qui assume leur rôle la journée et la nuit. Cela m'a particulièrement interpellée et surprise en tant qu'étudiante. Comment se fait-il que des mamans ne viennent pas voir leur propre enfant tous les jours ? Je me demande, par conséquent, dans quelle mesure l'infirmière peut pallier le rôle de la mère et si elle connaît les limites à ne pas franchir. En d'autres termes, jusqu'où une infirmière peut-elle s'investir dans sa relation privilégiée avec ces bébés ? L'infirmière sait-elle où elle doit se situer par rapport à l'enfant afin de ne pas prendre la place de la mère ?

Ce sujet m'intéresse vivement depuis mon troisième stage effectué dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sion. Au cours de celui-ci j'ai eu la possibilité de travailler quelques jours dans le service de néonatalogie. Ce secteur de la pédiatrie m'a beaucoup plu et a particulièrement éveillé mon intérêt. Cette période que vivent les intéressés, parents, enfants, proches, personnel soignant me paraît très complexe car des éléments aussi bien physiques que psychologiques interviennent et interfèrent et ce certainement d'une façon plus intense que dans d'autres situations que l'on retrouve dans le domaine hospitalier.

Dans un service de néonatalogie, le rôle des infirmières est très important tant avec les bébés qu'avec les mamans. Il est parfois difficile pour celles-ci de devoir laisser leur enfant à l'hôpital. L'infirmière a un rôle psychologique

important à jouer à ce niveau. En ce qui concerne les prématurés, c'est l'infirmière qui s'en occupe la plus grande partie de la journée, qui les nourrit, leur fait les soins d'hygiène et qui pratique les soins selon les ordres médicaux.

Une naissance prématurée est particulièrement difficile à gérer. L'équipe soignante devrait être une ressource pour accompagner les parents et leur faire part de ses connaissances. Les parents attendent des soignants de nombreux renseignements que l'on ne pense pas forcément à donner.

Un nouveau-né, et d'autant plus un prématuré, a besoin non seulement de bons soins provenant de la part des soignants, mais aussi de sa mère afin de créer un lien physique et affectif (attachement). L'accouchement est vécu différemment d'une femme à l'autre. Il peut être vécu comme une joie, mais aussi comme une perte, une sensation de vide. L'équipe soignante doit être à l'écoute des besoins de la mère afin de l'aider, de la diriger au mieux.

Ce thème relate de la relation qu'une infirmière peut avoir tant avec la mère qu'avec l'enfant.

1.2.2. Socio – professionnelles

Au fil de mes années de formation et des stages que j'ai effectués dans différents milieux de soins, j'ai pu constater que le rôle de l'infirmière n'est pas seulement technique. En effet, l'infirmière doit aussi faire preuve d'écoute et d'empathie envers les patients. Elle doit être présente pour les aider et les soutenir à tous les niveaux.

Le travail des infirmières dans les services de néonatalogie requiert des qualités et des compétences plus spécifiques que dans d'autres domaines. Elles travaillent non seulement avec les prématurés, mais également avec les parents, surtout la maman et parfois la famille plus élargie. L'infirmière doit faire preuve de talents techniques et de plus savoir gérer des situations difficiles à vivre pour certaines mamans. Elle a donc un rôle psychologique important à jouer et ceci toujours dans des situations familiales différentes.

On nous enseigne, depuis le début de notre formation, à ne pas s'impliquer personnellement dans les histoires de vie des patients et ici en l'occurrence des prématurés et de leurs familles. Il peut être parfois difficile pour une infirmière

de reconnaître ses limites et de ne pas prendre « trop sur soi », ni de se laisser déborder par ses émotions ou de trop s'impliquer affectivement.

Je me suis rendue compte, lors d'un stage d'observation de deux semaines dans le service de néonatalogie (soins intensifs) du CHUV, que d'un point de vue architectural les parents n'ont pas leur place dans le service. Les chambres sont composées de quatre ou cinq lits et il n'y a donc pas d'intimité possible. Un réaménagement de ce service donnant aux parents la possibilité de se retrouver seuls avec leur enfant leur permettrait de se sentir plus à l'aise.

Il y a une volonté de bien faire du côté des soignants pour favoriser cette intimité et la relation qui doit se créer entre le nouveau-né et ses parents, mais la configuration des lieux n'offre pas les conditions optimales. Pour tendre à cet idéal, il y aurait bien évidemment des moyens financiers, qui peut-être font défaut, à engager.

Grâce à la réalisation de ce mémoire, je pourrai développer certaines compétences en lien avec celui-ci et plus particulièrement la compétence numéro 5 du référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers³, à savoir « *Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires* ». Je développerai cette compétence en proposant un projet de recherche prioritairement issu d'une problématique du terrain, tout en respectant les principes éthiques liés à celle-ci. J'utiliserai des méthodes d'investigation adaptées à ma problématique.

1.3. Objectif

En réalisant ce mémoire, je souhaite découvrir le maximum d'éléments propres à la relation qui se noue entre les parents, les infirmières et le bébé. A partir des éléments de réponses auxquels j'aboutirai, je pourrai identifier le rôle que joue l'infirmière dans ce contexte.

³ HAUTE ÉCOLE SANTÉ – SOCIAL VALAIS. *Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers*. In : Dossier de l'étudiant(e). Sion, 2003.

2. PROBLÉMATIQUE



Dans ce chapitre je décris la problématique de ce travail ainsi que la revue de la littérature et pose finalement ma question de recherche.

2.1. Description de la problématique

Une grossesse est faite pour durer neuf mois et la future maman a bien ancré cette notion dans son esprit. Dès l'annonce de la grossesse, la femme va vivre « un calendrier à la main » pour organiser son déroulement au mieux. Tout évènement contraire qui intervient durant la grossesse a certainement une incidence forte sur l'état d'esprit de la mère. Elle attend donc d'accoucher de l'enfant idéal, celui dont elle a toujours rêvé. Or, cet enfant parfait ne peut pas naître plus tôt, ne peut pas venir tout bouleverser et de plus, comme cela peut être le cas, se trouver en danger de mort.

Une telle situation, aussi déstabilisante et inattendue, peut créer un sentiment d'angoisse plus ou moins fort chez les parents. Le stress supplémentaire que véhicule ce type d'évènement peut ainsi fragiliser des personnes déjà perturbées. Il importe donc qu'une aide efficace, mais discrète et bien proportionnée, soit apportée par l'entourage médical, notamment par l'infirmière. Celle-ci ne devra pas s'impliquer au-delà d'un certain point sous peine de se substituer aux parents et par conséquent de les déresponsabiliser face aux exigences requises par rapport à ce type de naissance. *« L'ambivalence des parents, leur souffrance dues à cette naissance prématurée provoquent en eux des mouvements inconscients, qu'ils projettent sur l'équipe. Une trop grande proximité de certains membres de l'équipe avec la famille risque de nuire au rapprochement de celle-ci avec le bébé, et à une meilleure découverte du bébé par ses parents, tous occupés à entretenir des*

relations proches entre adultes. »⁴.

Dans un service de maternité, le bébé se trouve auprès de sa mère et le processus d'attachement peut ainsi se mettre en route immédiatement. Des liens d'attachement entre un bébé et sa maman se créent d'office, dans la plupart des cas, après quelques jours. Lors d'un accouchement prématuré, les mamans sont directement séparées de leur enfant afin que celui-ci puisse être pris en charge dans des conditions optimales. Dans un service de néonatalogie, les prématurés sont sous couveuse et ne sont donc pas présents auprès de leur mère. Tout un appareillage indispensable à la survie du bébé gêne le contact direct entre ce dernier et ses parents. De plus, c'est le personnel soignant qui va répondre aux besoins de l'enfant. Tous ces éléments peuvent interférer dans la relation mère – enfant et ainsi perturber le lien d'attachement qui devrait normalement se créer.

Le service de néonatalogie du CHUV comprend 18 lits pour les soins intensifs et 8 lits pour les soins standard. L'hospitalisation des nouveaux-nés dure de 24 heures à 90 jours pour une moyenne de 17 jours. Ce service accueille des bébés nés avant 37 semaines de gestation ainsi que des nouveaux-nés à terme dont la santé nécessite des soins particuliers. Chaque année, quelque 500 bébés à haut risque sont accueillis ; ils proviennent des cantons de Vaud, Neuchâtel, Fribourg et du Valais.

Un tel service est doté de matériel et de machines très spécifiques comme des incubateurs, des tables chauffantes, des lampes à photothérapie, des moniteurs cardiorespiratoires, des pompes à soluté, des pompes à gavage, des assistances respiratoires, etc... Il y a également les alarmes des moniteurs qui résonnent continuellement jour et nuit.

Tout ceci est nouveau pour les parents et peut être effrayant. J'ai pu constater lors de mon stage que lorsque les mères sont auprès de leur bébé, elles regardent sans arrêt les écrans des moniteurs pour vérifier si tout se passe bien. Inconsciemment tous ces appareils génèrent une certaine inquiétude, voire angoisse.

⁴ DRUON, Catherine. *A l'écoute du bébé prématuré – Une vie aux portes de la vie*. Aubier, 1996, page 68



Source : élaboration personnelle, novembre 2006.

2.2. Revue de la littérature

Lors de mes recherches bibliographiques, j'ai lu plusieurs livres et articles concernant la néonatalogie. La plupart parlaient de l'attachement qui existe entre la mère et l'enfant, mais également de tout l'aspect de la prématurité du point de vue technique.

Catherine Druon a dit, dans son livre « A l'écoute du bébé prématuré », que si l'équipe était trop proche de la famille, cela risquait de nuire au rapprochement de celle-ci avec le bébé et donc à une meilleure découverte du bébé par ses parents. Elle a également avancé que si une bonne distance est maintenue, les parents conservent leur confiance en l'équipe. « *Ce qui frappe dans un service de médecine néonatale, comme sans doute dans tous les services où la vie est en jeu presque chaque jour, c'est l'interdépendance des uns et des autres et la nécessité que chacun, à sa place, joue le rôle qui lui est décerné, avec le sens*

de sa responsabilité vis-à-vis de l'autre. »⁵. L'expérience a montré que lorsqu'il y a confusion des rôles, les effets sont tout de suite ressentis chez l'enfant et ses parents et l'efficacité s'en trouve diminuée.

Geneviève Binet a travaillé dans un service de néonatalogie et a pu remarquer que les parents ont des avis très partagés quant à l'implication relationnelle de l'infirmière envers leur enfant. Certains pensent que les infirmières en font trop, d'autres pas assez, qu'elles sont trop chaleureuses ou pas assez, trop attentionnées ou pas.

Toutes ces lectures m'ont permis d'avancer dans la réflexion de mon thème de mémoire et m'ont aidé à poser ma question de recherche.

2.3. Question de recherche

« Comment l'infirmière peut-elle favoriser le lien mère – enfant grand prématuré au travers de son implication dans leur relation et ce tant au niveau technique qu'affectif ? »

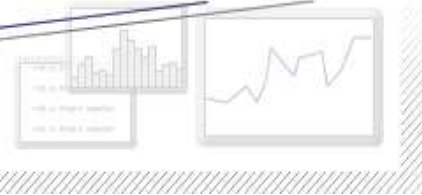


Source : Anne Geddes⁶

⁵ *ibid.*, page 145

⁶ Geddes, Anne. *Galleries* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.annegeddes.com/home/galleries/privateCollection/privateCollection2.aspx> (Page consultée le 23 avril 2007)

3. CADRES DE RÉFÉRENCE



Pour traiter ce sujet je dois me baser sur des cadres de référence théoriques préexistants qui me serviront par la suite à analyser mon travail. Les concepts consistent en des représentations mentales qu'il faut organiser pour pouvoir cerner leur présence dans la réalité et ainsi comprendre un phénomène.

3.1. Prématurité

3.1.1. Définition

On appelle enfant prématuré tout enfant né avant 37 semaines d'aménorrhée. On distingue 3 catégories de prématurés. Plus le terme de naissance est proche du terme prévu, moins le bébé aura de difficultés.⁷

- Nés avant la 28^{ème} semaine : très grands prématurés ou prématurissimes.

Toutes les fonctions vitales du très grand prématuré sont formées, mais ne sont pas autonomes. Il ne peut pas respirer ou manger seul. Il ne sait pas non plus gérer sa température corporelle, il est très sensible aux microbes et ses organes ont des difficultés à fonctionner correctement. Le plus grand risque concerne le développement de son cerveau.

Le bébé est pris en charge par un service de réanimation néonatale.

- Entre 28 et 32 semaines : grands prématurés.

A ce stade, les difficultés respiratoires sont présentes, mais nettement moins préoccupantes. Le bébé n'est pas capable de manger seul (les réflexes de succion et de déglutition ne seront coordonnés que vers 7 mois et demi de grossesse). Il a besoin d'une grande surveillance. Le principal risque est la constitution de séquelles cérébrales.

⁷ Bébés plumes. *Qu'est-ce que la prématurité ?* [En ligne]. Adresse URL : http://www.bebesplumes.fr/rubriques/moi_bebe/cote_bebe/definition_prematurite.php (Page consultée le 14 octobre 2006)

Selon ses besoins respiratoires, il est pris en charge par une unité de réanimation néonatale ou un service de soins intensifs.

- De 32 à 37 semaines : prématurés qui en règle générale présentent moins de difficultés du fait de leur âge plus avancé.

A ce stade, le bébé est généralement capable de respirer sans assistance. Cependant, comme certains bébés nés à terme, il se peut qu'il ait une détresse respiratoire à la naissance. Dans ce cas, il recevra les soins adaptés à ses besoins respiratoires.

Même en l'absence de problèmes respiratoires, il sera hospitalisé car il n'est pas encore bien gros et il faut qu'il soit capable de s'alimenter seul.

Le bébé est pris en charge dans un service de soins néonataux.

En ce qui concerne la relation mère – enfant, celle-ci doit être appréciée différemment en fonction du niveau de prématurité du nouveau-né. Les conditions psychologiques, physiques et techniques ne sont en effet pas les mêmes pour un prématuré né à 28 semaines et qui pèse 900 grammes par exemple, que pour un prématuré né à 36 semaines et qui lui pèse 3'000 grammes par exemple.

Plus l'accouchement a lieu tôt, plus le choc psychologique est important pour la maman, la taille du nourrisson s'avérant « choquante ». La prise en charge de tels bébés est bien évidemment plus complexe et la relation mère – enfant beaucoup plus difficile à établir vu les contingences techniques qui en découlent.



Source : Site Novorodenec⁸

⁸ Site Novorodenec [En ligne]. Adresse URL : <http://www.novorodenec.sk/page.php?sekcia=clanky&id=53> (Page consultée le 7 juillet 2007)

3.1.2. Incidence

D'après l'Office fédéral de la statistique⁹, 9 % des naissances en Suisse sont prématurées.

3.1.3. Les principales pathologies liées à la prématurité¹⁰

Dans les cas de pré-natalité, la durée joue un rôle très important. En effet, plus l'enfant naîtra vite, plus les problèmes causés seront importants et plus l'accompagnement des parents devra être cadré. Ci-après voici décrites les principales pathologies liées à la prématurité.

– **Défaillance respiratoire**

Elle est liée à un défaut de maturité des poumons : Maladie des Membranes Hyalines (MMH). Les poumons ne sont pas assez élastiques et ne parviennent pas à se déplisser suffisamment pour faire parvenir l'oxygène dans le sang. Cependant, sans oxygène, les organes sont en souffrance, dont le plus fragile le cerveau, qui ne peut pas survivre plus de quelques minutes en l'absence complète d'oxygène. Il faut donc installer les bébés sous assistance respiratoire.

Le fait pour la maman de constater que son enfant n'arrive pas à respirer seul peut être très angoissant. La vie du nourrisson est en danger et cela se voit du fait de l'assistance respiratoire utilisée. A ce moment, le rôle de l'infirmière est d'objectiver la situation en confirmant d'une part à la maman la difficulté de la situation et en lui expliquant d'autre part les chances réelles d'évolution positive du développement de l'enfant. En effet, les moyens techniques performants utilisés au niveau de l'alimentation des poumons en oxygène offrent de réelles chances au nouveau-né.

⁹ Confédération Suisse, Office fédéral de la statistique. *Santé des nouveau-nés : nombreuses naissances prématurées* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14.html> (Page consultée le 3 juillet 2007)

¹⁰ Dr Rault, Ph. *Menace d'accouchement prématuré* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.adrenaline112.org/urgences/DUrg/DGyne/MAP.html> (Page consultée le 2 octobre 2006)
Dr Le Page, Cécile. *Des prématurés toujours plus nombreux* [En ligne].
Adresse URL : <http://jumeaux76.free.fr/files/multiple-prematurite.pdf> (Page consultée le 14 octobre 2006)

– **Infections**

Il s'agit de respecter des mesures d'hygiène strictes afin de prévenir la survenue de complications chez ces enfants sans défense contre beaucoup de germes.

Avant d'entrer dans le service de néonatalogie, il s'agit pour les visites de relever les manches, d'enlever les bagues, montres et bracelets, de se laver les mains et les avant bras avec un savon antiseptique et aussi de les désinfecter avec du Stérilium par exemple. Toutes ces mesures de précaution pourraient laisser croire aux parents que leur enfant souffre de déficiences graves au niveau de l'immunité et qu'il présente ainsi un degré de faiblesse élevé. Il y a lieu ici pour l'infirmière une fois de plus de rassurer les personnes concernées. Elle leur expliquera qu'en fonction de la situation de prématurité l'enfant doit simplement être plus protégé contre les infections extérieures, mais qu'au fur et à mesure de son développement il se renforcera pour arriver finalement à un degré de résistance normale.

– **Hypothermie**

Elle est liée à la minceur du panicule adipeux et aux pertes par convection, radiation et évaporation. L'enfant doit être mis sous couveuse.

Si une telle situation est familière pour les infirmières, elle constituera une barrière physique, puis psychologique pour la mère. Les couveuses constituent en effet une barrière entre la maman et l'enfant et de ce fait leur relation ne peut pas être totale.

– **Ictère ou jaunisse**

Pratiquement constant. Nécessite de la simple photothérapie (sous une lampe) à des traitements médicamenteux, voire une épuration du sang. Si l'ictère n'est pas traité, les conséquences neurologiques sont graves.

L'ictère correspond à une coloration jaune des téguments (peau et muqueuses) ; cette coloration est donc visible pour les parents ce qui peut par conséquent être difficile à supporter. De plus, le traitement par photothérapie peut aussi les perturber, le bébé étant juste muni d'une couche et de lunettes en tissu afin de protéger ses yeux lorsqu'il est sous la

lampe.

Dans tous les cas cités ci-dessus, les parents se retrouveront en situation d'inquiétude voire d'angoisse et se soucieront des capacités de leur bébé à résister et à surmonter les problèmes évoqués. A chaque fois, l'infirmière aura à expliquer objectivement la situation sans cacher le degré de gravité de celle-ci. Elle présentera aussi les chances réelles d'amélioration et de développement positif de l'enfant grâce à une prise en charge professionnelle et aux moyens techniques performants à disposition pour tout type de situation.

– **Complications hémorragiques**

Elles sont dues à la fragilité des capillaires et à certains problèmes de coagulation. Les principaux risques hémorragiques sont d'ordre cérébral et d'ordre pulmonaire.

– **Complications neurologiques**

Une hémorragie intra-ventriculaire peut être responsable d'une hydrocéphalie post-hémorragique. Une leucomalacie périventriculaire (nécrose de la substance blanche) peut évoluer vers une infirmité motrice cérébrale.

Ces deux derniers cas ne sont pas observables par les parents et ne génèrent par conséquent aucun stress pour eux. L'infirmière par contre peut être stressée du fait qu'elle est consciente des nombreux risques ou complications auxquels sont exposés les prématurés. De plus, dans ce service, les alarmes sonnent à longueur de journée et il y a beaucoup de surveillances à effectuer chez le nouveau-né.

3.1.4. Règles spécifiques au service de néonatalogie du CHUV¹¹

J'ai choisi de présenter les règles spécifiques au service de néonatalogie du CHUV car c'est à cet endroit que j'ai effectué mon stage d'observation et l'enquête nécessaire à mon travail. Ce service est également réputé dans ce domaine et de nombreuses personnes très expérimentées y travaillent.

¹¹ Soins infirmiers HOSPICES – CHUV. Département médico-chirurgical de pédiatrie. *Néonatalogie* [En ligne]. Adresse URL : http://www.chuv.ch/dsi/dsi_home/dsi_dep_ped/dsi_dep_ped_neonat.htm (Page consultée le 15 octobre 2006)

Dans un tel service, trois missions sont essentielles :

- Assurer le maintien des fonctions vitales ou compenser ses défaillances.
- Prévenir et dépister les handicaps liés aux pathologies néonatales.
- Promouvoir et développer l'autonomie des parents dans la prise en charge de leur bébé et la réponse à ses besoins.

Les soins sont centrés sur la personnalisation et le développement de l'enfant. L'implication des parents en tant que partenaires tout au long de l'hospitalisation est également essentielle.

3.2. Concept d'angoisse – anxiété¹²

J'ai estimé intéressant de développer ce concept d'angoisse – anxiété car une naissance prématurée génère assurément ce type de sentiments chez une maman. Il est donc important d'approcher ce thème et de l'approfondir quelque peu afin de pouvoir, en tant qu'infirmière, aider les mamans à gérer ce genre d'émotions.

Selon le dictionnaire des termes de médecine, les termes d'angoisse et d'anxiété sont définis comme suit :

Angoisse : « Sensation de resserrement à la région épigastrique avec striction respiratoire et cardiaque, malaise général, constriction céphalique, accélération de la respiration et du pouls. Ces réactions neurovégétatives accompagnent les formes sévères d'anxiété. »¹³

Anxiété : « Sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement devant ce danger. Dans les formes sévères, les réactions neurovégétatives caractéristiques de l'angoisse s'y ajoutent (v. angoisse). »¹⁴

¹² CHALIFOUR, Jacques. *La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique, humaniste*. Montréal : Gaétan Morin, 1989. pp. 77 – 90

¹³ DELAMARE, Jacques. *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris : Maloine, 2002. 1001 p.

¹⁴ *ibid.*

L'angoisse est une manifestation élevée d'anxiété et elle traduit en particulier les dimensions psychologiques de cette émotion tandis que l'anxiété désigne plutôt les manifestations physiologiques.

La personne vit un sentiment plus ou moins diffus de tension qui s'exprime sous forme d'anxiété lorsque se présente une situation de conflit, de menace ou de frustration qui empêche la satisfaction d'un besoin ou la réalisation d'un but. Cette émotion est vécue par tout être humain.

Dans les cas de prématurité, la maman ne mène pas à terme sa grossesse, ce qui peut créer chez elle un sentiment de frustration. De plus, cette naissance précoce représente une menace pour la vie de son enfant, ce qui engendre chez la maman un sentiment de profonde inquiétude. Elle se posera bien évidemment de nombreuses questions quant au bien-être de son enfant et laissera transparaître son anxiété au travers de différentes attitudes. L'infirmière pourra les interpréter et ainsi apporter les réponses les plus appropriées.

Je vais citer quelques manifestations physiologiques, intellectuelles, émotives, sociales et spirituelles qu'une infirmière peut reconnaître en observant une maman anxieuse. Toutes ces manifestations sont bien entendu particulières à chaque individu.

Manifestations physiologiques : pâleur, sudation, longs soupirs, voix incertaine, visage crispé, peau et extrémités froides et humides,...

Manifestations intellectuelles : difficulté d'apprendre, attention accordée à des détails, difficulté à trouver les mots pour s'exprimer, difficulté de percevoir une situation d'ensemble, présence de pensées irréalistes,...

Manifestations émotives : culpabilité, honte, tristesse, agressivité.

Manifestations sociales : demande de l'attention sous diverses formes, manifeste de l'intolérance à l'égard de son entourage, blâme facilement les autres, manifeste de l'insécurité dans des décisions à prendre,...

Manifestations spirituelles : difficulté à donner et recevoir de l'affection, sentiment de retrait, incertitude face à ses choix, peur de l'échec, appréhension pour le futur,...

Le comportement d'anxiété est très complexe, personnel et varié. Les symptômes peuvent fréquemment ressembler à d'autres et alors être mal interprétés.¹⁵

Le fait, pour les parents, de devoir se séparer de leur enfant de suite après sa naissance représente un choc émotionnel. « *Tout ce qui vient entraver la proximité entre parents et bébés est dangereux pour l'avenir de la relation avec le bébé.* »¹⁶ Dans les cas normaux, ils peuvent établir immédiatement une relation avec leur enfant. Dans le cas d'un prématuré, l'on pourrait considérer que l'enfant est soustrait à ses parents, ce qui, sous une certaine forme, pourrait être assimilé à un « enlèvement », même si ceux-ci savent pertinemment que la situation ne durera pas et qu'elle est indispensable pour que l'enfant puisse survivre. Cette situation de séparation crée un fort sentiment d'inquiétude, voire d'anxiété. A ce stade, l'infirmière doit assurer avec empathie, mais avec objectivité aussi un rôle d'information au sujet de l'état du nouveau-né. « *Après l'accouchement, le nouveau-né est rapidement emporté dans le service des prématurés. Les parents n'ont pu jeter qu'un rapide coup d'œil à l'enfant et n'ont pas eu la possibilité de se rassurer de son état. [...] Les parents, ne pouvant établir qu'une relation physique limitée avec leur enfant, ne peuvent soulager leur anxiété.* »¹⁷



Source : Vestische Kinder – und Jugendklinik Datteln¹⁸

¹⁵ ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation*. Paris : Lamarre, 1986, page 294

¹⁶ DRUON, Catherine. op. cit., page 69

¹⁷ AGUILERA, Donna C. *Intervention en situation de crise – Théorie et méthodologie*. InterEditions, Paris, 1995, page 91

¹⁸ Vestische Kinder – und Jugendklinik Datteln. *Neonatalogie und Intensivmedizin* [En ligne]. Adresse URL : http://www.kinderklinik-datteln.de/leist_neo.htm (Page consultée le 9 juillet 2007)

3.3. Concept d'attachement

Le concept d'attachement est le thème principal de ce travail de mémoire. Ce qui se fait à ce niveau naturellement pour les naissances normales, pose dans les cas de prématurité des problèmes spécifiques vu la prise en charge thérapeutique du nouveau-né et les obstacles aussi bien physiques que psychologiques que cela implique au niveau de la relation entre celui-ci et sa mère. Aussi me paraît-il essentiel d'approfondir le plus possible ce concept.

3.3.1. Définition du concept

Au cours des années cinquante, l'attachement mère – enfant devient un concept d'intérêt scientifique. Il devient également l'origine de l'étude scientifique du comportement des animaux dans leur milieu naturel, de la psychanalyse et des études sur les réactions relatives à la séparation maternelle.

En 1935, K. Lorenz, célèbre éthologiste, démontre que l'attachement peut aussi se déclencher autrement qu'avec la propre mère d'un jeune animal. Son étude sur les oiseaux nidifuges relève en effet qu'un jeune poussin peut très bien se développer avec un adulte d'une autre espèce, voire avec un humain. C'est dans ses travaux sur « l'empreinte » que K. Lorenz arrive à cette constatation.¹⁹

En 1957, H. F. Harlow constate que l'attachement ne se confond pas uniquement avec les besoins alimentaires. Il démontre en effet que les bébés singes par exemple ont un besoin de rapprochement qui va au-delà. En restant cramponnés à leur mère un contact corporel se crée ce qui joue un rôle essentiel dans l'attachement.²⁰

Le premier à proposer une théorie de l'attachement selon laquelle la formation d'une relation affective stable et durable avec l'enfant est une composante essentielle à son développement est Bowlby (1969), un psychanalyste anglais.

¹⁹ MONTAGNER, Hubert. STEVENS, Yves. *L'attachement, des liens pour grandir plus libre*. L'Harmattan, Paris, 2003, page 37

²⁰ *ibid.*, pp. 38 - 39

En s'inspirant des études faites par K. Lorenz et H. F. Harlow, Bowlby a vu dans l'attachement « *un besoin de proximité primaire, distinct de la libido et non secondaire à la relation de nourrissage* »²¹. Selon lui, l'attachement est un lien puissant qui unit deux personnes. Par des comportements comme les pleurs, les sourires et les vocalises, l'enfant possède dès sa naissance l'aptitude de s'assurer la proximité de l'adulte. Ces comportements innés d'attachement que le bébé possède à sa naissance ont pour fonction, selon lui, de réduire la distance et d'établir la proximité et le contact avec la mère²². Il dit aussi que les modes de relations avec les parents sont intériorisés et s'organisent en « modèles opératoires internes » du soi. Par conséquent, si la figure d'attachement rejette souvent les demandes de réconfort ou répond avec inconsistance aux besoins de l'enfant, ce dernier peut en venir à imaginer le parent comme naturellement rejetant. Cette intériorisation du modèle parental jette les bases en ce qui concerne les relations futures. La caractéristique la plus fortement associée au développement d'une relation sécurisée entre la mère et son enfant est sûrement la sensibilité maternelle.²³

Pour que la maman puisse consacrer du temps à son bébé, qu'elle apprenne à le connaître, qu'elle le prenne dans ses bras, qu'elle lui prodigue des soins et qu'elle puisse être attentive à son bien-être, il est nécessaire que le personnel soignant lui accorde une liberté de manœuvre suffisante. Le rapprochement pourra ainsi être optimum.

« *Bowlby considère les liens familiaux comme les liens les plus forts, et le lien entre l'enfant et sa mère comme la clef des relations émotives de toute sa vie* »²⁴ ... c'est pourquoi la présence de la mère est importante dans un service. Aujourd'hui, les parents sont de véritables partenaires dans la prise en charge de leur bébé. Chacun à sa place joue un rôle important dans le début de vie de ces enfants prématurés.

²¹ MILJKOVITCH, Raphaële. *L'attachement au cours de la vie*. Presses Universitaires de France, Paris, 2001, page 11

²² MONTAGNER, Hubert. STEVENS, Yves. op. cit., page 38

²³ BELL, Linda [et al.]. Une analyse du concept d'attachement parents – enfant. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 1999, no 58, page 20

²⁴ NOEL, Louise. *Je m'attache, nous nous attachons*. Montréal : Editions Sciences et Culture, 2003, page 56



Source : Soins pédiatrie – puériculture, janvier/février 2001²⁵

Selon Hubert Montagner, qui s'est beaucoup appuyé sur la théorie de Bowlby, « *L'attachement est l'ensemble des liens qui s'établissent d'emblée ou qui se construisent entre l'enfant et toute autre personne.* »²⁶. Trevarthen dit que lorsque la mère ne répond pas ou ne répond plus de manière appropriée aux états émotionnels du bébé, alors qu'une autre personne le fait, le lien se fait entre le bébé et cette autre personne. C'est selon des réactions positives et négatives aux différentes personnes avec lesquelles le bébé entre en interaction, qu'il établirait ou romprait des attachements actifs. L'idée de Trevarthen correspond à la théorie de Bowlby qui dit que le bébé, par des comportements préformés, s'attacherait à la première personne qui s'occupe de lui.

Pour rejoindre Bowlby et selon les observations de Sander (1969), lorsque la mère est absente, le bébé peut s'attacher à une autre personne, en l'occurrence l'infirmière, et présenter des signes de perturbation lorsque cette dernière est également remplacée par quelqu'un d'autre.

²⁵ BINEL, Geneviève. Les sorties programmées en néonatalogie. *Soins pédiatrie – puériculture, janvier/février 2001, no 198, page 25*

²⁶ AUBERT, Brigitte. Les enjeux de la séparation précoce mère-enfant. *Cahiers de la puéricultrice, septembre 1998, no 139, page 58*

Cependant, si momentanément l'interaction n'est pas possible entre le bébé et sa maman, elle peut s'installer et se développer lorsque les deux personnes se retrouvent. Le rôle prioritaire de l'infirmière dans ce cas est de favoriser le lien mère – enfant. Pour cela, elle tentera de créer un environnement calme et intime propice à la détente et à l'instauration d'une relation de confiance entre la mère et l'enfant.²⁷

Main (1991) fournit les développements théoriques les plus récents concernant l'évaluation des représentations mentales des liens d'attachement de l'adulte avec ses parents. Selon lui, il y aurait une transmission intergénérationnelle des liens d'attachement. De ce fait, les femmes qui ont eu une mesure d'attachement insécure à leur propre mère, lorsqu'elles-mêmes sont devenues mères, ont développé un lien anxieux avec leur enfant.

Klaus & Kennell (1976) ont débuté leurs recherches en notant la présence, chez certains animaux, d'un moment critique après la naissance. Si pendant ce moment la mère est séparée de son petit, des comportements déviants peuvent apparaître. De cette constatation a été proposée l'existence d'un phénomène humain que ces chercheurs ont nommé « bonding ». Un contact précoce et prolongé dès la naissance entre la mère et l'enfant est crucial au développement d'un lien affectif. Des recherches menées par la suite ont infirmé l'hypothèse de Klaus & Kennell.

La recherche et le maintien de la proximité, la réciprocité dans les échanges verbaux et non verbaux ainsi que la formation de sentiments généralement positifs caractérisent le processus d'attachement (Gottlieb, 1978 ; Gay, 1981 ; Brazelton & Cramer, 1990 ; Mercer & Ferketich, 1990). Ce discours vient des approches traditionnelles de recherche sur les relations parents – enfant. L'approche écologique lui reproche de se limiter à l'étude de l'angle des interactions dyadiques mère-enfant (Bouchard, 1981).

Suite à de nombreuses études, il est démontré que le contexte social dans lequel évolue la relation a un effet mesurable tout aussi important que les seuls aspects reliés au mode de relation dyadique (Massé, 1989). Cette approche de recherche sur le développement des liens parents – enfant s'intéresse

²⁷ MONTAGNER, Hubert. *L'attachement, les débuts de la tendresse*. Éditions Odile Jacob. Paris, 1999. 332 p.

d'avantage aux divers éléments constituant les conditions actuelles. Ainsi, les lieux, l'environnement et les situations sont également des facteurs qui interagissent de façon à améliorer ou à détériorer le lien d'attachement parents – enfant (Bouchard, 1981).²⁸

3.3.2. Détermination des attributs²⁹

Afin de reconnaître un concept dans la réalité, il faut des attributs qui ici sont la proximité physique et affective, la réciprocité et l'engagement.

La proximité physique et affective

Selon Bowlby (1969), le parent prévoit de s'attacher à l'enfant avant même sa naissance. Il prévoit également du temps pour être et vivre avec son bébé et limite les situations provoquant l'éloignement. Ainsi, la proximité est considérée comme une condition dans laquelle les parents restreignent l'espace entre eux et leur enfant afin de favoriser l'interaction et le développement de leur potentiel parental. Ce qui permet aux parents de confirmer la réalité de l'enfant et de faire connaissance avec lui, ce sont les contacts précoces et répétés dès la naissance. Des comportements comme nourrir, étreindre, bercer, maintenir un contact visuel prolongé favorisent le développement du lien d'attachement.

Dans les cas de prématurité, de tels contacts sont fortement entravés par tout le dispositif nécessaire à assurer la survie du bébé (incubateur, électrodes, CPAP,...).

Le toucher et le contact visuel sont les plus puissantes voies sensori-motrices dans la communication avec le bébé (Bourassa et al., 1986 ; Brazelton & Cramer, 1992). L'enfant contribue à maintenir la proximité de ses parents par ses pleurs, son sourire, lorsqu'il s'agrippe ou encore lorsqu'il suit du regard. L'attachement des parents à l'égard de l'enfant est favorisé par les pleurs et les sourires de ce dernier (Bowlby, 1969).

Des sentiments d'amour, de sécurité et de joie naissent lorsqu'il y a un maintien et une recherche de la proximité (Karen, 1994). Pour qu'il y ait une évolution de

²⁸ BELL, Linda [et al.]. op. cit., page 21

²⁹ ibid., pp. 22 – 23. Les auteurs cités dans ce chapitre sont tous tirés de l'article « Une analyse du concept d'attachement parents – enfant » de Bell Linda.

la relation, il faut qu'il y ait un sentiment de plaisir et d'intimité dans la relation avec le bébé. Un climat émotionnel favorable au développement du lien d'attachement est créé si de l'affection est ressentie pour l'enfant et que le parent se sent valorisé dans son nouveau rôle. L'attitude émotionnelle du parent vers l'enfant joue un rôle important dans la perception que celui-ci développe de lui-même (Bowlby, 1969 ; Hamilton et al., 1993).

La réciprocité

Un maillon délicat mais nécessaire à la qualité de la relation est l'arrimage entre l'habileté de l'enfant et celle du parent à communiquer. La réciprocité détermine la qualité de l'échange qui a lieu et traduit parfaitement l'histoire d'attachement entre un parent et un enfant. Elle est une sorte de processus adaptatif dans la relation qui mène vers un ensemble de comportements mutuellement satisfaisants. Afin de susciter une réaction positive de l'enfant à l'égard du parent, le comportement de ce dernier est adapté aux signes émis par l'enfant (Anderson, 1981).

Un parent peut sourire à son enfant, le toucher ou l'embrasser lorsqu'il a développé la sensibilité nécessaire à reconnaître les manières dont le bébé communique ses besoins. Un échange se produit ainsi et peut se poursuivre jusqu'à ce que le bébé manifeste le besoin d'y mettre fin. Il est alors important que le parent reconnaisse les signes de saturation et qu'il les respecte.

Brazelton & Cramer (1990) affirment qu'en apprenant à décoder le langage de l'enfant, le parent synchronise son propre état d'attention sur celui-ci et l'aide ainsi à communiquer plus longtemps. La communication est en effet essentielle à créer le lien d'attachement. Elle permet aux parents de se valoriser au travers de leurs compétences à communiquer avec l'enfant et elle permet à celui-ci de faire des expériences par rapport à leur comportement et cela dans un climat de confiance.

L'engagement

Pour qu'un lien d'attachement s'établisse, il faut une relation stable et permanente dans laquelle les parents se sentent responsables et engagés envers l'enfant. Ils doivent aussi être disponibles physiquement et psychologiquement (Bourassa, 1986).

L'engagement du parent par rapport à l'enfant est un processus de chaque instant et à long terme. Les parents ont pour rôle de garantir à l'enfant une place tant dans la famille que dans la société. L'engagement implique aussi des responsabilités et certains choix. Au travers de ceux-ci, les parents influent sur l'évolution de leur enfant et ont ainsi un impact sur le développement de celui-ci. Ils sont ainsi responsables de la sécurité, de la croissance et du développement de leur enfant.

3.3.3. Les antécédents de l'attachement³⁰

La conscience des liens d'attachement antérieurs

L'attachement est un processus qui existe depuis toujours. Main (1991) relève dans ses travaux qu'il y a une transmission intergénérationnelle des liens d'attachement. Selon lui « *Etre capable de sensibilité et de synchronie dans la relation avec l'enfant implique d'avoir, à un moment dans la transition au devenir parent, repris contact avec le vécu émotif de son enfance.* ».

L'acceptation de la grossesse et du bébé

A cause d'une anomalie physique ou à cause de l'écart entre l'enfant idéal rêvé et l'enfant réel, celui-ci peut être rejeté pour ce qu'il représente (Brazelton & Cramer, 1990).

Lors d'une naissance prématurée, la maman se sent peut être parfois frustrée et culpabilise de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme. Elle peut prendre l'arrivée de ce bébé prématuré comme un échec et n'arrivera pas spontanément à créer des liens d'attachement avec lui.

L'acointance

Pour s'attacher il faut se connaître mutuellement. Au départ les parents utilisent différents moyens pour faire connaissance avec leur enfant. Selon Newcomb (1961), ils recherchent de l'information à son sujet, attribuent un sens à leurs perceptions et renforcent ou modifient leurs perceptions initiales. Un haut niveau d'affiliation pourra être atteint dans les situations mettant en présence un

³⁰ *ibid.*, pp. 24 – 25. Les auteurs cités dans ce chapitre sont tous tirés de l'article « *Une analyse du concept d'attachement parents – enfant* » de Bell Linda.

enfant au tempérament facile et des parents possédant des connaissances suffisantes sur les soins et le développement du nouveau-né.

Finalement il faut être attentif au fait que l'accompagnement des parents durera parfois plusieurs mois, durant lesquels des liens particuliers naîtront entre parents et personnel soignant d'une part, mais aussi entre bébés et ce même personnel d'autre part. L'on pourrait parler tout au long de cette période d'un « ménage à trois ». Il est donc important que chacun, dans cette situation, assume le rôle qui doit être le sien et ne déborde pas de celui-ci au risque de rompre un équilibre fragile.



Source : 1918 News Server, mars 2006³¹

3.4. Concept de crise³²

La naissance prématurée d'un enfant génère une situation de stress au sein d'une famille. Même si l'événement est prévu, un état d'urgence apparaît lorsque le travail de délivrance débute. Le personnel soignant et les parents s'inquiètent du futur état de santé du bébé. La façon dont les parents vont réagir pendant cette période stressante est cruciale et détermine l'émergence ou non d'une crise.

³¹ 1918 News Server. Medicine Section [En ligne]. Adresse URL : http://news.1918.com/section.php?section_id=7 (Page consultée le 8 juillet 2007)

³² WRIGHT, Bob. *La Crise : manuel d'intervention à l'usage des infirmières*. Maloine. Paris : Edisem, 1987. 203 p.

La crise peut générer un sentiment d'impuissance. Elle bouleverse les habitudes et sollicite les facultés d'invention de nouvelles solutions. Il s'agit de mettre en place des mécanismes d'adaptation. La façon dont les événements sont vécus, compris et la manière de faire face aux sentiments qu'ils provoquent déterminent s'il y aura crise ou non.

La présence des parents doit être méticuleusement programmée et organisée de façon à ce que les effets négatifs de l'absence forcée et non-volontaire de ceux-ci soient atténués au maximum. Ces instants de contact avec l'enfant seront ressentis d'autant plus pleinement que dans une situation normale. La relation sera en effet concentrée sur certains moments de la journée, moments que les parents pourront vivre le plus intensément possible. L'infirmière pourra leur présenter ces instants de communion avec l'enfant comme des moments privilégiés qui généreront des émotions très fortes et qui leur apporteront du réconfort et de l'énergie. Ce sera une façon de positiver la situation et de retirer de celle-ci des éléments motivants et ainsi finalement de désamorcer la crise en cours.

Selon Caplan (1964)³³, la crise se définit comme une menace, un appel à une nouvelle action et une perturbation des habitudes. Ce peut être un processus de croissance ou de destruction qui s'attaque à l'estime de soi, à la capacité de faire face et laisse à la personne le sentiment d'avoir été lésé.

Caplan a décrit les quatre phases de la crise, que je vais résumer ci-dessous.

Phase 1. C'est la survenue d'une situation menaçante qui perturbe l'équilibre ; la personne fait appel aux expériences antérieures. Cette phase est marquée par l'impossibilité de croire ce qui arrive. De la douleur et de l'angoisse peuvent être ressentis. Ces sentiments seront intériorisés ou extériorisés. Des moyens sont imaginés afin de réduire la menace ressentie.

L'infirmière est présente pour expliquer à la maman que même si une naissance prématurée n'est pas la norme, elle n'est pas pour autant un phénomène exceptionnel face auquel la médecine serait prise de court. Effectivement, 9 % des naissances en Suisse sont prématurées et l'expérience dans le suivi de ce type de situations est importante.

³³ *ibid.*

Phase 2. La personne ressent le besoin de faire quelque chose pour résoudre la situation. A ce stade, on commence à remarquer de l'activité. La personne peut exprimer sa crainte ainsi que ses sentiments d'impuissance et de culpabilité. Ce qui est très angoissant, c'est le sentiment d'inefficacité et le manque de direction dans laquelle aller. Les sentiments d'impuissance et d'insuffisance sont accrus lors de vains essais par tâtonnements. Il en résulte alors un sentiment de défaite.

Il peut être frustrant pour certaines mamans de constater que les infirmières semblent tellement à l'aise avec leur enfant alors qu'elles-mêmes ont peur de mal faire et se jugent maladroitement. Le rôle de l'infirmière est ici de procurer un soutien psychologique et émotionnel aux mamans en les laissant exprimer leurs craintes pour finalement recadrer le contexte. Il s'agit également de leur donner le meilleur enseignement possible concernant les soins au bébé.

Phase 3. La tension continue de croître. Afin de résoudre la situation, il y a des périodes d'activité intense. Pour tenter de trouver une solution, la personne fait appel aux anciennes ressources. Ces dernières font ressurgir des angoisses passées. L'attention est portée vers d'anciennes situations douloureuses, ce qui permet parfois de trouver un refuge face au problème actuel. J'ai pu remarquer lors de mon stage en néonatalogie que parfois les mamans se fixent sur des aspects courants et banals qui sont insignifiants dans la situation du moment. Si la mère est trop inquiète, elle ne va pas se préoccuper des choses essentielles comme le poids du bébé et le pronostic immédiat par exemple. Du manque de décision et de solution, la panique et la confusion apparaissent. C'est la phase du « ça passe ou ça casse ».

Phase 4. Toutes les tentatives mises en place ont échoué. La personne se sent impuissante et a perdu tout espoir. La tension est si élevée qu'elle dépasse le seuil de tolérance. C'est une période de refus ou de retrait et il peut être difficile d'établir le contact et d'entamer la relation. La situation peut aller jusqu'à la dépression mentale.

En tant que soignants, nous pouvons faire face à des parents qui se sentent totalement dépassés et impuissants et qui sont perturbés par des sentiments très forts. L'infirmière peut être une aide pour la jeune maman en l'aidant à trouver en elle-même les ressources nécessaires pour gérer la crise. Il s'agit avant tout de l'aider à se sentir en sécurité dans ce nouveau milieu. L'infirmière, suite à un événement traumatisant, joue un rôle dans l'amélioration de la qualité de vie de la maman et donc de sa relation avec le bébé. Prodiger des soins au bébé lorsque la mère est en situation de crise peut être très stressant. Si le soignant n'arrive pas à gérer la crise, la maman peut même devenir agressive et les conditions seront d'autant plus difficiles. Il est donc du propre intérêt de l'infirmière de réagir lorsqu'une telle situation se présente afin de ne pas engendrer encore plus de stress.

3.5. Concept de culpabilité³⁴

Selon un site Internet sur la psychologie, la culpabilité est définie comme ceci : « *Sentiment plus ou moins diffus de commettre une faute. Nécessaire à toute vie sociale mais parfois douloureux et contraignant, le sentiment de culpabilité est l'impression de ne pas être juste, d'avoir, en fantasme ou réellement, enfreint un tabou, de nourrir un désir défendu, d'avoir eu un comportement coupable face à telle personne ou telle situation. Il en naît une forte angoisse et une tendance à l'autoaccusation.* »³⁵

Lorsqu'une personne vit de la culpabilité, son image de soi est menacée ou perturbée et, par conséquent, son estime de soi baisse, réduisant ainsi son énergie d'adaptation.

Pour certaines personnes qui croient faire quelque chose de mal, la culpabilité est perçue comme un sentiment d'inconfort ou de douleur. Pour d'autres, elle est comparée au sentiment de honte et d'infériorité ou encore à un sentiment de colère et de dépression. Elle accompagne souvent des émotions comme la douleur, l'anxiété, la perte, la colère, la dépression, la honte ou encore la tristesse.

³⁴ ROY, Callista. op. cit., pp. 311 – 315

³⁵ Psychologies. Le dico. *Culpabilité* [En ligne].

Adresse URL : http://www.psychologies.com/cfm/dicoPsy/c_dicoPsy.cfm?id=25 (Page consultée le 26 octobre 2006)

La maman qui accouche prématurément culpabilise de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme. L'infirmière a un rôle à jouer important en aidant cette maman à surmonter sa culpabilité et les conséquences sur le moi éthique et moral. Elle devra avant tout établir une relation de confiance avec la maman afin que celle-ci puisse exprimer ses émotions et sa culpabilité. En plus de s'occuper du nourrisson, l'infirmière devra donc être disponible pour la mère et lui consacrer du temps ; elle pourra ainsi exprimer ses pensées et ses sentiments.

Grâce à l'intervention de l'infirmière, ce sentiment de culpabilité pourrait être transformé en un sentiment de fierté, de réussite et de satisfaction pour avoir tout de même mis au monde un enfant malgré des conditions difficiles et surtout indépendantes de sa volonté. Cette prise de conscience devrait permettre à la mère de puiser en elle-même les forces nécessaires et toute la motivation voulue pour mener à bien le développement de son enfant. L'investissement supplémentaire requis pourra alors accroître la relation mère – enfant.



Source : Anne Geddes³⁶

³⁶ Geddes, Anne. op. cit.

3.6. Rôle infirmier

Le rôle que jouent les infirmières auprès des mamans et des bébés dans un service de néonatalogie est des plus important. Ce sont elles en effet qui sont constamment en relation avec les mères et les enfants, ensemble ou à tour de rôle. Cette interférence doit être gérée et mesurée. C'est dans ce sens qu'il est important de s'attarder sur ce concept. De plus, au travers de ce mémoire, je tente de démontrer le rôle et les compétences professionnelles du personnel infirmier en regard à la problématique évoquée.

3.6.1. Définition³⁷

D'après René Legendre, « *le rôle est un comportement de la personne par rapport à une fonction qui lui est donnée* »³⁸. Le rôle d'une infirmière est déterminé par la conception et les théories en soins infirmiers, la démarche de soins infirmiers, les normes et les critères de compétence de la pratique, les interventions et les codes d'éthique.

A partir de ces éléments de référence, l'infirmière doit, dans ses interventions, fixer et gérer son degré d'implication par rapport à la maman et au bébé qui constituent en fait la « matière première » de son travail. L'idée est de tirer le meilleur profit des outils à disposition, en l'occurrence de ces éléments de référence.

3.6.2. Compétences

Lorsqu'une infirmière a terminé sa formation, elle a acquis des capacités, des conceptions et des actions pour résoudre des situations de façon adaptée. Selon le dossier de l'étudiant(e) 2003, il y a neuf compétences qui sont travaillées tout au long de la formation.³⁹

Je vais citer quelques compétences en lien avec ma problématique. L'infirmière doit par exemple accompagner la clientèle dans les situations de crise et utiliser des réponses différenciées dans ses interventions éducatives. Elle doit

³⁷ RIOPELLE, Lise. Approche humaniste de la pratique infirmière (2/2). *Soins cadres, février 2003, no 45, page 56*

³⁸ *ibid.*

³⁹ HAUTE ÉCOLE SANTÉ – SOCIAL VALAIS. *op. cit.*

considérer l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation du projet de soins, mettre en œuvre des capacités de communication verbale et non verbale, mettre en place et maintenir le cadre nécessaire au travail relationnel, utiliser le geste et les soins au corps comme médiateur et support de la relation. Elle doit favoriser chez le client l'expression d'une demande et l'aider à la clarifier. Elle doit évaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions. Elle doit respecter les principes éthiques liés à la recherche. Elle doit accompagner et soutenir les personnes dans les processus de changement. Elle doit assumer ses prestations, ses décisions et ses prises de position.

Les exemples cités ci-dessus sont valables tant dans la relation avec le nouveau-né qu'avec la maman. Cependant, certaines compétences sont plus adaptées pour le bébé que pour la maman et inversement.

3.6.3. Le rôle⁴⁰

L'infirmière fait preuve d'un rôle autonome, c'est-à-dire l'ensemble des compétences et la façon d'agir. Les connaissances, la dextérité, les attitudes et les valeurs font partie de ce rôle. Il est fondé sur la prise de décisions et s'effectue uniquement à l'initiative de l'infirmière.

Elle fait aussi preuve d'un rôle de coopération qui intègre ses interventions d'infirmière en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. Il s'agit là de répondre aux demandes et aux besoins du bénéficiaire de soins en partageant les savoirs et en cherchant un accord dans un objectif commun.

3.6.4. Rôle infirmier spécifique en néonatalogie⁴¹

La présence de l'équipe médicale, notamment des infirmières, est indispensable car la survie du prématuré en dépend. Cette présence est toutefois dictée par les circonstances spécifiques. Même si cette présence peut

⁴⁰ RIOPELLE, Lise. op. cit., pp. 56 – 57

⁴¹ Équipe soignante. La relation soignant – enfant. *Soins pédiatrie – puériculture*, février 1995, no 163, pp. 6 – 15
ibid., pp. 16 – 21

être lourde : personnel, technique, matériel,... elle est positive car c'est elle qui permet au nouveau-né de vivre ses premiers jours, semaines, mois dans des conditions optimales. Sans tout cet appareil, la vie ne serait dans la plupart des cas tout simplement pas possible.

Dans cet environnement très technique, le rôle de l'infirmière relève de la plus grande importance car c'est elle qui pourra au mieux l'humaniser en assurant une relation de confiance avec la mère et entre la mère et l'enfant. Il importe toutefois, et c'est là l'une des difficultés majeures de l'exercice, de ne pas s'impliquer au-delà d'une certaine limite de façon à ce que la relation mère – enfant demeure privilégiée. « [...] si une bonne distance est maintenue, ils pourront conserver toute leur confiance à l'équipe, ce qui est toujours rassurant vis-à-vis de leur enfant. »⁴².

L'infirmière devra aussi impliquer la maman dans les soins d'hygiène et l'alimentation du bébé aussi souvent que possible. Elle l'aidera au mieux à effectuer les tâches de base que nécessite l'état particulier de son bébé. Si elle ne veut pas le faire, l'encourager à lui parler, à le toucher, le caresser. Cet apprentissage que doit faire la maman devra se faire en concordance avec l'établissement d'une relation étroite mère – enfant. L'infirmière devra veiller à ne pas, par son action d'enseignement, interférer trop dans cette relation. La difficulté consiste à assurer une présence efficace mais discrète. « L'expérience montre que, lorsqu'il y a confusion des rôles, les effets sont immédiatement ressentis chez l'enfant et ses parents, et que l'efficacité s'en trouve diminuée. »⁴³

Par ses connaissances d'une part et par son expérience d'autre part, le personnel soignant est parfaitement au courant des situations générées par des naissances prématurées. Il sait précisément comment procéder et peut de la sorte anticiper sur les événements. De telles situations constituent l'environnement normal et quotidien de l'équipe en place. Il résulte assurément de ce fait une routine dans l'exécution des actes qui peut impliquer une certaine distance vis-à-vis des parents, distance que ceux-ci pourraient interpréter comme de la froideur à leur égard. Par conséquent, l'équipe soignante doit

⁴² DRUON, Catherine. op. cit.

⁴³ ibid., page 145

toujours avoir à l'esprit qu'une naissance prématurée génère à coup sûr un bouleversement dans la vie des parents.

L'objectif principal des soins est de permettre un développement normal de l'enfant. Il s'agit, pour cela, de supprimer ou d'atténuer le facteur risque que représente la séparation du bébé avec sa mère. L'infirmière a pour but de réduire autant que possible la séparation en tenant compte des possibilités des parents et des contraintes du service. Des moments d'intimité entre les parents et l'enfant seront favorisés et l'infirmière différera ainsi certains soins non urgents si nécessaire.

L'infirmière devra organiser un soutien à la maman et ainsi lui parler avec toute l'attention voulue, la rassurer et lui donner les informations utiles tant sur l'état de son enfant, en expliquant les soins qu'elle fait, que sur l'organisation du séjour notamment pour ce qui est des visites et des rencontres avec les médecins. Avec ce soutien, le but recherché est aussi de déculpabiliser la maman ce qui aura pour effet de diminuer l'angoisse, le stress et de faciliter l'entrée dans la relation.

Dans ce contexte, l'infirmière participe au processus de manière déterminante en créant un contact de qualité qui permet d'instaurer la confiance entre les parties. Il est primordial dans ces situations d'accompagner les parents, notamment les mamans. La relation qui en résulte repose sur une écoute attentive et sur un discours adapté et mesuré tout en laissant la place à la convivialité, les parents devant être rassurés et finalement motivés pour la suite. Il doit aussi résulter pour les parents un sentiment de fierté et de joie suite à une telle naissance. Le sentiment de culpabilité que pourrait en effet avoir une mère pour ne pas avoir pu mener à terme sa grossesse, doit se transformer, grâce au dialogue avec le personnel soignant, en un sentiment de réussite et de satisfaction. L'infirmière peut aider la maman à exprimer ses pensées et ses sentiments. L'infirmière a un grand rôle à jouer en ce qui concerne les craintes et les appréhensions des parents. Elle doit les écouter, les entendre et prendre en considération leurs propos.

L'accompagnement se révèle donc très important mais ne doit pas devenir un acte de substitution au rôle des parents qui doivent conserver leurs responsabilités.

Il y a également tout l'aspect technique de la prise en charge du bébé. En collaboration avec les médecins, il faut traiter les problèmes de santé qui se posent. L'infirmière devra observer l'enfant (suction, tonus, état de la peau, mimiques, pleurs, ...), limiter la douleur en adaptant les gestes et les attitudes comme par exemple poser une perfusion après un biberon car l'enfant est plus calme. Il faut toujours laisser du temps entre le geste traumatique et le soin de nursing pour qu'il n'associe pas les deux ; il pourrait refuser les biberons ou appréhender la toilette par la suite et n'y trouverait plus de plaisir. Le bébé comprend l'intonation de la voix ; le soignant peut donc lui expliquer tout ce qu'il fait.

L'immaturation du prématuré implique une asepsie rigoureuse (car il existe une diminution de l'immunité), une surveillance des fréquences respiratoire et cardiaque, de la saturation en oxygène du sang et une surveillance du poids.

Les actions seront donc techniques, mais également relationnelles pour favoriser l'attachement des parents au bébé. Elles seront aussi éducatives afin de leur permettre de comprendre la situation, la maladie et éventuellement leur apprendre les soins nécessaires.



Source : UMC St Radboud ⁴⁴

⁴⁴ UMC St Radboud. *Neonatalogie Intensive Care* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.umcn.nl/kindenziekenhuis/> (Page consultée le 2 juillet 2007)

4. HYPOTHÈSES



$\alpha\sigma = \phi v + \kappa\lambda$

Après avoir fait des lectures et développé la problématique j'ai pu poser ma question de recherche. En fonction de cette question j'ai développé des concepts qui m'ont permis d'émettre plusieurs hypothèses décrites ci-dessous.

Hypothèse 1 :

La naissance prématurée est difficile à vivre pour la maman et le bébé et perturbe les liens d'attachement qui pourraient se créer normalement.

Cette hypothèse sous tend que la relation mère – enfant est perturbée par la séparation physique liée au contexte particulier de la prise en charge du bébé par le personnel médical.

Hypothèse 2 :

Les infirmières ne peuvent pas laisser les mamans s'investir comme elles le souhaiteraient et ce pour des raisons de structure, de fonctionnement du service et de sécurité.

A travers cette hypothèse, mais à travers l'hypothèse 1 aussi, je cherche à connaître d'une part la nature des informations que les infirmières donnent aux mamans quant à la situation de leur enfant et d'autre part le degré de capacité des infirmières à répondre aux attentes des mamans. Finalement, je cherche aussi à savoir si les infirmières incluent les mamans dans les soins de base et leur laissent exercer leur rôle de mère afin que les bébés sachent à qui s'identifier et ce malgré les contraintes imposées par l'organisation tant structurelle que fonctionnelle du service.

Hypothèse 3 :

Les parents présents auprès de leur enfant dans le service de néonatalogie développent immédiatement leur relation avec celui-ci, ce qui en améliore la qualité.

Dans ce cas de figure, la relation se rapproche le plus d'une naissance normale car les contacts se font beaucoup plus naturellement et spontanément, de façon innée. Dans le cas contraire, des parents peu présents, les contacts seront plus dirigés, appris.

Le but de cette hypothèse est de découvrir à travers les témoignages, si les enfants dont les mamans ne sont pas régulièrement présentes, développent des traits d'attachement avec les infirmières plutôt qu'avec leurs mères.

Hypothèse 4 :

La présence des parents dans le service de néonatalogie est source de stress, vu l'inexpérience de ceux-ci.

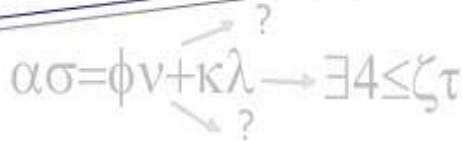
Les parents n'ayant aucune expérience dans le domaine de la néonatalogie, il m'intéresse au travers de cette hypothèse de découvrir si ceux-ci créent, de par leur présence, un stress supplémentaire et inutile.

Hypothèse 5 :

L'infirmière sait jusqu'où elle peut s'investir dans sa relation avec le bébé et connaît ainsi précisément son rôle et ses limites.

L'objectif ici est de savoir jusqu'à quel point les infirmières entrent en relation affective avec les bébés qu'elles côtoient constamment. Au-delà des soins techniques et professionnels, il m'apparaît qu'une relation plus intime puisse exister entre l'infirmière et le bébé dans ce contexte. Cette relation pourrait, à mon sens, défavoriser la création des liens d'attachement entre mère et enfant au vu d'une certaine tenue à l'écart des mamans (manque de délégation).

5. MÉTHODOLOGIE


$$\alpha\sigma = \phi v + \kappa\lambda \rightarrow \exists 4 \leq \zeta \tau$$

Dans ce chapitre, j'explique tout d'abord la méthode de recherche que j'ai choisie. J'explique ensuite le type et la taille de l'échantillonnage, ainsi que la construction de la grille d'entretien et le déroulement des entretiens. Finalement, j'énonce les principes éthiques et traite de la protection des données.

5.1. Approche de recherche

J'ai utilisé la méthode de recherche et d'investigation descriptive et qualitative qui vise à recueillir des informations, des points de vue, des opinions en interrogeant des personnes. J'ai ainsi réalisé des entretiens de personne à personne.

5.2. Méthode d'investigation ou de recherche

Mon intention était d'avoir un entretien avec quatre mamans et quatre infirmières du service de néonatalogie du CHUV. Cette méthode de recherche et d'investigation permet de recueillir des informations détaillées et personnalisées. Elle donne également un accès à la dimension non-verbale de la communication, ce qui aide à interpréter et à évaluer les réponses du participant. En effet, cela permet un échange plus intense qu'avec la méthode des questionnaires. J'ai de la sorte pu observer l'attitude des personnes en face de moi lorsqu'une question pouvait les toucher. J'ai ainsi pu obtenir des informations de l'ordre du ressenti, du vécu des personnes en privilégiant cette relation de communication face à face.

Cette méthode permet de recueillir des informations de nature privée sur les comportements, les opinions, les points de vue et les attitudes des individus sur un sujet donné. La structure des questions ouvertes laisse au participant une grande liberté pour le choix des réponses.

Les questions ont été préparées avec le plus de minutie possible afin que tous les entretiens soient comparables lors de l'analyse.

5.3. Type et taille de l'échantillon

Quatre mamans dont les prématurés sont hospitalisés dans le service de néonatalogie du CHUV et quatre infirmières travaillant dans celui-ci.

J'ai choisi d'interroger des mamans mariées ayant accouché entre 28 et 32 semaines de gestation, ainsi que des infirmières ayant au moins 5 ans d'expérience certifiée en soins intensifs de néonatalogie et travaillant dans ce service. J'ai également demandé à ce que ces personnes parlent le français.

5.4. Construction de la grille d'entretien

Pour la réalisation de mes grilles d'entretiens, je me suis basée sur les hypothèses que j'avais élaborées dans le but de répondre à ma question de recherche. J'ai ainsi pu fixer plusieurs objectifs, ainsi que des questions ciblées afin d'y répondre.

J'ai d'abord posé quelques questions d'ordre personnel et ensuite des questions selon les quatre thèmes finalement choisis et qui sont :

- L'attachement.
- La place des mamans.
- La présence des parents.
- Le rôle et les limites de l'infirmière.

J'ai ordonné mes questions pour pouvoir passer d'un thème à un autre étroitement lié au précédent. Par exemple, dès que le domaine de l'attachement a été abordé, j'ai posé toutes les questions utiles à son sujet avant de poursuivre avec le domaine suivant qui relevait de l'ordre de la place des mamans. Il a parfois fallu jongler entre les thèmes car les réponses des personnes interrogées anticipent souvent une question.

5.5. Déroulement des entretiens

J'ai envoyé une lettre de demande d'enquête⁴⁵ le 21 janvier 2007 à M. Patrick Genoud, directeur adjoint des soins, ainsi que les documents nécessaires à ma demande comme les lettres d'informations destinées aux mamans et aux infirmières⁴⁶, les grilles d'entretiens⁴⁷ et les formulaires de consentement⁴⁸.

La commission d'évaluation des demandes d'enquête aux Hospices – CHUV s'est réunie le lundi 5 février 2007. A cette occasion, elle a analysé ma demande, l'a acceptée et m'a dès lors transmis un préavis positif le mercredi 7 février 2007.

Suite à cela, j'ai contacté Mme Michele Lilla, infirmière cheffe (ICS) du service de néonatalogie, afin de lui demander l'autorisation d'effectuer mon enquête dans ce service, demande qu'elle a approuvée. Je lui ai ensuite envoyé une affiche⁴⁹ indiquant le titre et le but de mon mémoire ; cette affiche contenait la place nécessaire pour que les infirmières désireuses de participer à cette enquête puissent s'inscrire. Mme Lilla a affiché ce document dans le service de néonatalogie. Dès que quatre infirmières se furent inscrites, elle m'a mis en contact avec l'infirmière cheffe de néonatalogie, Mme Fabrizia Vanza. C'est elle qui m'a organisé les rendez-vous avec les infirmières et les mamans. Pour ce qui est de ces dernières, c'est donc Mme Vanza qui s'est occupée de les contacter.

J'ai réalisé mes entretiens les mardi 20 février, mercredi 21 février et jeudi 22 février 2007. Une lettre explicative ayant pour but de donner des informations sur l'étude a été remise aux intéressées lors de la prise de contact avec elles. J'ai précisé que les entretiens dureraient environ 30 minutes et les participantes ont signé un formulaire de consentement.

J'ai rencontré les infirmières et les mamans dans le cadre d'entretiens individuels semi-directifs. Ces derniers se sont déroulés à l'intérieur du CHUV, loin du bruit et des regards, dans une pièce non utilisée qui se trouvait dans le

⁴⁵ Annexe 1

⁴⁶ Annexe 2

⁴⁷ Annexe 3

⁴⁸ Annexe 4

⁴⁹ Annexe 5

service de néonatalogie. Le scénario a été identique pour chaque personne interrogée, soit une grille d'entretien, quelques mots d'introduction clairs en rapport avec les buts de mon travail et les instructions concernant le déroulement de l'entretien dans l'optique d'obtenir la meilleure coopération possible des personnes interviewées.

J'ai finalement adapté mes questions et leur enchaînement en fonction de ce que les personnes me disaient. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone et ce avec l'accord des personnes intéressées. Cette manière de faire m'a permis de retranscrire ensuite rigoureusement les données recueillies.

J'ai trouvé la méthode par l'enregistrement très agréable car j'ai pu être beaucoup plus activement à l'écoute ; j'ai aussi pu par la suite mieux approfondir ce qui m'avait été expliqué.

Pour l'interprétation des résultats, j'ai créé une grille d'analyse⁵⁰ qui reprenait les indicateurs posés dans mes hypothèses de départ. Après cela, j'ai replacé le contenu des retranscriptions dans mes grilles d'analyse. Grâce à celles-ci, j'ai pu analyser les informations recueillies de manière plus évidente car les informations étaient traitées, ce qui m'a simplifié l'analyse des données. Ces dernières ont été utilisées de manière strictement confidentielle et anonyme, puis détruites.

5.6. Principes éthiques et protection des données

Selon la brochure de l'ASI⁵¹ « *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques* », il y a des règles et des principes qui doivent être respectés lors de la réalisation d'un travail de recherche. Cela permet aux personnes participant à celui-ci d'être protégées face à d'éventuels dommages.

Une attention continue doit être portée quant au respect et aux droits des participants en ce qui concerne l'éthique en matière de recherche.

⁵⁰ Annexe 6

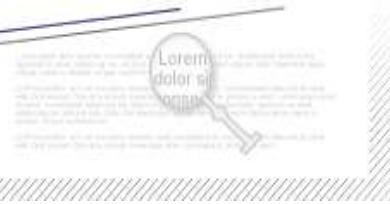
⁵¹ Dr KESSELRING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Secrétariat central ASI, Berne, 1998. 25 p.

Les principes éthiques suivants ont défini le comportement que j'ai adopté lors de ma recherche :

- Garantie du respect et de la dignité de la personne :
 - L'autonomie. La participation à une recherche doit être volontaire. J'ai donné les informations nécessaires pour que les personnes prennent une décision sans contrainte, il s'agit alors du « consentement éclairé ». Chacune d'elles a eu le droit de refuser de participer et a également eu le droit de se retirer à tout moment de la recherche. J'ai fait attention à ce qu'elles prennent une décision en toute connaissance de cause et que celle-ci soit respectée.
 - La véracité (authenticité). Les participantes ont reçu des informations claires et complètes, n'ont pas été trompées ni induites en erreur.
 - La fidélité (loyauté). J'ai tenu mes promesses et mes obligations.
 - La confidentialité. Les informations confidentielles ne pourront être divulguées à un tiers qu'avec l'accord exprès des personnes concernées.
- Faire le bien / ne pas nuire (bénéficence / non-maléficienne). Ma responsabilité première a été de ne pas nuire aux participantes.
- La justice (équité). Je n'ai ni favorisé ni exclu une personne à participer à ma recherche en fonction de sa particularité. Elles ont cependant dû maîtriser la langue française. J'ai interrogé des infirmières qui ont cinq à dix ans d'expérience certifiée en soins intensifs de néonatalogie et qui travaillent dans ce service. J'ai également interrogé des mamans mariées ayant accouché de bébés nés entre 28 et 32 semaines.

Lorsque j'ai informé les participantes par écrit ou par oral de ma recherche, j'ai présenté les buts recherchés, la manière dont je procéderai, ainsi que les échéances en lien avec cette dernière. Les personnes qui ont participé à mon étude, m'ont donné leur consentement par écrit. Elles ont été averties que leur participation était volontaire et qu'elles avaient le droit de se retirer en tout temps, sans avoir à mentionner de raisons et sans subir de conséquences négatives. Je leur ai également donné mes coordonnées ainsi que celles de ma directrice de mémoire pour toutes questions éventuelles. Les données et les résultats ont évidemment été traités de manière confidentielle.

6. ANALYSE DES DONNÉES



Ce chapitre est consacré à l'analyse des réponses que j'ai obtenues de la part des mamans et des infirmières interrogées. La première phase consiste à dresser le portrait des personnes interrogées. Je décrirai ensuite la démarche entreprise pour arriver au point de l'analyse. Puis, je présenterai synthétiquement sous forme de tableau les thèmes, les objectifs ainsi que les questions abordés lors des entretiens. Le dernier point de ce chapitre sera consacré à l'analyse elle-même.



Source : Anne Geddes⁵²

⁵² Geddes, Anne. op. cit.

6.1. Portraits

Afin de conserver l'anonymat des personnes interviewées, je ne leur ai pas attribué de prénom. Les autres renseignements sont bien évidemment conservés pour la compréhension de mon travail. Voici une présentation des huit personnes interrogées pour ce travail de recherche⁵³ :

Mamans :

	Âge	État civil	Lieu de résidence	Semaines de gestation	Autres enfants
Maman 1	30	Mariée	45 km de Lausanne	31	Non
Maman 2	35	Mariée	90 km de Lausanne	28 5/7	Non
Maman 3	45	Mariée	15 km de Lausanne	28	Oui
Maman 4	25	Concubinage	10 km de Lausanne	28 4/7	Non

Infirmières :

	Obtention du diplôme	Années de pratique	Années dans ce service	Pourcentage	Enfants
Infirmière 1	1978	28	21	80	Oui
Infirmière 2	1985	21	14	100	Non
Infirmière 3	1980	17	17	80	Oui
Infirmière 4	1972	25	17	80	Oui

⁵³ Vous trouverez en annexe 7 une présentation plus approfondie des personnes interrogées

6.2. Démarche préparatoire à l'analyse

Pour que ma recherche aboutisse à des conclusions pertinentes, j'ai veillé à ce que les données recueillies fassent partie de thèmes similaires. J'ai ainsi posé exactement les mêmes questions de base à toutes les mamans et à toutes les infirmières.

Pour effectuer l'analyse, j'ai utilisé les retranscriptions d'entretiens que j'ai effectués et les ai divisées en quatre thèmes :

- L'attachement.
- La place des mamans.
- La présence des parents.
- Le rôle et les limites de l'infirmière.

Grâce au regroupement de tous les entretiens par thème, j'ai pu construire ma grille d'analyse. Pour chaque thème, j'ai ainsi pu élaborer un texte d'après les réponses obtenues. Grâce à ces grilles d'analyse, j'ai d'une part obtenu une macro vision du contenu général de l'ensemble des entretiens et d'autre part une vision spécifique des différentes réponses apportées à chaque question posée.

Sur la base des grilles d'analyse présentées en annexe et sur la base de la retranscription des entretiens avec les mamans et les infirmières, j'ai pu reformuler les réponses et comparer le tout avec mes cadres de référence.

6.3. Présentation synthétique des thèmes abordés

Pour réaliser ce travail, j'ai déterminé quatre thèmes et fixé des objectifs de recherche à atteindre identiques pour les infirmières et les mamans. Dans le cadre de chaque objectif, j'ai posé une série de questions tant aux infirmières qu'aux mamans. Pour chaque thème j'ai d'abord analysé les réponses des mamans et ensuite celles des infirmières, puis j'ai retranscrit le résultat.

Pour des raisons de lisibilité et de compréhension de l'analyse qui suit, j'ai élaboré le tableau ci-après qui présente les quatre thèmes, les objectifs définis ainsi que les questions posées lors des entretiens.

TABLEAU SYNOPTIQUE

Thème	
L'attachement	
<p>Objectif : savoir si la naissance prématurée est difficile à vivre pour la maman et si elle perturbe les liens d'attachement qui pourraient se créer normalement.</p>	
Mamans	Infirmières
<ul style="list-style-type: none"> – Comment avez-vous vécu votre grossesse ? – Comment avez-vous vécu votre accouchement prématuré ? – Racontez-moi votre expérience dans ce service. – Arrivez-vous à être en fusion avec votre enfant dans ce service ? 	<ul style="list-style-type: none"> – Comment estimez-vous la difficulté à vivre une naissance prématurée pour la maman ? – Comment considérez-vous le comportement des mamans envers leur enfant au cours d'une journée ?
Thème	
La place des mamans	
<p>Objectif : savoir dans quelle mesure les infirmières laissent les mamans s'investir comme elles le souhaiteraient malgré les raisons de structure, de fonctionnement du service et de sécurité.</p>	
Mamans	Infirmières
<ul style="list-style-type: none"> – Que pensez-vous des informations que les infirmières vous donnent concernant la situation de votre enfant ? – Quelle est votre marge de manœuvre par rapport aux soins à donner à votre enfant ? 	<ul style="list-style-type: none"> – Quelles sont les informations que vous donnez aux mamans concernant la situation de leur enfant ? – Incluez-vous les mamans dans le plus de soins possible ?

Thème	
La présence des parents	
<p>Objectif : savoir si les parents présents auprès de leur enfant dans le service de néonatalogie développent tout de suite une relation de qualité avec celui-ci.</p> <p>Savoir si la présence des parents dans le service de néonatalogie est source de stress, vu l'inexpérience de ceux-ci.</p>	
Mamans	Infirmières
<ul style="list-style-type: none"> – Comment estimez-vous l'impact de votre présence dans le service de néonatalogie sur la relation avec votre enfant par rapport à celle que pourraient avoir des parents moins présents ? – Comment estimez-vous le degré d'aisance de votre enfant par rapport à vous-même et par rapport à l'infirmière ? 	<ul style="list-style-type: none"> – Qu'observez-vous chez les bébés que les parents viennent trouver tous les jours par rapport à d'autres dont les parents viennent moins souvent ? – Trouvez-vous que les bébés dont les mamans ne viennent pas les trouver tous les jours sont plus attachés à vous plutôt qu'à elles ?
Thème	
Le rôle et les limites de l'infirmière	
<p>Objectif : savoir si l'infirmière sait jusqu'où elle peut s'investir dans sa relation avec le bébé et connaît ainsi précisément son rôle et ses limites.</p>	
Mamans	Infirmières
<ul style="list-style-type: none"> – Que pensez-vous de la présence des infirmières dans la relation qui existe entre vous et votre bébé ? – Que pensez-vous de l'attitude de l'infirmière à l'égard de votre enfant ? 	<ul style="list-style-type: none"> – Comment vous investissez-vous émotionnellement, affectivement avec les bébés ? – Comment jugez-vous la distance que vous gardez entre vous, la maman et le bébé ? – Comment estimez-vous votre implication dans la relation entre la mère et son bébé ?

6.4. Analyse

En référence au tableau ci-dessus, je présente ci-après l'analyse des données récoltées.

6.4.1. L'attachement

L'objectif de ce thème était de savoir si la naissance prématurée est difficile à vivre pour la maman et si elle perturbe les liens d'attachement qui pourraient se créer normalement.

Mamans

Je leur ai posé une première question qui était : **Comment avez-vous vécu votre grossesse ?**

Toutes les mamans m'ont affirmé que leur grossesse s'était très bien déroulée. Aucune des quatre ne se doutait qu'il y aurait un problème et qu'elles devraient dès lors accoucher plus vite que prévu. « *Je ne me doutais pas qu'il y aurait un problème et que je devrais accoucher comme ça.* », « *Je ne m'attendais pas à accoucher prématurément.* ». Elles sont unanimes pour dire que cela fut une surprise « *Ca a été une surprise.* ». Une maman a fait une éclampsie, la deuxième a fait une pré-éclampsie, la poche des eaux de la troisième s'est rompue et la dernière a dû être hospitalisée une semaine avant son accouchement au CHUV à lit strict car son col s'est déchiré. Elles ont toutes accouché par césarienne.

Dans de telles situations, les mamans se trouvent désorientées, inquiètes, voire angoissées. L'infirmière devient dès lors une partenaire importante sur laquelle va se reposer prioritairement la maman. Au-delà du rôle technique que l'infirmière doit jouer, elle va devoir assumer une assistance psychologique beaucoup plus forte que lors d'un accouchement normal qui se fait dans un état d'appréhension normal. L'infirmière devient en quelque sorte un guide sur lequel la maman se repose et en lequel elle a confiance. Cette présence forte permet de diminuer les tensions et les angoisses et de rassurer les mamans concernées.

La maman de 45 ans se faisait beaucoup de souci durant sa grossesse car elle avait déjà perdu un enfant à cinq mois de gestation. Elle dit aussi que tout se passait très bien cette fois-ci « *Ca s'était tellement bien passé jusque là que je m'y attendais pas du tout.* ».

Deux mamans m'ont dit qu'elles n'étaient pas prêtes à accoucher. L'une d'elles n'avait pris que trois kilos et demi durant la grossesse et dit ne pas avoir vécu une grossesse normale « *Je n'ai pas pu me rendre compte vraiment que j'étais enceinte... je n'avais pas de gros ventre comme toutes les femmes enceintes !* ».

De plus, une maman m'a dit « *Ca n'a rien à voir avec l'âge... qu'on ait 18 ans ou qu'on en ait 45, on n'est pas préparé à cet évènement là.* ».

Cette dernière affirmation me paraît fondée. Elle est ressortie de tous les entretiens. Le fait d'accoucher prématurément est donc un évènement inhabituel et forcément surprenant. Il y a une grande diversité dans les âges des mamans interrogées ; toutes ont affirmé ne pas avoir été préparées à devoir accoucher d'un enfant prématuré. Un tel accouchement se révèle être en quelque sorte un moment difficile voire une épreuve pour les personnes concernées, qu'elles soient jeunes ou moins jeunes.

Je leur ai posé une deuxième question qui était : **Comment avez-vous vécu votre accouchement prématuré ?**

Deux d'entre elles ne se souviennent pas de leur accouchement « *Je ne l'ai pas vécu parce que je ne me souviens de rien* », « *Je me souviens de pas grand-chose... je me souviens pas d'avoir vu X.* ». La première maman était sous l'effet de la narcose et a commencé à se souvenir des choses le lendemain. Une maman a à peine vu son bébé car les soignants l'ont tout de suite mis en couveuse et emmené en néonatalogie « *Tout de suite ils me l'ont pris et ils l'ont mis tout de suite dans l'incubateur. (...) Je l'ai vu à peine passer.* ». Une autre maman n'a pas vu son enfant au début et a paniqué car elle ne l'a pas entendu pleurer.

Ce sentiment de panique est ressorti chez deux mamans. L'une d'entre elles, hospitalisée, n'a pas pu voir son bébé au moment prévu car celui-ci faisait des complications. Cela étant, le personnel a dû la redescendre aux soins en état de panique complet. L'autre a également paniqué car elle avait déjà perdu un enfant et ne savait pas que l'on pouvait sauver un si petit bébé.

La théorie relative à ce sujet met en évidence qu'un tel accouchement est particulièrement difficile à vivre pour les parents, notamment pour la maman et qu'il constitue en quelque sorte un choc. J'ai pu vérifier ces éléments lors des entretiens avec les mamans, qui toutes ont eu beaucoup de difficultés à vivre ce moment de leur vie.

La théorie relève aussi que le fait, pour les parents, de devoir se séparer de leur enfant de suite après sa naissance représente un choc émotionnel. Cette situation de séparation crée un fort sentiment d'inquiétude, voire d'anxiété. La crise qui peut en découler peut conduire à un sentiment d'impuissance. La façon dont les événements sont vécus, la façon dont ils sont compris et la manière de faire face aux sentiments provoqués déterminent s'il y aura crise ou non. Dans les cas normaux, les mamans peuvent établir immédiatement une relation avec leur enfant, ce qui n'est pas le cas lors d'un accouchement prématuré. Effectivement, en cas d'accouchement normal, le bébé est immédiatement présent auprès de sa maman. Celle-ci peut alors le prendre contre elle autant qu'elle le souhaite et donner à cette relation le maximum d'amplitude. Celle-ci se construit notamment au travers de différentes attitudes telles que le sourire par exemple qui apparaît comme étant sans doute le principal équivalent moteur des conduites d'attachement⁵⁴. Le regard, le contact corporel, les gestes, les mimiques, les vocalisations sont aussi des attitudes qui permettent le développement de la relation. Le nouveau-né est en effet capable de reconnaître tant la voix, que le visage ou encore l'odeur de sa mère. L'infirmière conseillera aux mamans d'adopter une position qui leur permettent de regarder leur bébé face à face et dans les yeux et ce de façon à mieux communiquer. L'objectif de l'attachement étant d'établir la proximité physique.

⁵⁴ BELL, Linda [et al.]. op. cit., page 22

Au vu des réponses apportées et du vécu des personnes interrogées, je constate qu'effectivement un accouchement prématuré a de grands risques de fragiliser les mamans. De la sorte, toutes les conditions sont réunies pour que se créent des sentiments de panique. Il faut donc bien prendre garde à gérer ces situations aussi bien avant l'accouchement en prévenant les mamans des événements qui pourraient se produire, qu'après l'accouchement en phase même de situation. Il m'apparaît de la sorte très important d'agir en amont au niveau de l'information.

Lorsque l'on sait en effet qu'un accouchement prématuré n'est pas en soi un événement exceptionnel et que le taux de ces naissances s'élève en Suisse à 9 %, le volet de l'information mériterait d'être développé. Dès le moment où aucune structure officielle n'existe et où les cours à l'accouchement sont facultatifs, le rôle des médecins gynécologues prend une très grande importance à ce niveau. Dès que les premiers symptômes d'un accouchement prématuré sont détectés, il faudrait pouvoir orienter les mamans vers des professionnels qui leur donneraient toutes les informations utiles et qui les prépareraient ainsi au mieux à vivre l'évènement à venir. Une telle prise en charge permettrait de diminuer la tension et l'anxiété qui gravitent autour de ce type d'accouchement. Il serait même utile d'agir encore plus avant et d'informer toutes les femmes enceintes dès le début de leur grossesse sur les possibilités d'évolution qui existent.

Aucune des mamans interrogées ne disposait de renseignements suffisants sur la prématurité ; elles ne connaissaient ainsi que peu de choses à ce sujet et se trouvaient forcément désemparées face à la situation. J'ai pu aussi constater qu'elles ne s'étaient jamais intéressées à ce sujet. Quelques phrases ont d'ailleurs confirmé cela « *Je ne m'étais pas renseignée sur les bébés prématurés... je ne savais pas à quoi m'attendre pour la suite.* », « *Je savais même pas qu'ils pouvaient sauver un bébé à 28 semaines, j'étais pas au courant du tout.* », « *Je m'étais pas du tout documentée sur un enfant prématuré. Je savais pas ce que c'était, j'avais jamais vu... on m'en avait très peu parlé.* ».

Face à cette situation, les quatre mamans ont affirmé avoir eu peur après l'accouchement. Elles se faisaient du souci concernant l'état de santé de leur enfant « *Je m'inquiétais beaucoup pour sa santé* », « *Les médecins ne savaient pas si elle allait mourir ou si elle allait vivre. (...) J'avais peur concernant la situation de son état* », « *J'ai pensé que j'allais le perdre. (...) J'ai eu peur après l'accouchement.* », « *J'avais peur pour lui, parce que je savais pas ce que c'était en fait.* », « *Sachant qu'il était très jeune et puis que ses poumons allaient pas à cent pour cent... j'avais peur en fait qu'il tienne pas.* ». Comme elles n'ont pas pu voir leurs bébés tout de suite, elles ne savaient pas à quoi ils ressemblaient. Une maman dit avoir craqué nerveusement en voyant sa fille, tellement elle était petite « *J'ai craqué pas mal de fois.* ». Deux autres mamans m'ont avoué avoir beaucoup pleuré les premiers temps. Voir son enfant si petit est quelque chose de marquant, quelque chose que l'on n'oublie pas d'après l'une des mamans. Une autre a affirmé « *Une heure c'est une victoire !* ». L'une d'entre elles avait même peur de venir dans le service craignant que les soignants lui donnent de mauvaises nouvelles ; de plus, elle osait à peine décrocher le téléphone lorsqu'elle a pu rentrer chez elle à la maison.



Source : Michael Silence, décembre 2004⁵⁵

⁵⁵ KnoxNews. *World's smallest baby* [En ligne]. Adresse URL : <http://web.knoxnews.com/silence/archives/002481.html> (Page consultée le 2 juillet 2007)

La théorie sur l'anxiété dit qu'une naissance prématurée représente une menace pour la vie de l'enfant, ce qui engendre chez la maman un sentiment de profonde inquiétude. Elle se posera de nombreuses questions quant au bien-être de celui-ci et laissera transparaître son anxiété au travers de différentes attitudes. Cela est clairement ressorti dans le propos des mamans. Cette anxiété pourra atteindre divers degrés et conduire même les mamans les plus fragiles dans un état de stress très important qui aura de sérieuses répercussions sur l'état nerveux de celles-ci. Elles ne seront pour certaines plus à même de comprendre raisonnablement la situation et par là même d'y faire face.

J'ai choisi d'interroger des mamans dont les bébés étaient nés entre 28 et 32 semaines, soit des grands prématurés, pour que leurs réponses soient comparables quand à l'inquiétude qu'elles peuvent avoir concernant la santé de leur enfant. Dans ces cas, la prise en charge infirmière et le matériel utilisé pour la santé du bébé sont plus conséquents que pour des bébés qui naissent plus tard. Les mamans ont toutes avoué ce sentiment d'inquiétude et surtout qu'elles ne savaient pas à quoi s'attendre. L'on peut dire d'ailleurs que plus l'accouchement a lieu tôt, plus le choc psychologique est important.

Une seule maman a déjà d'autres enfants. Celle-ci a dit que cet accouchement était différent des précédents « *C'était un mélange de joie et de traumatisme.* ». Elle a dit avoir beaucoup souffert durant cette période et ne comprenait pas ce qui arrivait. Il ressort clairement de cet entretien que l'accouchement d'un prématuré n'est pas chose normale et qu'il diffère totalement d'un accouchement à terme. Lorsque cette maman parle de traumatisme, l'on peut imaginer tous les doutes qui l'envahissent et toute la pression psychologique qui pèse sur elle. Elle se retrouve en quelque sorte face à une menace grave par rapport à sa vie et surtout par rapport à celle de son enfant, situation qui accroît chez elle l'état d'anxiété normal.

La déclaration de cette maman met à nouveau en évidence le besoin d'une prise en charge au niveau de l'information et sur le plan psychologique dès l'arrivée à l'hôpital. Toute l'information qui aura pu être donnée préalablement à l'hospitalisation rendra certainement le travail du personnel médical plus simple et plus efficace au moment de l'accouchement.

L'accouchement prématuré est une situation difficile à vivre et représente un bouleversement important dans le quotidien. Toutes ont été unanimes à dire que le mode de vie doit changer du jour au lendemain, qu'il faut s'adapter en fonction de cet évènement et être très flexible « *On doit s'organiser en fonction du bébé* », « *Il faut être très flexible quand une telle chose nous arrive* ». Trois mamans ont dû arrêter de travailler du jour au lendemain « *C'est pas toujours facile, on s'attend à accoucher normalement et puis tout nous tombe dessus et puis il faut tout changer.* ». Toutes ont dit devoir faire preuve de beaucoup de patience !

Les schémas de vie précédents doivent être revus et cela peut impliquer des conséquences insoupçonnées au niveau social et professionnel. Une telle naissance peut ainsi perturber un choix de vie défini antérieurement ou contrecarrer des projets.

La situation de crise que vivent les mamans peut générer un sentiment d'impuissance. Elle bouleverse les habitudes et sollicite les facultés d'invention de nouvelles solutions. Il s'agit de mettre en place des mécanismes d'adaptation, ce qui n'est pas forcément évident et cela est ressorti dans plusieurs propos. L'on se trouve en quelque sorte dans un processus de survie face à une situation critique.

Une maman a été frustrée de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme « *J'aurais vraiment voulu mener une grossesse normale* ». Deux d'entre elles m'ont avoué ne pas avoir imaginé que leur grossesse se terminerait avant neuf mois « *Pour moi une grossesse c'était jusqu'à neuf mois et puis y avait pas de six mois, sept mois ou huit mois... c'était neuf mois !* ». Une maman a été choquée de ce qui lui arrivait, elle avait peur de tout et pleurait constamment.

Ce sentiment de frustration est vécu par tout être humain lorsque se présente une situation de conflit, de menace. Une des mamans a clairement exprimé qu'elle s'est sentie frustrée de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme ; cet état de chose a encore amplifié son sentiment d'inquiétude quant au bien-être de son bébé. L'infirmière peut dans ce cas déceler ces sentiments, les interpréter et apporter une aide psychologique adéquate.

Mis à part la maman, hospitalisée une semaine à lit strict, qui s'est sentie coupable lors de l'hospitalisation mais pas lors de l'accouchement, aucune d'elles ne m'a dit s'être sentie coupable, malgré la théorie qui dit que la maman qui accouche prématurément culpabilise de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme. A ce sujet les infirmières interrogées relèvent toutefois que toutes les mamans développent un sentiment de culpabilité plus ou moins fort mais qu'elles ne l'expriment pas souvent ouvertement.

En effet, toutes ont mentionné avoir cherché des causes possibles, s'être demandées ce qu'elles auraient pu faire pour éviter que cela n'arrive. Il y a donc assurément un sentiment de culpabilité enfoui au fond des mamans vu leur comportement qui vise à rechercher ce qu'elles auraient pu faire différemment pour éviter ce type de problème. « *J'ai tout remué dans ma tête pour savoir ce que j'ai fait de faux... mais d'après ce qu'on m'a dit je n'y suis pour rien !* », « *Je me demandais ce que j'avais fait de faux pour accoucher si vite.* », « *Je me demandais ce que j'aurais dû faire autrement pour qu'elle reste les neuf mois dans mon ventre.* ». L'une d'entre elles a dit qu'il était difficile de ne pas y penser. Malgré le réconfort des gens, des proches, des soignants et malgré les explications données quant aux causes probables... les mamans ont toutes pensé qu'elles avaient fait quelque chose de faux et que la naissance prématurée aurait peut-être pu être évitée.

Dans ce type d'accouchement, l'infirmière doit porter une attention particulière aux mamans afin de déceler si celles-ci culpabilisent l'évènement. Il y a alors lieu de leur expliquer qu'elles n'ont aucune responsabilité à assumer et que cette réalité indépendante de leur volonté doit par contre être assumée avec tout le discernement nécessaire. Cette action est d'autant plus difficile pour l'infirmière que ce sentiment de culpabilité est plus ou moins diffus chez les mamans.

J'ai pu constater parfois que les réactions des mamans étaient très fortes. La plus jeune d'entre elles, par exemple, avoue avoir été dégoûtée de cet accouchement prématuré. Une autre a mentionné que si son enfant aurait des séquelles plus tard à cause de sa prématurité, elle s'en voudrait terriblement. Ces réactions démontrent clairement que les mamans endossent la responsabilité de la naissance prématurée. Ces affirmations fortes rejoignent la

théorie et confirment que le sentiment de culpabilité peut aller jusqu'à une dévalorisation, voire un rejet de soi, ce qui bien sûr entrave les processus d'adaptation nécessaires. L'émotion et la subjectivité l'emportent sur le raisonnement objectif qui doit dans ces cas prévaloir absolument. Le rôle que l'infirmière doit jouer en rapport avec ce type de situation est primordial car il consiste à revaloriser et à redynamiser la maman en perte de confiance.

Troisièmement je les ai invitées à me parler de leur expérience dans le service :
Racontez-moi votre expérience dans ce service.

Pour toutes ces mamans, la première rencontre avec leur enfant s'est faite dans le service de néonatalogie.

L'une des mamans a spontanément affirmé le côté rassurant du service. Toutes ont dit que les infirmières et les médecins sont toujours à l'écoute et qu'ils donnent toutes les explications nécessaires. Elles pensent que leurs bébés sont bien entourés et qu'elles le sont également « *On est suivis autant le bébé que nous et je trouve que c'est très bien de pouvoir avoir un soutien.* ». Une maman a dit qu'il était essentiel d'avoir des colloques toutes les semaines avec les médecins et qu'il était également essentiel de pouvoir consulter un pédopsychiatre si le besoin devait s'en faire sentir.

Une maman n'a pas pu voir sa fille dès qu'elle l'aurait pu car celle-ci faisait des complications. Les soignants lui ont interdit de la voir, ce qui a provoqué chez la maman un sentiment de panique « *C'était très dur psychologiquement* ». Après réflexion, elle a estimé juste de ne pas avoir pu rentrer voir la réanimation de sa fille ; cela aurait certainement causé une inquiétude supplémentaire.

Les appareils techniques nécessaires aux soins des enfants ont, au début, choqué les mamans. Les moniteurs leur faisaient peur car ils sonnent constamment « *Au début j'avais peur, ça sonnait je regardais tout le temps l'écran. (...) Après, à force, je me disais que je n'étais pas là pour regarder l'écran mais pour mon fils. (...) C'est vrai que maintenant on oublie, on entend sonner mais on comprend, on sait pourquoi ça sonne... les infirmières nous ont tout bien expliqué.* », « *Au départ c'était choquant de le trouver avec tous ces tubes. (...) Du côté émotionnel c'est pas facile* ».

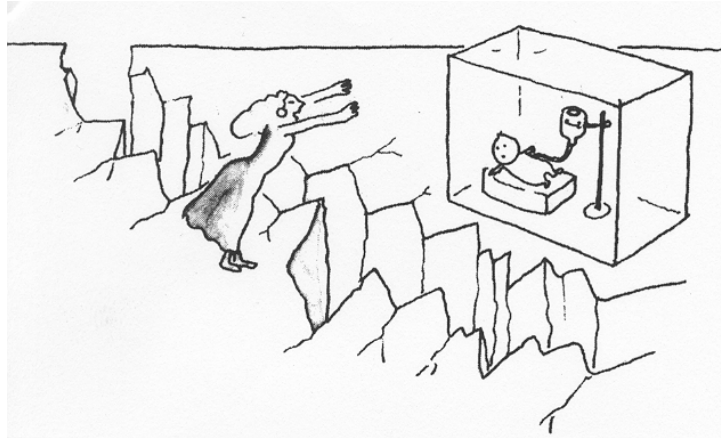
Dans le cadre théorique sur la prématurité, il est dit que plus l'accouchement a lieu tôt, plus le choc psychologique est important pour la maman vu que la taille du nourrisson est choquante. De plus, une telle situation est totalement nouvelle pour les parents et dans celle-ci tout le matériel nécessaire à la survie des bébés présent dans le service accroît encore l'inquiétude et l'anxiété. Ce sentiment de peur est clairement apparu dans leurs déclarations.

Chez les grands prématurés, le risque principal réside dans les séquelles possibles au niveau cérébral. Ce risque important nécessite une surveillance particulière de la part du personnel soignant. L'infirmière a la tâche délicate d'expliquer objectivement la situation aux parents, de la dédramatiser sans cependant cacher le degré de gravité. Cette surveillance particulière accentue d'une part les frustrations dues à la séparation et perturbe d'autre part les mamans au niveau émotionnel. Les propos des mamans à ce sujet confirment les données théoriques.

Toutes les mamans ont affirmé qu'elles avaient de la chance d'être dans ce service ; l'une d'entre elles a même dit être impressionnée par le nombre de traitements proposés par celui-ci. L'on peut relever ici que les moyens techniques à disposition, s'ils constituent une entrave à la relation, rassurent toutefois les parents sur l'évolution de la santé de leur bébé.

La dernière question concernant ce thème pour les mamans était : **Arrivez-vous à être en fusion avec votre enfant dans ce service ?**

Toutes ont été unanimes pour dire que l'incubateur est une énorme barrière et qu'il n'y a pas vraiment de contact « *C'est dur de voir son bébé dans une couveuse, il est là et on peut pas le prendre dans ses bras. C'est un sacré déchirement je trouve. J'arrivais pas à vraiment créer le lien avec mon enfant... comme je le voulais* », « *Depuis qu'elle est dans son petit lit oui maintenant y a la fusion. Mais avec la couveuse c'est difficile.* ». Une maman dit « *Mais c'est clair que c'est notre enfant, on s'y attache, qu'il soit dans l'incubateur ou ailleurs. (...) Mais quand on est arrivés un jour et qu'elle était dans un lit... on a pleuré de joie !* ».



Source : Soins pédiatrie – puériculture, décembre 2001⁵⁶

J'ai pu constater que l'incubateur représente effectivement une barrière et que la vraie relation débute dès que la maman peut prendre son enfant dans ses bras. La relation épidermique est donc essentielle.

De ce fait, le kangourou est l'instant qu'elles attendaient toutes avec la plus grande impatience depuis l'accouchement « *Le premier kangourou c'est vrai que c'est important* ».



Source : Association pour la promotion du Portage⁵⁷

⁵⁶ USSELIO, André. L'HUILLIER, Josette. Accueillir, c'est déjà soigner. *Soins pédiatrie – puériculture, décembre 2001, no 203, page 23*

⁵⁷ Association pour la promotion du Portage. *Porter son Bébé* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.portersonbebe.com> (Page consultée le 7 juillet 2007)

Les propos des mamans rejoignent donc la théorie disant que si l'interaction n'est momentanément pas possible entre le bébé et la maman, celle-ci peut se développer au moment où les deux personnes se retrouvent. L'infirmière a un rôle important à jouer à ce stade en créant un environnement propice à l'intimité entre la mère et l'enfant. Ceci est important pour atténuer les risques de perturbation du bébé relevés dans le cadre de la théorie de Bowlby et des observations de Sander⁵⁸ qui constatent ce type de problème lorsque la mère est absente de façon prolongée.

Les pièces à quatre ou cinq lits ne dérangent pas trop les mamans tant que leur enfant n'est pas perturbé. Il y a la possibilité de tirer les rideaux pour avoir un peu plus d'intimité. Une maman a toutefois dit que la présence d'autres personnes est dérangeante par rapport à l'intimité personnelle. Cependant, grâce à l'organisation du service (ne laisser rentrer que deux personnes à la fois) cela peut se gérer. De plus, la présence d'infirmières dans la pièce rassure les mamans.

Selon Bowlby⁵⁹, pour qu'il y ait une évolution de la relation, il faut qu'il y ait un sentiment de plaisir et d'intimité entre la maman et le bébé. Le lieu, l'environnement et les situations sont également des facteurs qui interagissent de façon à améliorer ou à détériorer le lien d'attachement parents – enfant. Les mamans disent ne pas être gênées par la structure du service pour créer des moments d'intimité avec leur bébé.

Le fait de devoir rentrer à la maison tous les jours sans son enfant est un paramètre péjorant dans le cadre des liens d'attachement que tissent la maman et celui-ci « *Quand je pars c'est vrai que c'est triste de la laisser là.* ». Il y a en quelque sorte chaque fois séparation et quelque part fragilisation des liens établis. Le risque ici, pour rejoindre la théorie de Trevarthen⁶⁰, qui d'ailleurs correspond à celle de Bowlby, est que le bébé s'attache à la première personne qui s'occupe de lui, en l'occurrence l'infirmière, et ce à cause des comportements préformés qui pourraient être les siens. Ce risque particulier concerne toutefois, contrairement aux cas analysés dans ce travail, des mamans qui ne peuvent venir régulièrement voir leur enfant.

⁵⁸ MONTAGNER, Hubert. op. cit., page 272

⁵⁹ BELL, Linda [et al.]. op. cit., pp. 22 – 23

⁶⁰ MONTAGNER, Hubert. op. cit., page 106

Infirmières

Je leur ai posé une première question qui était : **Comment estimez-vous la difficulté à vivre une naissance prématurée pour la maman ?**

Trois d'entre elles m'ont répondu que vivre une naissance prématurée est une situation difficile pour les mamans, car elles sont séparées de leur enfant « *C'est pour elle très difficile dans le fait qu'elle soit séparée de son enfant.* ». Il est également apparu que les parents et les enfants vivent dans ces cas une situation de crise, violente, frustrante et culpabilisante « *C'est une situation de crise, parce qu'en fin de compte ils deviennent des parents trop tôt, leur bébé est immature et il y a des risques qu'il meurt ou qu'il ait de la peine à s'adapter et qu'il y ait un handicap.* ». En fonction des situations dans lesquelles certaines mamans pourraient accoucher, des notions de brutalité pourraient intervenir (accouchement à la maison, dans la voiture ou dans la rue par exemple).

En cas de prématurité, il y a lieu de faire le deuil de l'enfant idéalisé et de l'enfant à terme « *C'est une chose très culpabilisante. Et malgré toute notre aide psychologique, la maman pensera toujours qu'elle a mal fait, puisqu'elle était censée garder cet enfant jusqu'à son terme et que la naissance prématurée met l'enfant en danger.* ». Les infirmières disent que les mamans ont un fort sentiment de culpabilité et qu'elles ne l'expriment pas forcément. Elles constatent aussi que les mamans se posent constamment des questions et qu'elles se remémorent tout ce qu'elles ont fait les derniers jours avant l'accouchement afin d'essayer de trouver une raison à la prématurité « *Ca se remarque pas chez toutes les mamans, elles l'expriment pas toutes. Je pense qu'elles le vivent toutes.* ». Souvent la maman se sent coupable et endosse la responsabilité de l'évènement. Les infirmières disent qu'elles font beaucoup pour les parents, qu'il y a également les pédopsychiatres si elles en ont besoin. Il n'est pas rare que des parents aient divorcé après avoir été confrontés à une telle situation. En plus, du fait qu'elles accouchent avant terme, les mamans vont aussi vivre ce moment d'une manière plus ou moins violente en fonction de l'état de santé de leur enfant.

Dans mon cadre théorique sur la prématurité, il est ressorti que la prise en charge de tels bébés est bien évidemment complexe et que la relation mère – enfant est beaucoup plus difficile à établir vu les contingences techniques qui sont nécessitées pour les soins de l'enfant.

Pour ce qui est de la crise, et selon Caplan⁶¹, celle-ci peut détériorer l'estime que les mamans ont d'elles, entamer la capacité à faire face et finalement laisser à la maman le sentiment d'avoir été lésée. Les soignants sont donc là pour rétablir la confiance en elles qu'elles auraient pu perdre. L'infirmière a un rôle important à jouer en aidant, dans de tels cas, la maman à surmonter sa culpabilité. Elle aura à établir une relation de confiance avec elle afin qu'elle puisse exprimer spontanément et en toute quiétude ses émotions.

Il est intéressant, voire paradoxal, de constater que les infirmières disent que toutes les mamans ressentent de la culpabilité, alors qu'aucune d'entre elles ne l'a exprimé lors des entretiens. A mon sens, le fait qu'elles se soient toutes posées des questions sur ce qu'elles auraient pu faire pour qu'un tel accouchement ne se produise pas, reflète indirectement le sentiment de culpabilité dont parlent les infirmières. Ceci rejoint le constat établi par rapport aux questions posées aux mamans.

Pour ce qui est du concept d'angoisse et d'anxiété, il est dit que certaines personnes peuvent vivre un sentiment plus ou moins diffus de tension lorsque se présente une situation de conflit, de menace. Étant donné que la maman ne mène pas à terme sa grossesse, cela peut créer un fort sentiment de frustration. Une infirmière interrogée a ressorti très clairement cet élément.

Celle-ci dit effectivement « *C'est frustrant, choquant car elles n'ont déjà pas pris autant de poids qu'une grossesse normale.* ». Cela est en phase avec le propos de la maman qui disait n'avoir pris que trois kilos et demi et ne pas avoir vécu une grossesse normale.

En fait, ces mères n'ont certainement pas eu le temps de prendre totalement conscience qu'elles étaient enceintes et n'auront pas pu profiter pleinement de cet évènement car c'est dans les derniers mois que l'on prend le plus de poids et que la perception de l'enfant devient la plus forte.

⁶¹ WRIGHT, Bob. op. cit.

Les quatre infirmières sont unanimes à dire que c'est une situation à laquelle elles ne peuvent pas être préparées « *Ils peuvent pas se préparer à une naissance trop tôt.* ». Leurs propos rejoignent ainsi ceux des mamans.

Trois infirmières affirment qu'il est primordial de créer le lien entre la mère et l'enfant « *Pour moi c'est important d'établir le lien entre la mère et l'enfant... au travers de ce qu'on va lui permettre de faire auprès de son enfant. (...) C'est vrai qu'on ne remplace pas, mais on est le lien.* », « *C'est dans le moment où va s'effectuer la naissance que la prise en charge va être d'autant plus importante.* ».

En ce qui concerne l'information au public, une infirmière estime que les gens connaissent mieux maintenant la prématurité qu'auparavant car les médias en ont beaucoup parlé. Une autre dit cependant que la prématurité demeure quelque chose de particulier qui n'est pas vécu par l'ensemble de la population ; selon elle, ce phénomène est encore relativement inconnu.

Dans la mesure où l'accouchement prématuré est suspecté, les parents ont la possibilité de venir visiter le service préalablement. Ceux-ci peuvent aussi parler aux infirmières ou aux médecins et poser les questions qui les intéressent. Cette possibilité est de nature à rassurer les parents.

Il semblerait toutefois que les mamans interrogées n'étaient pas du tout renseignées sur la prématurité et qu'ainsi elles ne savaient pas à quoi s'attendre pour la suite.

L'information sur le sujet existe, mais les réponses des mamans tendent à démontrer que celle-ci n'est pas suffisamment exploitée. Une information plus ciblée (cabinets gynécologiques, préparation à l'accouchement,...) permettrait certainement aux mamans concernées d'être mieux préparées à vivre un tel évènement.

Je leur ai posé une deuxième question qui était : **Comment considérez-vous le comportement des mamans envers leur enfant au cours d'une journée ?**

Au départ, il faut que les parents réalisent que l'enfant est né et qu'ils sont devenus parents. L'une des infirmières sent les mamans plutôt désemparées « *Je les sens un peu perdues, elles ne savent pas si elles ont un rôle à jouer.* ».

Toutes les infirmières sont unanimes à dire que les parents ont des limites, que l'incubateur, l'appareillage constituent une barrière importante et qu'il n'est pas évident pour eux d'entrer en contact avec l'enfant. Ces constatations rejoignent les théories relatives au sujet du processus de l'attachement (Gottlieb, 1978 ; Gay, 1981 ; Brazelton & Cramer, 1990 ; Mercer & Ferketich, 1990) qui disent que celui-ci est activé par la recherche et le maintien de la proximité ainsi que la réciprocité dans les échanges verbaux et non verbaux⁶². Aussi, le rôle des infirmières est d'amener les parents à faire abstraction de l'environnement et de mettre ainsi le bébé au centre de leur intérêt et ainsi de les aider à créer le lien nécessaire « *Il y a certainement plus de difficultés à créer un lien. Il y a toujours beaucoup de difficultés pour être... une maman comme les autres... ou se dire qu'on a un bébé comme les autres.* ». Une infirmière dit « *Je pense que le lien commence à se créer dès qu'ils le voient.* ». Le kangourou est très important pour créer le lien et ressort dans le discours de deux infirmières « *C'est une deuxième naissance.* ».

Les mamans ont aussi peur « *Est-ce que je dois m'attacher à ce bébé qui risque de mourir ?* ». La première fois qu'elles viennent dans le service elles sont parfois choquées, ont peur, n'osent pas toucher le bébé « *Les machines c'est la première chose qui les impressionnent.* ». Dans ce contexte les infirmières ont donc un rôle très important à jouer en créant les conditions optimales pour la première rencontre de la maman avec l'enfant. Il importe de leur faire comprendre qu'il s'agit de leur bébé, qu'elles peuvent le toucher, qu'elles peuvent lui parler... il appartient aux infirmières de bien cadrer les mamans dans leur rôle. Souvent, au début, les infirmières doivent toucher l'enfant avec la maman. Un contact plus spontané se fait plus tard lorsqu'elles

⁶² BELL, Linda [et al.]. op. cit., page 21

font les soins, quand elles le prennent contre elles ou qu'elles le mettent au sein. C'est à ce moment que le processus d'attachement peut véritablement s'amplifier et ainsi se développer.



Source : Association pour la promotion du Portage⁶³

Le papa est en général la première personne qui voit le bébé « *Des fois l'entourage est aidant... des fois il empire encore les sentiments de la maman. Ca dépendra comment le papa il a parlé de cet enfant à la maman.* ». Les mamans comptent beaucoup sur leurs maris pour obtenir des informations, des descriptions, des indications sur l'enfant. Dans ce sens, les infirmières peuvent conforter les papas dans leur appréciation de la situation ou atténuer, moduler leurs impressions de façon à ce que le message qu'ils délivreront à leur épouse soit objectif et positif. Les propos des papas influenceront bien évidemment sur les mamans au moment de leur première visite aux bébés.

Une infirmière affirme que les mamans ont des sentiments assez mitigés à leur égard « *D'un côté elles nous aiment parce que ben, grâce à nous entre guillemets, l'enfant survit. Pis d'un autre côté... mais je pèse bien mes mots... elles nous jalourent d'avoir pris leur place quelque part.* ». Il peut arriver qu'il y ait des relations difficiles avec les parents. Cette infirmière rejoint les propos de

⁶³ Association pour la promotion du Portage. op. cit.

Geneviève Binet qui dit que parfois les mamans en veulent aux infirmières de prendre, auprès de leur enfant, une place qui est la leur. Cela peut entraîner des rapports tendus entre la famille et l'équipe soignante.⁶⁴ Cette situation d'ambiguïté est une réalité que l'on ne peut négliger et doit faire l'objet de toute l'attention voulue. Il importe de bien expliquer le phénomène aux mamans de manière à ce qu'il n'y ait aucune équivoque durant la phase d'hospitalisation.

Aucune des mamans interrogées n'a relevé le fait que les infirmières aient pu prendre trop de place par rapport à leur enfant et les supplanter en quelque sorte dans leur lien affectif avec celui-ci. Les propos relevés par l'infirmière ci-dessus démontrent cependant que ce genre de situation peut exister.

6.4.2. La place des mamans

L'objectif de ce thème était de savoir dans quelle mesure les infirmières laissent les mamans s'investir comme elles le souhaiteraient malgré les raisons de structure, de fonctionnement du service et de sécurité.

Mamans

Je leur ai posé une première question qui était : **Que pensez-vous des informations que les infirmières vous donnent concernant la situation de votre enfant ?**

Toutes les mamans ont dit que les infirmières s'occupent très bien de leur bébé, qu'elles sont toujours très présentes « *On est très bien suivis.* ». Une maman dit « *Au début, j'étais franchement admirative... c'était impressionnant de les voir s'occuper des bébés.* ».

Les infirmières sont toujours à l'écoute et répondent aux questions « *La communication c'est important.* ». Toutes les mamans conviennent qu'elles posent beaucoup de questions « *Je pose beaucoup trop de questions je crois des fois !* ». Elles aiment bien être au courant de tout, le besoin en informations étant très élevé. Des entretiens privés sont même organisés avec les médecins dans le but de bien informer les parents sur la situation.

⁶⁴ BINEL, Geneviève. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant. La naissance inachevée.* France : Gaëtan Morin, 2000, page 100

Tous les matins les infirmières font un rapport sur ce qui s'est passé durant la nuit afin de tenir les mamans au courant de l'évolution de l'état de leur enfant. Elles sont unanimes à dire que l'information donnée est bonne. Ce facteur de communication réussie a pour effet de rassurer les mamans.

L'une d'elles dit qu'il y a des infirmières plus psychologues que d'autres, qui parlent plus facilement et qu'il faut s'adapter en fonction des personnalités. Parfois elle aurait souhaité que l'information soit apportée de manière moins directe, avec plus de ménagement. Toutefois, avec le recul, elle estime qu'une méthode directe pour dire les choses convient aussi, même si elle est plus abrupte.

Le rôle de l'infirmière est de soutenir la maman, de la rassurer et de lui donner avec empathie les informations utiles tant sur l'état de son enfant que sur l'organisation du séjour. Grâce à ce soutien, elle pourra réduire l'angoisse et le stress que ressentent les mamans et ainsi faciliter l'entrée de celle-ci dans la relation. Il est clairement ressorti dans les entretiens que pour les informations tout était clair et que les mamans étaient très satisfaites de celles-ci.

Je leur ai posé une deuxième question qui était : **Quelle est votre marge de manœuvre par rapport aux soins à donner à votre enfant ?**

Les mamans ont pu participer aux soins à faire à l'enfant dès que cela a été possible « *Ca a été gentiment... tous les jours on apprend un peu plus.* ». Toutes les mamans ont affirmé vouloir faire le maximum. Lorsque l'enfant est en couveuse, le moment des soins revêt une grande importance car c'est à cet instant qu'il est le plus réveillé. En dehors de cette phase, il dort pratiquement tout le temps. C'est donc à cet instant que les mamans peuvent être impliquées le plus efficacement « *Les infirmières sont sympa parce que c'est vrai qu'elles laissent faire beaucoup de choses.* », « *Les infirmières sont vraiment exceptionnelles parce qu'elles laissent les parents partager tout ça avec l'enfant.* », « *On n'a jamais été mis à l'écart.* ».

Selon Bowlby⁶⁵, ce qui permet aux parents de confirmer la réalité de l'enfant et de faire connaissance avec lui, ce sont les contacts précoces et répétés dès la naissance. Des comportements comme nourrir, étreindre ou faire les soins favorisent le développement du lien d'attachement. Dans les cas de la prématurité, de tels contacts sont fortement entravés par tout le dispositif nécessaire à assurer la survie du bébé. Les mamans reconnaissent que les infirmières les font participer dans toute la mesure du possible aux soins. Ceci est important car elles peuvent ainsi faire connaissance avec leur enfant et nouer les premiers liens d'attachement.



Source : Daily Mail, mai 2007⁶⁶

Deux mamans n'ont pas toujours pu s'adapter aux horaires des soins et regrettent un manque de souplesse de la part de certaines infirmières qui ne les attendent pas toujours pour effectuer ceux-ci « *Moi je sais les horaires et j'essaie d'être là pour les soins.* ». Deux autres mamans disent que les

⁶⁵ BELL, Linda [et al.]. op. cit., pp. 22 – 23

⁶⁶ Daily Mail. *Health, Women and family* [En ligne]. Adresse URL : http://www.dailymail.co.uk/pages/live/articles/health/healthmain.html?in_article_id=457421&in_page_id=1774&ito=1490 (Page consultée le 3 juillet 2007)

infirmières adaptent les soins en fonction de l'heure à laquelle elles peuvent venir (sauf pour les biberons qui ne peuvent pas attendre !) « *En général elles m'attendent.* ». Il est certain que les contraintes du service ne permettent pas forcément de toujours s'adapter aux possibilités des mamans et qu'ainsi ces dernières pourraient être, dans une certaine mesure, frustrées de ne pouvoir participer aux soins. Ces entraves d'ordre organisationnel perturbent naturellement les mamans concernées. Il est bien clair que la disponibilité du personnel soignant a aussi certaines limites et qu'il n'est pas forcément possible de faire du « sur mesure » pour chacun.

Deux mamans ont relevé qu'il fallait demander pour participer aux soins « *Il faut dire qu'on a envie d'être un peu plus présents, qu'on a envie de faire autre chose.* ». Deux autres mamans, par contre, disent que les infirmières proposent d'office de participer aux soins « *Chaque fois qu'on venait ils nous posaient la question si on voulait faire. (...) On a appris pas mal de choses. (...) Maintenant je sais ce que c'est un prématuré du début jusqu'à la fin !* ».

Infirmières

Je leur ai posé une première question qui était : **Quelles sont les informations que vous donnez aux mamans concernant la situation de leur enfant ?**

En principe, dans le service, il y a au préalable un entretien médico – infirmier qui sert à annoncer le diagnostic et à tenir les parents au courant de la situation. Les infirmières donnent tous les renseignements d'ordre général (appareillages, matériel, état de l'enfant au jour le jour,...) et d'ordre infirmier. Elles travaillent en collaboration avec les autres professionnels de la santé (assistante sociale, pédopsychiatre, spécialiste de la maladie en cause, médecin,...) dans la mesure où il y aurait des choses particulières à annoncer ou à gérer avec les parents.

Deux infirmières précisent que la politique du service est d'informer totalement les parents sur la situation du moment « *On reste dans la situation actuelle, l'attitude de l'enfant pour ne pas stresser les mamans.* ».

Toutes les infirmières s'accordent à dire que la vérité doit être révélée aux parents afin qu'il n'y ait aucune équivoque sur la situation. Le diagnostic sera annoncé par le médecin ou par un spécialiste et les infirmières auront pour rôle de réexpliquer la situation par la suite aux parents « *C'est illusoire de croire que parce qu'on leur a dit ou donné toutes les informations nécessaires ils les ont comprises ou ils les ont retenues.* », « *Tout parent d'enfant prématuré a besoin de beaucoup d'informations, d'être rassuré et de pouvoir poser des questions.* », « *C'est pas leur métier alors le milieu médical, le langage médical, c'est un langage peut-être qu'ils avaient jamais côtoyé avant.* ». Dans la situation de stress qu'elles vivent, les mamans n'enregistrent bien souvent pas la totalité des informations données, d'où l'importance de les leur répéter.

Les infirmières donnent toutes les informations utiles sur les soins qu'elles prodiguent aux bébés et essaient également de vérifier si les parents ont bien compris.

Selon la théorie, l'infirmière doit assurer avec empathie et avec objectivité un rôle d'information au sujet de l'état du nouveau né. L'application de cette théorie se vérifie dans la pratique.

Une infirmière dit « *Y a ceux qui trouvent qu'on leur dit tout, y a ceux qui disent qu'on en dit jamais assez ou qui ont toujours peur qu'on leur cache des choses.* ». Il existe ainsi de la part des parents plusieurs manières de recevoir les informations données ; une même information sera pour un tel suffisante alors que pour un autre elle ne le sera pas. Les infirmières ont, dès lors, à s'adapter à chaque situation. Cette adaptation est aussi valable pour les mamans, certaines relevant qu'elles ont à s'adapter aux infirmières.

Je leur ai posé une deuxième question qui était : **Incluez-vous les mamans dans le plus de soins possible ?**

Les quatre infirmières ont dit qu'il était primordial d'associer les mamans dès que possible dans les soins pour qu'elles s'approprient leur bébé « *Notre politique du service est de les laisser s'approprier petit à petit leur bébé, qu'elles se sentent en fin de compte mamans et de pouvoir exercer leur rôle.* ». Les infirmières les invitent à participer le plus possible aux soins de base. « *Plus tôt*

les mamans vont pouvoir faire les soins, plus tôt elles vont s'investir et mieux ce sera pour la suite. ».

On sait que les infirmières doivent impliquer la maman dans les soins d'hygiène et l'alimentation du bébé aussi souvent que possible afin d'atténuer le facteur risque que représente la séparation du bébé avec sa mère. De là, nous pouvons constater, tant à travers les propos des infirmières que des mamans, que ces dernières sont, aussi souvent qu'elles le désirent et aussi souvent que la situation le permet, appelées à participer activement aux soins.

Les quatre infirmières relèvent que ce sont elles qui proposent systématiquement aux mamans de faire les soins. Certaines d'entre elles demandent spontanément à le faire alors que d'autres pas « *C'est nous qui proposons systématiquement. On leur propose très vite car on veut installer ce lien donc très vite on propose. Les mamans osent pas la plupart du temps demander. Non seulement on propose, mais on insiste.* ». Certaines mamans disent toutefois que c'est à elles à demander de pouvoir participer aux soins et que cette proposition n'est pas faite automatiquement par les infirmières.

Cette délégation des soins à la maman correspond d'ailleurs à l'une des trois missions essentielles du service de néonatalogie du CHUV qui est : « *Promouvoir et développer l'autonomie des parents dans la prise en charge de leur bébé et la réponse à ses besoins.* ». Il est très important en effet que les parents s'occupent au plus tôt eux-mêmes de leur enfant et ce dans l'esprit du développement du processus d'attachement vu plus haut. Les parents seront donc des partenaires majeurs tout au long de l'hospitalisation du nouveau-né. Le personnel infirmier a à veiller à ce que le transfert des responsabilités par rapport aux soins à donner à l'enfant se passe dans les meilleures conditions. Ce transfert étant l'une des clés nécessaires à la réussite de la création du lien mère – enfant.

Une infirmière constate que parfois elles ont tendance à en faire trop, qu'elles en arrivent à brusquer les mamans, voire à les « brutaliser » verbalement car elles souhaitent que les mamans s'investissent plus et créent ainsi le lien nécessaire avec l'enfant « *On aimerait que ça soit le mieux possible pour l'enfant, mais on ne tient pas compte des angoisses et des appréhensions des*

parents. », « *Parfois on ne leur laisse pas de temps d'adaptation.* ».

Il apparaît clairement aux infirmières que certaines mamans n'osent pas toucher leur bébé au début, qu'elles redoutent de faire les soins car elles ne savent pas comment s'y prendre « *C'est tout ce qu'il y a de plus normal qu'elles osent pas le tourner... et on les laisse pas faire non plus hein, parce qu'un enfant qui a un tube ou une CPAP ou une sonde artérielle ou un équipement qui est un petit peu rude... on ne veut pas que les parents tournent les enfants, il y a trop de risques.* », « *Avec l'évolution ils vont faire davantage de choses.* », « *Il faut qu'on respecte cette appréhension jusqu'à ce qu'ils le fassent de façon progressive.* ». Certaines mamans sont très angoissées par rapport aux soins ; elles n'arrivent cependant pas à exprimer leurs sentiments à ce sujet et accomplissent dès lors les soins dans un état de grand stress. Une infirmière affirme que toutes les mamans veulent toujours faire le maximum et se mettent ainsi de la pression « *Toutes veulent faire le maximum.* ».

Si la maman ne se sent pas la force de participer directement aux soins, il s'agit alors pour l'infirmière de l'encourager à parler au bébé, à le toucher, à le caresser petit à petit.

Deux infirmières parlent de la disponibilité du service. Les mamans peuvent y venir quand elles le souhaitent, 24 heures sur 24. Il y a également des chambres accompagnantes et des studios pour les parents qui n'habitent pas à proximité. Le service fait le maximum pour être accueillant, mais les mamans savent pertinemment qu'elles ne sont pas chez elles « *Leur désir c'est de rentrer le plus tôt à la maison.* ».

Deux infirmières disent qu'elles adaptent les soins en fonction des disponibilités des parents « *Pour les soins comme la toilette, le biberon... si je sais que les parents vont venir, je vais attendre un maximum de temps.* ». Même si cela fait plaisir aux infirmières de donner un bain par exemple, elles s'inquièteront préalablement auprès des mamans de leurs possibilités d'y assister. Ces propos diffèrent des affirmations de deux mamans qui disent que c'est à elles à devoir s'adapter aux horaires des soins, les infirmières ne les attendant pas.

La présence des parents doit être méticuleusement programmée et organisée de manière à éviter des effets négatifs dus à l'absence de ceux-ci. La relation sera en effet concentrée sur certains moments de la journée pour que les parents puissent les vivre le plus intensément possible, lors des soins par exemple. Ces moments leur apporteront du réconfort et de l'énergie et leur permettront de positiver la situation. La plupart des infirmières diffèrent certains soins non urgents si nécessaire, afin de pouvoir faire participer les parents.

6.4.3. La présence des parents

L'objectif de ce thème était de savoir si les parents présents auprès de leur enfant dans le service de néonatalogie développent immédiatement une relation de qualité avec celui-ci.

Je voulais également savoir si la présence des parents dans le service de néonatalogie est source de stress, vu l'inexpérience de ceux-ci.

Mamans

Je leur ai posé une première question qui était : **Comment estimez-vous l'impact de votre présence dans le service de néonatalogie sur la relation avec votre enfant par rapport à celle que pourraient avoir des parents moins présents ?**

Les mamans que j'ai interrogées viennent tous les jours voir leur enfant dans le service. Elles trouvent en effet très important d'être présentes. Parfois, elles ont tendance à vouloir être là trop souvent et ce sont leurs maris ou conjoints qui les invitent à se reposer un peu, à se divertir aussi en faisant d'autres activités. Pour ce qui est de la maman qui a déjà un enfant à la maison, cette présence journalière dans le service est source de fatigue. Une autre estime que les temps de déplacements sont pesants, en tout cas au début avant qu'une certaine habitude ne s'installe.

Le fait d'être auprès de leurs enfants et que ceux-ci sachent qu'elles sont là, a pour effet de les rassurer « *C'est clair que si il y a un problème moi je peux rien faire (...) je préfère être là, je préfère être présente, je préfère qu'il sache que je*

suis là. ». Ces mamans sont très impliquées et il est très difficile de leur dire de ne pas venir dans le service aussi souvent qu'elles le souhaiteraient. L'on ressent en les écoutant, qu'il y a en quelques sortes un déchirement lors de toute séparation et l'on constate ainsi qu'un lien très fort unit la mère et l'enfant. Toutes en effet ont immédiatement et spontanément répondu qu'elles ressentaient le besoin d'être là « *Que le bébé sente la présence des parents c'est essentiel je trouve.* ».

Ces déclarations des mamans sont réjouissantes car la formation d'une relation affective stable et durable avec l'enfant, selon Bowlby⁶⁷, est une composante essentielle à son développement. D'autant plus que, selon le même auteur, l'enfant possède dès sa naissance l'aptitude de s'assurer la proximité de l'adulte. L'état de proximité, selon Karen⁶⁸, donne naissance à des sentiments tels que l'amour et la sécurité.

Une maman affirme même qu'elle se sentirait coupable de ne pas venir. A mon sens, toutes ces mamans compensent inconsciemment par leur présence le fait de ne pas avoir pu mener leur grossesse à terme. C'est un peu comme si le cordon ombilical les reliait encore. Elles pensent ainsi que leur présence est indispensable car dans leur esprit, le bébé est toujours en gestation.

Les trois mamans qui n'ont pas d'autres enfants affirment avoir de la chance, car elles peuvent fixer leurs priorités sur les visites à l'hôpital, tout le reste n'ayant plus qu'une importance relative. Vu leur disponibilité, elles peuvent s'organiser pour venir aussi souvent que possible. En plus de la frustration d'une naissance prématurée, certaines mamans ont à faire face à des obligations parfois accaparantes. Ces situations peuvent fortement compliquer l'organisation de leurs journées et elles pourraient ainsi se sentir « tiraillées » de plusieurs côtés, ce qui alourdit la charge déjà conséquente qui résulte de la gestion d'une naissance prématurée.

Une maman dit « *Les parents sont un petit peu exigeants ! On exige trop de ces petits bébés.* ». Il est évident que cette maman souhaiterait que son enfant se porte au mieux afin de pouvoir le prendre avec elle à la maison. Ce phénomène d'impatience doit aussi être géré « *Ca fait mal au cœur quand on part.* ». Cette

⁶⁷ BELL, Linda [et al.]. op. cit., page 20

⁶⁸ *ibid.*, page 22

maman dit également qu'elle est peut être trop exigeante avec le personnel soignant. Elle s'inquiète souvent de savoir si son enfant a eu les soins nécessaires, s'il a eu à manger, toutes des questions certes compréhensibles au niveau des mamans, mais de moindre importance pour le personnel soignant, qui doit malgré tout consacrer le temps nécessaire à répondre et à rassurer « *On sait qu'ils savent ce qu'ils font, ça c'est clair... mais on se fait du souci.* ».

Elles disent que les bébés les reconnaissent quand elles arrivent « *Elle reconnaît, elle gazouille, elle commence à tendre les bras.* », « *Tout de suite quand on est arrivés on a vu le changement!* ». Grâce en particulier à la technique du kangourou, elles arrivent à développer les premières relations avec leur enfant.

Selon Bowlby⁶⁹, par des comportements comme les pleurs, les sourires et les vocalises, le bébé possède l'aptitude de s'assurer la proximité de l'adulte. Pour que l'enfant ne se sente pas rejeté et continue à exprimer de tels comportements, la maman doit faire preuve de sensibilité maternelle et d'attention. Les dispositions de base communes à chacun seront développées différemment en fonction de l'investissement consenti par les mamans. Celles qui ont été interrogées sont quotidiennement présentes auprès de leur enfant et s'inquiètent pour lui. De plus, elles participent toutes aux soins. Cette attitude confirme la théorie de Bowlby.



Source : Bureau audiovisuel francophone, octobre 2006⁷⁰

⁶⁹ NOEL, Louise. op. cit. 270 p.

⁷⁰ Bureau audiovisuel francophone. *GB : Les survivants à l'avortement privés de certificats de naissance* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bafweb.com/2006/10/24/gb-les-survivants-a-l'avortement-privés-de-certificats-de-naissance> (Page consultée le 8 juillet 2007)

Je leur ai posé une deuxième question qui était : **Comment estimez-vous le degré d'aisance de votre enfant par rapport à vous-même et par rapport à l'infirmière ?**

Toutes les mamans disent que les enfants les reconnaissent quand elles sont là, qu'ils sentent leur présence et qu'ils reconnaissent leur voix. Elles estiment que les bébés sont aussi à l'aise avec les infirmières, mais qu'ils apprécient plus d'être avec elles. Voici un exemple « *Quand on fait le kangourou et puis qu'elle le prend pour le remettre dans la couveuse, il est pas content hein !* ». Cette déclaration m'amène à citer Bourassa, Brazelton & Cramer⁷¹ qui affirment que le toucher et le contact visuel sont les plus puissantes voies sensori-motrices dans la communication avec le bébé. Dans le cas cité ci-dessus, le mécontentement de celui-ci lorsqu'il est remis dans sa couveuse dénote la recherche d'une proximité avec sa mère.

Quand il s'agit de calmer les bébés, il est constaté que les résultats sont meilleurs lorsque ce sont les mamans qui se chargent de le faire, plutôt que les infirmières ou d'autres professionnels de la santé « *Quand le physio arrive, elle hurle quand on la met dans ses bras, alors après ben je la prends sur moi et elle se calme, elle s'endort et puis dès qu'on la remet sur le physio elle hurle et dès que je la reprends dans les bras... donc c'est signe qu'elle reconnaît !* », « *Quand je l'ai sur moi souvent elle s'endort beaucoup plus facilement que si elle est sur l'infirmière ou si elle est dans son lit.* »

Vu le tournus des équipes soignantes, les bébés ne sont pas toujours en contact avec la même infirmière. Ils le sont par contre toujours avec leur mère, ce qui favorise la réciprocité et par là même le développement de la relation. Pour ce qui est des infirmières, les bébés semblent apprécier différemment les unes ou les autres. « *Elle sent peut-être que l'infirmière des fois est un petit peu plus stressée.* », « *Quand elle est très haute avec les besoins d'oxygène c'est qu'avec l'infirmière c'est un peu plus difficile !* ». Le fait que ces dernières changent, nous l'avons dit, favorise l'attachement du bébé à la maman qui elle assure une présence constante. Elle donne ainsi des points de repères plus solides à l'enfant.

⁷¹ BELL, Linda [et al.]. op. cit.

Parfois les bébés sont tout aussi décontractés avec les infirmières qu'avec les mamans lors des soins « *Il paraît qu'avec les infirmières aussi quand elle fait son bain elle cause !* », parfois pas « *Quand c'est nous qui faisons les soins, il est plus à l'aise, il est vraiment plus calme quoi, il se laisse complètement aller.* », « *Elles disent que quand elles ouvrent l'incubateur il se crispe, c'est comme si il sentait que c'est pas une présence normale.* ».

Lorsque la maman fait le kangourou avec son enfant, celui-ci est calme et il tend à s'endormir. Lorsque c'est le papa qui par contre le fait, le bébé est généralement plus agité. Cela vient du fait que les pères sont moins présents auprès de leur enfant, qu'ils ont moins l'habitude de le tenir et qu'ils sont ainsi plus crispés. Les enfants ont donc moins de repères que par rapport à leurs mères et réagissent certainement aussi aux crispations de leurs pères. Ces derniers se font sans doute plus de souci et sont plus stressés car ils voient moins ce qui se passe dans le service et ont moins de pratique. Dans ces premiers temps, la réciprocité est moins intense qu'avec la maman forcément plus présente.

Les mamans ne ressentent pas de stress particulier au niveau du service, ni au niveau de l'équipe soignante. Elles sont en situation de confiance, ce qui leur permet de se consacrer pleinement à l'apprentissage de leur rôle de mère. Il est certain qu'une ambiance détendue et sereine, qu'un dialogue ouvert et calme avec les infirmières favorisent au mieux l'épanouissement de la maman dans ses nouvelles responsabilités.

Infirmières

Je leur ai posé une première question qui était : **Qu'observez-vous chez les bébés que les parents viennent trouver tous les jours par rapport à d'autres dont les parents viennent moins souvent ?**

Dans ce service et lors de mon passage, la plupart des parents viennent pratiquement chaque jour trouver leur enfant. Il y a des exceptions cependant, mais en général ils sont très présents, surtout les mamans. Lorsque les parents ne peuvent pas venir pour une raison ou pour une autre, les infirmières ont le rôle de suppléer ces absences. Il peut arriver qu'il y ait des situations familiales

difficiles et qu'ainsi les parents viennent moins.

A ce moment, dans le cadre des compétences⁷² qui sont les siennes, l'infirmière tient compte de ce contexte de vie, apprécie la situation et intervient en suppléant les mamans dans les activités qui devraient être les leurs.

Les infirmières disent que les enfants reconnaissent toutefois leurs parents « *Ils sentent quand les parents sont là.* ». Il leur est difficile d'affirmer que les bébés dont les mamans viennent moins souvent se comportent différemment avec elles, par rapport aux mamans qui viennent plus souvent.

De petits signes sont par contre observables lorsque les visites des parents sont plus rares. Les enfants pleurent plus par exemple, ils sont aussi plus irritables, ils vomissent plus ou sont encore plus tristes ou plus renfermés. Un enfant dont les parents sont là quotidiennement est en principe plus calme, plus serein. En règle générale, on n'observe aucune différence lorsque la fréquence des visites varie entre un et deux jours.

Il faut ici tenir compte d'un élément important qui est celui de la fréquence des visites en rapport avec la qualité de celles-ci. Venir tous les jours est une chose, la qualité du temps passé auprès de son enfant en est une autre. La qualité de la relation est importante « *Une maman qui est tout à son enfant tous les deux jours vaut mieux qu'une maman qui le tient à peine dans les bras.* ». Pour les mamans qui ont moins de temps à disposition, le facteur qualité prend plus d'importance car leur présence devra être plus intense. Souvent bien sûr les parents souhaiteraient être plus présents. Cela n'est pas toujours simple de venir à l'hôpital vu les contraintes de déplacement, les contraintes de famille ou autres. Ces parents qui souvent culpabilisent peuvent cependant compenser le « moins » de temps qu'ils ont à consacrer à leur enfant par une qualité de présence plus importante « *Ces mamans souffrent de pas venir tous les jours et elles sont encore plus présentes quand elles viennent.* ».

Il est donc important d'expliquer aux mamans qui ne peuvent pas venir aussi souvent qu'elles le voudraient, qu'elles n'ont pas à se culpabiliser. Le rôle des infirmières est alors d'écouter les mamans de manière à ce qu'elles puissent exprimer leurs émotions et ensuite de les rassurer avec empathie. Elles

⁷² HAUTE ÉCOLE SANTÉ – SOCIAL VALAIS. op. cit.

pourront aussi leur proposer de téléphoner dans le service pour prendre des nouvelles de leur enfant. Dans ces situations, les infirmières assureront les présences nécessaires, feront le lien et combleront ainsi les absences de la maman, ce qui permettra à l'enfant de bien évoluer. Si la charge de travail du service le permet, les infirmières prendront en effet l'enfant un peu plus longtemps dans les bras les jours où la maman n'est pas là.

Lorsque ces mamans seront présentes, les infirmières s'effaceront le plus possible afin qu'elles puissent profiter au maximum de leur enfant.

Je leur ai posé une deuxième question qui était : **Trouvez-vous que les bébés dont les mamans ne viennent pas les trouver tous les jours sont plus attachés à vous plutôt qu'à elles ?**

L'enfant regarde différemment sa maman qu'une soignante, il reconnaît ses parents, il est tout à fait capable de faire la différence. Une infirmière affirme qu'elles sont des personnes anonymes parmi tant d'autres pour l'enfant. Lors du kangourou par exemple l'enfant est plus calme. Il reconnaît assurément la voix de ses parents, il sent leur odeur et cette même infirmière affirme que les parents ont du mal à croire que leur enfant les reconnaît aussi spontanément « *Ils pensent qu'on leur dit ça pour leur faire plaisir. Ils ont beaucoup de peine à y croire.* ». L'enfant crée des liens avec les gens qui s'en occupent, mais les liens tissés avec les parents sont différents. Il se confirme qu'il existe avec ceux-ci une base relationnelle beaucoup plus importante et une facilité plus grande à la développer. Les bébés montrent clairement qu'ils sont heureux de voir leur maman. Une infirmière relève qu'elles arriveront beaucoup plus facilement et beaucoup plus vite à calmer leur enfant que ne le feraient les soignants. Cette appréciation concorde avec celle apportée par les mamans. Il est certain que des liens de « famille » existent dès le début entre l'enfant et ses parents, liens qui n'existent pas avec le personnel soignant. Bowlby⁷³ considère à ce sujet que les liens familiaux sont les liens les plus forts et que le lien entre l'enfant et la mère constitue la clé des relations émotives de toute la vie du nouveau-né. A travers leurs propos, les infirmières confirment d'ailleurs

⁷³ NOEL, Louise. op. cit., page 56

cette théorie de Bowlby.

Certaines infirmières estiment toutefois que le bébé peut être plus à l'aise parfois avec elles plutôt qu'avec leur mère dans les cas où celle-ci est peu présente « *C'est fort possible que le bébé soit plus à l'aise avec l'infirmière parce qu'il reconnaît bien notre voix quand on s'occupe souvent de lui.* ». Leurs sentiments sont nuancés car elles pensent tout de même que le bébé est en mesure de faire la différence entre elles et la maman « *Ils reconnaissent toujours leur maman je dirais même si elle est peu là, ils reconnaissent leur maman en général ils montrent qu'ils sont contents de la voir.* ».

Selon Sander⁷⁴, lorsque la mère est absente, le bébé peut s'attacher à une autre personne, en l'occurrence l'infirmière. Trevarthen⁷⁵ dit également que lorsque la mère ne répond pas ou ne répond plus de manière appropriée aux états émotionnels du bébé, alors qu'une autre personne le fait, le lien se fait entre le bébé et cette autre personne. Le rôle prioritaire de l'infirmière dans ce cas est de favoriser le lien mère – enfant. Ce rôle que jouent les infirmières est largement ressorti lors des entretiens avec elles. Elles accordent à ce point une importance essentielle. Elles n'ont pas pu toutefois me dire clairement si oui ou non le bébé était plus attaché à elles qu'à leur maman.

Il s'avère que les bébés s'attachent davantage à certaines infirmières plutôt qu'à d'autres. Comme pour toute relation humaine, le « courant » passe mieux avec certaines personnes qu'avec d'autres, au début d'une relation en tout cas. C'est ce que l'on appelle communément le phénomène des « atomes crochus » ! « *Y a des voix qu'ils vont reconnaître, qui vont les calmer... y a des voix qu'ils aimeront moins.* ». Les infirmières confirment les propos des mamans par rapport aux situations créées par le tournus du service et que les bébés apprécieront plus ou moins telle ou telle infirmière.

D'une manière générale, les bébés pleureront plus facilement avec les infirmières qu'avec les mamans « *Je pense qu'un enfant dont la maman vient peu il pleurera plus... et puis il pleurera surtout quand sa maman part.* », « *Dix infirmières ne valent pas une maman !* ». Cela confirme les propos cités plus haut, à savoir que les mamans arrivent mieux à calmer leur enfant que les

⁷⁴ MONTAGNER, Hubert. op. cit., page 272

⁷⁵ ibid., page 106

infirmières.

Une infirmière dit « *On peut pas dire qu'il est attaché à nous, en fin de compte il essaie de communiquer avec nous et nous on essaie de communiquer avec lui.* ». Elle constate ainsi que le bébé est plus proche de sa mère, qu'il y est attaché et qu'il manifeste son désarroi en pleurant lorsqu'elle s'en va.

La plupart des infirmières affirment que certains parents peuvent apporter du stress à l'enfant mais pas à l'équipe soignante car celle-ci est professionnelle et a l'habitude de gérer ce type de situations « *L'enfant va le ressentir et puis il aura tendance à euh... faire un petit peu plus de bradycardie ou au contraire un peu de tachycardie. Je pense que si les parents sont angoissés quand ils font les gestes, l'enfant va forcément le ressentir.* ». Il se peut qu'il y ait des cas particuliers, des parents pénibles par exemple. Ce sont eux qui généralement ont le plus peur. Ils peuvent dans certains cas devenir agressifs, voire même violents. Par leur attitude, ils créent des situations stressantes qui nécessitent un engagement accru de la part du personnel soignant. Le rôle de l'infirmière est alors de gérer la situation, de la décrisper en calmant les intéressés et de recentrer finalement les choses sur l'enfant lui-même et sur son environnement, soit sur l'essentiel.

Contrairement à ce que je pensais avant les entretiens, les infirmières ne sont en général pas particulièrement stressées par rapport à l'environnement dans lequel elles évoluent, constitué notamment par :

- la survenance possible de complications auxquelles sont exposés les prématurés,
- les moniteurs qui sonnent à longueur de journée,
- les surveillances à effectuer régulièrement,
- la pression des parents,
- etc,...

Cela met en évidence la qualité professionnelle et l'expérience acquise par les infirmières interrogées qui toutes ont 14 ans et plus d'activité dans ce service.

6.4.4. Le rôle et les limites de l'infirmière

L'objectif de ce thème était de savoir si l'infirmière sait jusqu'où elle peut s'investir dans sa relation avec le bébé et connaît ainsi précisément son rôle et ses limites.

Mamans

Je leur ai posé une première question qui était : **Que pensez-vous de la présence des infirmières dans la relation qui existe entre vous et votre bébé ?**

Dans la majorité des cas les mamans disent que les infirmières leur laissent créer le lien avec leur enfant, qu'elles n'interfèrent pas dans la relation et qu'elles les laissent être en famille le plus possible. Lors des moments kangourou ou après les soins les rideaux sont tirés et les infirmières ne viennent que lorsque les machines sonnent. Les mamans estiment cependant important que les infirmières soient présentes car leurs bébés sont tout de même prématurés.

Il est clair que la présence de l'équipe médicale est indispensable pour la survie du prématuré et les mamans en sont pleinement conscientes. Il s'agit alors pour l'infirmière d'assurer une relation de confiance avec la mère, qui permettra à celle-ci d'optimiser le rapport qu'elle a avec son enfant. Les mamans s'accordent à dire que les infirmières sont des partenaires plutôt que des concurrentes.

L'une des mamans trouve que certaines infirmières interfèrent tout de même un peu dans la relation entre elle et son bébé. Si certaines infirmières laissent les mamans en famille lors des soins dans les situations où tout se passe bien en assurant une présence discrète, d'autres par contre sont plus présentes et tiennent à assister à toute la phase de soins. Cette présence continue peut déranger certaines mamans qui estimeront alors que l'infirmière interfère dans leur relation avec leur enfant. Cela dépend finalement pour beaucoup du caractère de l'infirmière et de sa manière de travailler. Pour ce qui concerne cette maman, même si elle n'est pas dérangée outre mesure par la présence

de l'infirmière, elle préférerait toutefois être plus seule avec son enfant pour s'habituer aussi à être autonome. Elle se sentirait encore plus à l'aise pour faire les soins en étant seule qu'en présence de quelqu'un qui observe constamment ce qu'elle fait.

Il ressort de ces entretiens que les infirmières abordent leur travail de manière très professionnelle et qu'elles savent pertinemment doser leur implication par rapport à la mère et à l'enfant. Il faut dire ici que le personnel infirmier travaille à longueur d'année avec des mamans et des enfants et qu'ainsi il a une perception très précise du degré de présence nécessaire. Ce personnel est aussi à même de juger la capacité des mamans à accomplir de manière autonome et correctement certains actes concernant la prise en charge de leur bébé. Il fait d'ailleurs partie des compétences⁷⁶ du personnel infirmier de savoir mettre en place et de maintenir le cadre nécessaire à de bonnes relations et aussi de s'impliquer personnellement dans le respect de l'altérité des mamans.

Pour ce qui est des relations infirmières – mamans, il est certain que le courant passe mieux avec certaines personnes qu'avec d'autres « *Certaines ont déjà fait les soins avant qu'on arrive !!!* ». Vu que les infirmières n'ont pas toutes la même manière de travailler, les soins se font parfois dans un ordre différent. Les parents peuvent alors être désorientés et ne plus savoir très bien comment s'y prendre. Généralement ils n'en parlent pas aux infirmières afin d'éviter toute source de conflit. Il a clairement été déterminé lors des entretiens que certaines infirmières sont plus autoritaires que d'autres « *Il y en a qui sont un peu plus autoritaires avec nous... comme pour dire "c'est mon travail"* ». Les mamans ont ainsi des points de comparaison entre diverses approches et diverses personnalités et apprécieront forcément plus ou moins certaines personnes.

Au-delà de cet aspect de degré de sympathie par rapport à une personne ou par rapport à une autre, les soignants savent mettre en œuvre des capacités de communication⁷⁷.

Lorsque les bébés sont plus grands et qu'ils sont ainsi plus éveillés, les mamans apprécieraient qu'il y ait une infirmière qui ne s'occupe que de leur enfant « *Des fois ça me faisait drôle d'arriver, elle était dans son relax pis elle*

⁷⁶ HAUTE ÉCOLE SANTÉ – SOCIAL VALAIS. op. cit.

⁷⁷ *ibid.*

pleurait, pis ma fois l'infirmière devait la laisser pleurer parce qu'elle devait s'occuper d'un autre bébé. Alors c'est vrai que j'étais encore plus présente. ».

Entre les souhaits de ces mamans et les réalités de l'organisation du service, il y a une marge que le personnel soignant s'efforce de réduire au maximum, mais qui existera toujours.

Je leur ai posé une deuxième question qui était : **Que pensez-vous de l'attitude de l'infirmière à l'égard de votre enfant ?**

L'attitude de l'infirmière est professionnelle « *L'infirmière qui s'occupe de la santé et puis la maman qui s'occupe de la relation mère – enfant.* ». Comme cité plus haut, des mamans ont plus d'affinités avec une infirmière qu'avec une autre. Elles préfèrent donc que telle ou telle infirmière s'occupe de leur enfant car les méthodes de certaines ne leur plaisent pas forcément « *Y en a qui le traitent mieux que d'autres.* ». Cette remarque fait référence à l'expérience et au caractère des infirmières. Certaines d'entre elles, par exemple, parlent au bébé avant de faire un soin ou avant de le tourner, ce que les mamans apprécient « *Je pense que l'enfant il doit aussi sentir quand la personne est plus brusque que l'autre. Il doit aussi se sentir plus à l'aise avec quelqu'un qui parle avec lui, qui le met à l'aise.* ».

Les mamans accordent beaucoup d'importance à l'attitude de l'infirmière envers leur enfant. Il est clairement dit dans la théorie que le bébé comprend l'intonation de la voix et que le soignant peut donc lui expliquer ce qu'il fait. L'aspect technique de la prise en charge du bébé peut être choquant pour les mamans ; ceci peut être atténué lorsqu'elles voient que les infirmières communiquent avec le bébé. J'ai très bien ressenti cela lorsqu'elles m'ont expliqué la façon dont les infirmières font les soins ; elles préfèrent assurément qu'elles parlent au bébé et qu'elles lui disent ce qu'elles font. Elles ont ainsi l'impression qu'il est plus à l'aise lorsqu'il sent que quelqu'un communique avec lui en faisant les soins.

Le fait que l'infirmière soit câline avec l'enfant, lui fasse des bisous, lui donne des petits noms ne dérange pas les mamans. L'une d'entre elles a même insisté pour qu'elle le fasse « *J'ai dit qu'elles pouvaient faire des bisous sans*

problème... j'ai insisté. Alors maintenant elles le font. ». Les mamans savent que les infirmières ne prennent pas leur place même si elles donnent de l'affection aux bébés « *Elles sont super adorables avec lui. Elles lui donnent des petits noms, c'est hyper chou de les entendre parler. »*, « *Je sais qu'elles n'enlèvent pas mon rôle de maman. »*.

Malgré parfois le manque d'affinités, les mamans sont unanimes à dire que les infirmières s'occupent très bien de leur bébé, qu'elles sont très compétentes et qu'elles savent garder la distance nécessaire par rapport à leur relation affective avec le bébé.

Les parents apprécient lorsqu'il y a toujours quelqu'un de présent pour leur enfant. Une maman m'a dit que sa fille avait un plan de soins qui décrivait toutes les habitudes du bébé, ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas et que malgré ce plan, certaines infirmières ne le consultaient pas et ne pouvaient ainsi pas tenir compte d'éléments déjà connus « *C'est un peu embêtant, mais on peut pas dire tous les jours et on veut pas non plus passer pour des parents qui sont toujours en train de se plaindre. »*. Cet exemple prouve à nouveau que les mamans n'osent parfois pas parler de peur de déranger le personnel soignant ou de passer pour des parents pénibles.

L'attitude de l'infirmière par rapport à l'enfant relève de celle d'une personne expérimentée. Au début, son implication est forcément nécessaire vu l'inexpérience en la matière des mamans. Celles-ci d'ailleurs relèvent d'une manière générale qu'elles sont satisfaites de l'intervention des infirmières qui leur servent de modèle et desquelles elles apprennent les gestes et attitudes adéquats. Des mamans peuvent parfois estimer que l'une ou l'autre infirmière manque de délicatesse ; cela provient du fait que les mères en question ne sont pas encore suffisamment à l'aise elles-mêmes et formées pour apprécier correctement la pratique des infirmières sur lesquelles elles portent ce jugement. L'émotion de ces mamans l'emporte sur la réalité objective même du soin.



Source : Anne Geddes⁷⁸

Infirmières

Je leur ai posé une première question qui était : **Comment vous investissez-vous émotionnellement, affectivement avec les bébés ?**

Les infirmières qui travaillent en néonatalogie aiment les enfants. Elles s'investissent beaucoup dans leur travail. Quand elles sont en service, leur motivation les conduit à être totalement présentes pour les enfants et les parents « *Je m'investis tout autant auprès des enfants qu'auprès des parents.* ». Elles sont attentives à leurs besoins et savent faire la part des choses « *Bien faire aussi la part des choses qu'on est infirmière donc on s'occupe de l'enfant mais il ne nous appartient pas. Et ça aussi on doit le faire passer à l'enfant.* ». Lorsque après le travail elles rentrent chez elles, cela ne leur pose en principe aucun problème de nature affective.

Il importe pour les infirmières de gérer au mieux leur degré d'émotion par rapport aux bébés dont elles s'occupent et de maîtriser ainsi continuellement leur rapport affectif au bébé. Un engagement trop important à ce niveau serait source bien évidemment de problèmes pour l'infirmière. L'une d'entre elles affirme qu'elle fait les soins adéquats à l'enfant, qu'elle le cajole, lui parle,

⁷⁸ Geddes, Anne. op. cit.

l'embrasse, prend soin de lui... mais qu'elle sait aussi très bien faire la part des choses et s'en détacher. L'attitude reste ici très professionnelle, mais n'empêche pas un certain degré d'empathie « *Je sais très bien donner la place aux parents.* ». Le degré d'attachement nécessaire est plus facilement gérable si les infirmières associent les mamans aux soins et qu'elles les laissent le plus possible avec leur enfant. A ce moment, les infirmières pourront en quelque sorte rester à l'extérieur de la relation mère – enfant et n'intervenir que lorsque la situation l'exige. Cela permet un certain recul et permet aussi de doser au mieux l'implication de l'infirmière.

Dans le cas où la santé d'un bébé est plus délicate ou qu'elle se péjore, les infirmières se feront plus de souci et cela aura des conséquences sur leur degré d'attachement. Une situation critique aura tendance à les impliquer plus dans la relation « *Si moi j'ai un petit qui va pas bien, je m'inquiète. (...) De temps en temps on se fait avoir, dans des situations difficiles, rien ça nous fait pas.* ». Il n'est alors pas toujours évident de rentrer à la maison et d'oublier ce qui s'est passé durant la journée. Aussi pour les situations chroniques, les émotions sont plus difficiles à gérer car le bébé reste plus longtemps et les infirmières s'investissant plus longtemps, auront d'autant plus d'affection pour ce dernier « *Ici on a tendance à avoir des chroniques et effectivement si tu t'investis trop à la fin quand ils s'en vont... euh que ce soit à la maison ou ailleurs ça peut être difficile.* ». J'ai pu nettement ressentir cet élément dans le timbre de leur voix lorsqu'elles m'en ont parlé. Malgré tout leur professionnalisme, elles doivent dans ces cas faire un effort supplémentaire pour pouvoir distinguer les choses et tourner la page par rapport au vécu de la journée.

Il a plusieurs fois découlé des discussions que l'expérience joue un rôle important au niveau de l'attachement. Les infirmières ayant quelques années de pratique gèrent mieux ce phénomène et c'est la pratique qui apprend à se protéger et à trouver le juste amalgame. « *J'aime beaucoup mon travail, j'adore, je suis très impliquée, mais je pense que je ne suis plus impliquée émotionnellement comme auparavant quand je prenais les choses à cœur et tout. Je pense que c'est l'expérience qui fait.* ».

Dans le cadre de leurs compétences⁷⁹, les infirmières doivent être aptes à mettre en place et à maintenir les cadres nécessaires au travail relationnel. L'on peut se rendre compte ici que l'expérience apporte la maturité nécessaire pour gérer au plus juste l'implication affective dans la relation avec le bébé et particulièrement avec ceux qui nécessitent plus de soins et qui font des séjours prolongés. Les jeunes infirmières auront ainsi besoin d'un vécu pratique pour arriver à gérer le côté émotionnel.

Une infirmière avoue ne s'être jamais attachée aux enfants. Elle venait cependant parfois s'en occuper en dehors de ses heures de travail, ce qui peut paraître contradictoire. Au moment où les enfants s'en vont elle n'éprouve pas de tristesse car pour elle le but est finalement qu'ils rentrent à la maison. Ce propos est ressorti à plusieurs reprises « *Et même si on a une petite larme quand un enfant qui est resté longtemps part, c'est toujours des larmes de bonheur parce que... c'est pour ça qu'on travaille, c'est pour qu'ils rentrent à la maison !* ». Notre rôle d'infirmière consiste à soigner et à aider les patients tout au long de leur séjour à l'hôpital. Lorsque l'un d'entre eux repart en bonne santé, cela est source de plaisir et parfois certainement d'émotions !

Lorsque des situations difficiles apparaissent et qu'un support psychologique est nécessaire, des psychologues interviennent. Les infirmières peuvent donc compter dans ces cas sur des professionnels qui les aideront à surmonter des instants plus lourds. Les réunions de service aident aussi le personnel soignant à gérer les moments plus délicats. Il fait d'ailleurs partie des compétences⁸⁰ des infirmières d'utiliser les prestations et capacités des autres professionnels pour les patients. Les infirmières peuvent aussi, pour leur compte, faire appel à des ressources externes.

Je leur ai posé une deuxième question qui était : **Comment jugez-vous la distance que vous gardez entre vous, la maman et le bébé ?**

En parlant des enfants, deux infirmières distinguent dans leur discours la manière de parler de ceux-ci. Elles relèvent en effet que le fait de dire « les

⁷⁹ HAUTE ÉCOLE SANTÉ – SOCIAL VALAIS. op. cit.

⁸⁰ *ibid.*

enfants dont je m'occupe » plutôt que « mes enfants » aide à garder une certaine distance dans la relation. Lorsqu'elles répondaient à mes questions, les infirmières avaient effectivement tendance à dire « mes enfants ». Cette formulation, probablement involontaire, démontre leur engagement émotionnel et un degré d'attachement bien réel.

Comme déjà dit plus haut, elles ont à suppléer les parents lorsqu'ils ne sont pas là. Toutes les infirmières interrogées affirment que lorsque les parents sont présents, elles leur cèdent leur place, les laissent avec leur bébé pour les soins autant que faire se peut et les impliquent le plus possible dans le processus de soins. Elles sont unanimes à dire que leur attitude est professionnelle. L'expérience leur apprend à faire le plus de place possible aux parents.

Catherine Druon⁸¹ dit que si l'équipe est trop proche de la famille, cela risque de nuire au rapprochement de celle-ci avec le bébé et empêche donc une meilleure découverte du bébé par ses parents. Les infirmières de ce service impliquent les mamans dans les soins et les laissent d'une manière générale le plus possible avec leur enfant. Grâce à cette manière de faire, les parents accordent toute leur confiance à l'équipe car ils ont conscience que chacun joue le rôle qui lui est dévolu.

Lorsque les infirmières parlent de leur attitude par rapport à l'enfant, leurs avis divergent. Trois d'entre elles agissent de la même manière lorsque les parents sont là « *Je fais aussi des bisous quand les parents sont là, ce qui me permet d'être très à l'aise et pas de le faire dans le dos des parents.* », alors qu'une autre adopte un comportement différent. Cette dernière évitera de faire des bisous au bébé lorsque la maman est présente, pour éviter que celle-ci puisse penser qu'elle prenne trop de place.

Les infirmières n'estiment pas empiéter sur le rôle des mamans, bien au contraire « *J'ai pas l'impression de prendre la place des parents mais de jouer un rôle d'infirmière qui est complet et pas seulement de soignante technique. (...) Si un jour ils ne sont pas là, ils seront contents de savoir que leur enfant a de l'affection et pas seulement des soins.* ». Les soignants ont une responsabilité technique à assumer durant leur travail. Cette responsabilité

⁸¹ DRUON, Catherine. op. cit., page 68

professionnelle ne décharge pas pour autant les parents de leur propre responsabilité parentale vis-à-vis du bébé. Elles en sont conscientes et ne cherchent ainsi pas à se substituer aux parents.

Une infirmière dit toutefois que parfois les mamans ont l'impression qu'elles prennent leur place. Cette affirmation n'est cependant pas confirmée par les réponses des mamans.

Les infirmières plus âgées et donc plus expérimentées arrivent plus facilement à déterminer jusqu'à quel point elles peuvent s'impliquer par rapport à l'enfant en examinant et en comprenant les réactions des mamans par rapport à chacune de leurs actions.

Il ressort des réponses aux questions sur ce chapitre que les infirmières entretiennent un bon contact avec les parents et qu'elles savent garder, en référence à la question posée dans ce mémoire, les distances appropriées avec les enfants et faciliter de la sorte le développement du lien entre la maman et le bébé. Pour chacune des mamans, leur cas est unique et particulier, alors qu'en fait pour les infirmières il s'agit d'une répétition de situations ce qui facilite bien évidemment pour elles l'approche. A force d'expérience, les infirmières arrivent bien à gérer leurs sentiments d'autant plus que les mamans et leurs bébés se succèdent à longueur d'année dans le service. Cela dit, le professionnalisme n'empêche pas les infirmières de s'investir avec émotion.

Pour terminer, je leur ai demandé : **Comment estimez-vous votre implication dans la relation entre la mère et son bébé ?**

Cette notion de lien est toujours présente. L'infirmière doit en fait s'impliquer dans la relation, de façon à favoriser l'attachement entre la mère et l'enfant. Elle agit en quelque sorte à l'image d'un guide qui accompagne une partie du chemin. L'infirmière pourra faire en sorte que la maman se sente bien dans le service et lui fera découvrir les compétences du bébé jour après jour.

Les infirmières vont inviter les mamans à participer le plus possible à la prise en charge du bébé. Celles-ci peuvent venir aussi souvent qu'elles le souhaitent dans le service. Dans la plupart des cas, les soins sont organisés en fonction de leurs visites, ce qui leur permet de se rapprocher plus de leur enfant et de

mieux le connaître « *Un petit bébé on peut pas s'en occuper sans sa famille.* ». L'enfant et les parents ont des capacités. Il appartient aux infirmières de créer les conditions pour que les deux puissent les mettre en valeur et les exploiter. Le but est de faire en sorte que l'enfant soit bien.

L'infirmière développe ici les compétences⁸² qu'elle possède en matière d'adaptation et d'innovation. En fonction des cas, elle propose des alternatives dans le projet de soins tout en appréhendant la complexité de la situation, chaque binôme maman – enfant étant différent.

Toutes les parties doivent se faire confiance pour pouvoir évoluer « *Les parents en fin de compte ils nous font confiance et c'est important puisqu'en fin de compte ils nous laissent leur bébé pour qu'on s'en occupe et nous aussi on doit leur faire confiance de leurs capacités.* ». Les infirmières revalorisent les mamans « *Il faut vraiment qu'elles se sentent sécurisées et puis leur dire qu'elles sont capables, qu'elles peuvent le faire. Nous on est des professionnelles, on a l'habitude, mais vous aurez autant l'habitude que nous.* ». Une infirmière dit qu'elle apprend aux mamans à observer leur bébé pour leur donner confiance en elles, car elles ont constamment un œil fixé sur l'écran du monitoring « *Souvent j'arrête le monitoring quand les enfants sont bientôt prêts au départ.* ». Les mamans ont le désir de faire le plus possible pour leur bébé ; aussi il est essentiel que les infirmières laissent une place importante aux mamans.

La relation infirmière – maman suit en intensité l'acquisition par cette dernière des compétences nécessaires par rapport à la prise en charge du bébé. Au début la présence de l'infirmière sera importante pour diminuer au fur et à mesure. Cette implication dépend aussi de l'évolution de la santé de l'enfant et par conséquent des soins professionnels que son état nécessite.

Dans toute situation et plus particulièrement dans les plus difficiles, il appartient à l'infirmière de comprendre ce qui ne joue pas et d'appeler les personnes compétentes pour l'aider à résoudre les problèmes qu'elle ne maîtrise pas. Dans son environnement, elle peut compter sur l'aide d'un service social, d'un aumônier, de pédopsychiatres, de médecins, de traducteurs, etc. Elle a ainsi à

⁸² HAUTE ÉCOLE SANTÉ – SOCIAL VALAIS. op. cit.

mobiliser rapidement des savoirs combinés pertinents en se référant à un corpus de connaissances professionnelles actualisées⁸³.

Les infirmières ont souvent un rôle de réconfort à jouer dans des situations parfois difficiles à gérer pour les parents. L'une d'entre elles utilise l'humour et l'amour pour essayer de dédramatiser une situation, sans pour autant la minimiser « *Je vais pas faire rire dans une situation qui n'est pas appropriée.* ». Cette affirmation permet de constater que l'infirmière utilise des approches pédagogiques personnalisées en tenant compte des caractéristiques de chacune des mamans⁸⁴.

Il est ressorti des entretiens que le personnel soignant doit faire preuve d'une grande faculté d'adaptation. Parmi les patients, il y a des gens qui viennent d'horizons différents, de nationalités différentes. Les cultures diverses font que les approches sont parfois différentes et que les infirmières se retrouvent ainsi face à des modèles auxquels elles ne sont pas habituées. Elles ont à comprendre et à accepter des valeurs, des coutumes différentes des nôtres.

Finalement il m'a été dit, et cela résume bien l'attitude qu'une infirmière doit avoir, qu'il suffit d'être correct avec les parents pour qu'une relation se passe bien « *Ce qui est important c'est d'avoir une attitude cohérente pour que l'attachement avec les parents soit fait, qu'on leur apporte autant d'attention à eux qu'à leur enfant et avec ça c'est facile.* ». Dans chaque situation, des liens plus ou moins forts se créent entre les mamans, les infirmières et les bébés, ce qui enrichit aussi bien les uns que les autres « *Les choses qu'on vit avec les parents et les enfants c'est fort hein !* ».

⁸³ ibid.

⁸⁴ ibid.

7. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Grâce à ces entretiens j'ai beaucoup appris sur la prématurité et découvert de nombreux éléments insoupçonnés. L'analyse de ceux-ci me permet de vérifier mes hypothèses de départ.

Hypothèse 1 :

L'hypothèse « **La naissance prématurée est difficile à vivre pour la maman et le bébé et perturbe les liens d'attachement qui pourraient se créer normalement.** » est confirmée par l'enquête.

Les réponses obtenues tant de la part des mamans que de la part des infirmières lors des entretiens indiquent que la naissance d'un enfant prématuré est évidemment difficile à vivre pour les mamans. Il se vérifie qu'elles ne sont pas prêtes physiquement à accoucher et aussi et surtout psychologiquement. Il est relevant que la plupart des mamans ne se souviennent pas de leur accouchement. Lors de celui-ci elles ne peuvent ni voir ni prendre leur enfant dans les bras comme cela se fait suite à une naissance classique. Le bébé prématuré est en effet directement placé sous incubateur et emmené dans le service de néonatalogie, ce qui crée chez toutes les mamans un fort sentiment d'inquiétude. Elles se trouvent ainsi séparées immédiatement de leur enfant, ce qui provoque un déchirement au niveau affectif. Les infirmières s'accordent à dire que le fait de ne pas avoir pu mener une grossesse à terme, de devoir faire le deuil de l'enfant idéalisé, est une situation très culpabilisante. Par manque d'informations sur la prématurité avant l'accouchement, les mamans se sentent perdues et ne savent pas à quoi s'attendre pour la suite des événements. Ceci génère de l'angoisse et de la peur. La petite taille de l'enfant et parfois son état critique perturbent les mères au plus haut point lorsqu'elles le voient pour la première fois dans le service. L'environnement technique (incubateurs, moniteurs cardiorespiratoires, pompes à soluté, pompes à gavage, assistances respiratoires, etc. ...) dans lequel l'enfant est placé est aussi source de

perturbation pour les mères. Aucune des mamans n'a été préparée à cette réalité et du jour au lendemain elles doivent trouver d'autres repères et adapter plus encore leur mode de vie.

L'incubateur constitue une barrière importante entre la mère et l'enfant et perturbe la création des liens d'attachement. Dans les cas où l'enfant doit y rester constamment, le contact physique est fortement diminué. Cet aspect a été relevé par toutes les mamans et toutes les infirmières.

Au vu des raisons évoquées ci-dessus, je suis en mesure d'affirmer qu'un accouchement prématuré est effectivement difficile à vivre pour la maman et que ce type d'accouchement peut perturber les liens d'attachement.

Hypothèse 2 :

L'hypothèse « **Les infirmières ne peuvent pas laisser les mamans s'investir comme elles le souhaiteraient et ce pour des raisons de structure, de fonctionnement du service et de sécurité.** » se révèle être partiellement juste.

Toutes les mamans ont été impliquées dans les soins de base à donner à l'enfant dès que cela était possible et ce afin qu'elles puissent s'approprier leur bébé. Grâce à la disponibilité du service, les mamans peuvent venir quand elles le souhaitent, 24 heures sur 24. Toutefois, quand la situation est encore trop critique et que l'enfant est encore beaucoup appareillé, la participation aux soins n'est pas possible et est ainsi reportée. Cette période est particulièrement difficile à vivre pour les mamans qui ne peuvent jouer spontanément leur rôle de mère. Il est donc juste, dans certains cas nécessitant une prise en charge particulière, que les infirmières ne peuvent pas laisser les mamans s'investir autant qu'elles le souhaiteraient, bien que le maximum soit fait dans ce sens.

Les infirmières impliquent donc les mamans le plus possible dans les soins en fonction de la situation.

Pour ce qui est des informations, les mamans sont très bien renseignées quant à la situation de leur bébé. Chaque fois qu'elles arrivent dans le service, elles ont droit à un rapport sur l'évolution de la santé de leur enfant. Les infirmières travaillent en collaboration avec les autres professionnels de la santé

(assistante sociale, pédopsychiatre, spécialiste de la maladie en cause, médecin, ...). Les mamans apprécient beaucoup d'être entourées à ce point et se sentent sécurisées.

Hypothèse 3 :

L'hypothèse « **Les parents présents auprès de leur enfant dans le service de néonatalogie développent immédiatement leur relation avec celui-ci, ce qui en améliore la qualité.** » est en partie confirmée.

Les mamans interrogées sont présentes quotidiennement dans le service et trouvent très important d'être auprès de leur enfant ; elles ressentent fortement le besoin d'être là. Il est ressorti des entretiens que la relation mère – enfant s'est faite ressentir surtout lors du premier kangourou, lorsqu'un vrai contact peau à peau a eu lieu. Les mamans sont persuadées que leurs bébés les reconnaissent quand elles sont là, qu'ils sentent leur présence et reconnaissent aussi leur voix. Le discours des infirmières confirme cette appréciation. Aussi bien les infirmières que les mamans disent que les bébés sont en général autant à l'aise avec les unes qu'avec les autres, mais qu'ils semblent toutefois plus apprécier d'être avec leur maman. Le sentiment de deux infirmières est nuancé dans le sens où celles-ci affirment que les enfants peuvent être plus à l'aise avec elles qu'avec leur mère dans les cas où cette dernière est peu présente. Elles disent cependant que l'enfant fait tout de même la différence lorsque la mère est là. Il est démontré que les mamans arrivent mieux à calmer les bébés lorsqu'ils sont excités ou lorsqu'ils pleurent ; ceux-ci sont moins réceptifs aux infirmières étant donné qu'elles changent souvent en fonction des tournus d'équipe.

Comme cité à l'hypothèse 1, si l'enfant est appareillé et doit constamment rester en couveuse, la relation en sera affectée. Les infirmières ne peuvent dire si les bébés dont les mamans ne viennent pas tous les jours sont moins attachés à leur maman que dans les autres cas. Il y a bien des petits signes observables comme par exemple que les enfants vomissent plus, pleurent plus, sont plus tristes qui tendraient à confirmer qu'un bébé pâtit d'une présence moins fréquente de sa maman.... mais que les parents viennent chaque deux jours plutôt que tous les jours ne permet pas de détecter ces signes.

Hypothèse 4 :

L'hypothèse « **La présence des parents dans le service de néonatalogie est source de stress, vu l'inexpérience de ceux-ci.** » est démentie car les infirmières disent que les parents peuvent apporter du stress au niveau de l'enfant, mais pas au niveau de l'équipe car celle-ci a l'habitude de gérer ce genre de situations. Une infirmière a toutefois affirmé que certains parents violents, voire agressifs peuvent créer des situations stressantes au niveau du service. Ce type d'évènement demeure très rare, mais devait être mentionné du fait d'une survenance possible. Aussi je n'en tiendrai pas compte du fait de son caractère marginal.

Les mamans interrogées ont dit ne pas ressentir de stress ni au sein du service, ni au sein de l'équipe soignante.

Hypothèse 5 :

L'hypothèse « **L'infirmière sait jusqu'où elle peut s'investir dans sa relation avec le bébé et connaît ainsi précisément son rôle et ses limites.** » est confirmée.

Dans la majorité des entretiens, les mamans disent que les infirmières les laissent créer le lien avec leur enfant et qu'elles n'interfèrent pas dans leur relation. Il a également été constaté que comme pour tout être humain, le courant passe mieux avec certaines personnes qu'avec d'autres. Les mamans confirment cependant la compétence des infirmières dans leur travail. Elles avouent avoir besoin qu'une infirmière soit constamment présente dans la chambre du bébé, afin d'être rassurées.

Il est ressorti de tous les entretiens que les infirmières restent professionnelles. Les mamans sont très attentives à l'attitude de l'infirmière envers leur enfant. Elles apprécient que les infirmières communiquent avec lui, ce qui permet de rendre les soins plus agréables pour l'enfant. Le fait que les infirmières soient câlines avec les bébés, qu'elles leur fassent des bisous, leur donnent des petits noms ne dérange absolument pas les mamans. Elles savent que leur rôle ne leur est pas enlevé et préfèrent que leur bébé ait de l'affection avec les soins.

Les infirmières s'investissent beaucoup dans leur travail, sont très présentes

pour les enfants comme pour les parents, mais savent faire la part des choses. Il est primordial pour elles de servir de lien entre l'enfant et la mère et ainsi de les aider à favoriser l'attachement. Les infirmières ont compris qu'en associant les mamans aux soins et en les laissant le plus possible avec leur enfant, le détachement se fait beaucoup plus facilement pour l'infirmière. Par contre, il peut arriver qu'il ne soit pas toujours facile pour elles de rentrer à la maison et d'oublier ce qui s'est passé durant la journée, car elles se soucient tout de même de l'état des bébés dont elles se sont occupées. Parfois les émotions ne sont pas faciles à gérer, surtout dans les cas difficiles ; elles peuvent alors faire appel à des psychologues ou demander des réunions de service pour gérer une situation. L'objectif de toutes est de soigner l'enfant pour qu'il puisse rentrer à la maison au plus tôt et elles sont contentes et satisfaites lorsque c'est le cas !

Toutes les infirmières interrogées ont plusieurs années d'expérience dans ce service, ce qui leur permet de se protéger émotionnellement.

Les différentes parties doivent se faire confiance pour pouvoir évoluer, c'est pourquoi les infirmières revalorisent les mamans, leur apprennent à observer leur bébé et les réconfortent dans les situations difficiles. En leur faisant comprendre leur rôle et en leur laissant leur place de mère, les infirmières sont correctes avec les parents et peuvent ainsi évoluer dans le bon sens.

Pour toutes les raisons évoquées ci-avant par les mamans ou par les infirmières, je suis en mesure de dire que l'infirmière connaît son rôle, sait garder ses distances et laisse la place adéquate aux mamans.



Source : BBC News, août 2000⁸⁵

⁸⁵ BBC News. *Education : Premature babies 'are less intelligent'* [En ligne]. Adresse URL : http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/education/871115.stm (Page consultée le 10 juillet 2007)

8. SYNTHÈSE



La vérification des hypothèses étant faite, je vais à présent pouvoir faire la synthèse des résultats obtenus et répondre ainsi à la question de départ.

8.1. Résumé

En réalisant ce mémoire, mon objectif était de découvrir le maximum d'informations propres à la relation qui se noue entre les parents, les infirmières et le bébé. A partir des éléments de réponses obtenus, j'ai pu identifier le rôle que joue l'infirmière dans ce contexte.

Un accouchement prématuré crée un sentiment d'angoisse plus ou moins fort chez les parents. Le stress que génère un tel évènement peut fragiliser les mamans. Lors d'un accouchement prématuré, elles sont directement séparées de leur enfant afin que celui-ci puisse être pris en charge dans des conditions optimales. Le bébé est mis sous couveuse et n'est donc pas présent auprès de sa mère comme lors d'un accouchement normal. Ceci peut interférer dans la relation mère – enfant et ainsi perturber les liens d'attachement.

Au terme de cette recherche, je constate ainsi que les infirmières ont un rôle très important à jouer dans ce genre de service tant au niveau technique, à savoir des soins à apporter, qu'au niveau psychologique et relationnel. J'ai pu me rendre compte que celles que j'ai contactées connaissent très bien l'environnement technique dans lequel elles ont à évoluer. Ces bases solides leur permettent d'évaluer les situations et de tenir le discours approprié aux mamans, elles leur permettent aussi d'impliquer correctement celles-ci dans les soins et ce au fur et à mesure de l'acquisition des compétences. L'expérience acquise par les infirmières concernées et leur professionnalisme leur permet d'intervenir de la meilleure des manières qui soit dans la relation mère – enfant et de doser ainsi au plus juste leur implication personnelle.

A mon sens toutes les conditions nécessaires sont réunies pour que le rapprochement mère – enfant puisse s’opérer de façon optimale.

L’infirmière ne s’implique pas au-delà d’un certain point et de la sorte ne se substitue pas aux parents. Ces derniers peuvent ainsi prendre leurs responsabilités face aux exigences que requiert une telle naissance. Elle implique les mamans dans les soins et les laisse, d’une manière générale, le plus possible avec leur enfant. Grâce à cette manière de faire, les parents accordent toute leur confiance à l’équipe car ils ont conscience que chacun joue le rôle qui lui est dévolu.

L’infirmière est une partenaire pour les mamans. Elle leur sert de « guide » et les accompagne tout au long du chemin.

8.2. Réponse à la question de départ

Après avoir lu divers livres et écrits sur la relation parents – enfant – soignants, après avoir constitué mes cadres théoriques et effectué mes entretiens, puis finalement analysé la matière obtenue et développé mon analyse, je suis en mesure de pouvoir répondre à ma question de départ qui est la suivante :

« Comment l’infirmière peut-elle favoriser le lien mère – enfant grand prématuré au travers de son implication dans leur relation et ce tant au niveau technique qu’affectif ? »

L’infirmière favorise le lien mère – enfant prématuré de plusieurs manières, toutes complémentaires les unes aux autres :

– **Accueil**

Lors de l’accueil de la maman, elle prépare celle-ci à la vue de l’enfant pour la première fois. Un travail psychologique à ce stade est en effet important car la vision de l’enfant appareillé crée une forte émotion, voire un choc. Aussi elle décrit la situation, soit l’enfant avec son appareillage en dédramatisant ce contexte et reste un moment avec elle auprès du bébé.

Elle fait preuve d'une écoute attentive car des éléments importants peuvent être ressortis de la part de la maman⁸⁶.

– **Informations**

Elle donne chaque jour les informations nécessaires aux mamans sur la situation actuelle de leur bébé et ce pour qu'elles se sentent en sécurité et qu'elles puissent développer des sentiments d'amour et de joie⁸⁷. Elle peut également établir une communication par téléphone avec les parents si ceux-ci ne peuvent pas être présents dans le service tous les jours.

– **Mise en confiance**

Elle rassure la maman sur l'environnement technique et la met à l'aise par rapport aux appareils nécessaires à soigner le bébé (incubateurs, tables chauffantes, lampes à photothérapie, moniteurs cardiorespiratoires, pompes à soluté, pompes à gavage, assistances respiratoires, etc...). La naissance prématurée d'un enfant génère du stress au sein d'une famille et les mamans peuvent être en situation de crise. Le rôle d'information de la part de l'infirmière est alors très important pour diminuer l'état de stress et faciliter ainsi l'entrée en relation avec le bébé dans un climat de confiance⁸⁸.

– **Sécurité**

L'infirmière crée un cadre sécurisant pour que la maman puisse s'épanouir pleinement et être en confiance. Les bonnes dispositions de la maman influent sur la perception qu'a le bébé de son environnement. Si celui-ci ne se sent pas en sécurité, il aura plus de difficulté à s'attacher et le processus sera ainsi entravé⁸⁹.

– **Soins**

Elle implique les mamans dans les soins de base comme la toilette, changer les couches, l'alimentation du bébé par exemple, autant que la situation le permet. Elle établit un climat de confiance avec les parents afin de donner

⁸⁶ Équipe soignante. op. cit., page 19

⁸⁷ BELL, Linda [et al.]. op. cit.

⁸⁸ COULON – STRUMEYER, Catherine. Soins au nouveau-né en néonatalogie. *Soins pédiatrie – puériculture*, janvier/février 1999, no 186, page 19

⁸⁹ MONTAGNER, Hubert. op. cit. 332 p.

aux soins le maximum d'efficacité⁹⁰. Les soins favorisent le contact physique entre mère et enfant et se trouvent ainsi être un élément important dans la création du lien.

– **Responsabilisation**

Elle adapte les horaires de soins de base en fonction des disponibilités des mamans et des siennes autant que faire se peut. Ceci permettra aux parents de se sentir responsables et engagés et les liens pourront alors s'établir. Cet engagement crée des responsabilités et implique certains choix. Les parents se sentent alors responsables de la sécurité, de la croissance et du développement de leur enfant.⁹¹

– **Expression des sentiments**

Elle permet aux mamans d'exprimer leurs angoisses, leurs craintes et de libérer leur agressivité. Les mamans sont ainsi soulagées et calmées, ce qui leur permet de transmettre un minimum de tension à leur enfant.

– **Écoute**

Elle est à l'écoute de la maman et se centre sur celle-ci pour lui transmettre les connaissances nécessaires en fonction des besoins du bébé⁹².

– **Intimité**

Elle favorise l'intimité en laissant le plus possible la maman et le bébé seuls et ainsi interfère le moins possible dans la relation. Elle peut par exemple différer des soins non urgents si nécessaire⁹³. Ceci permet de créer la proximité et la réciprocité qui favorisent l'attachement. La réciprocité entre la mère et l'enfant révèle en effet les liens qui les attachent l'un à l'autre⁹⁴. L'infirmière tentera de créer un environnement calme et intime propice à la détente et à l'instauration d'une relation de confiance entre la mère et l'enfant.

⁹⁰ Équipe soignante. op. cit., page 20

⁹¹ BELL, Linda [et al.]. op. cit., page 23

⁹² AUBERT, Brigitte. op. cit., page 61

⁹³ COULON – STRUMEYER, Catherine. op. cit.

⁹⁴ BELL, Linda [et al.]. op. cit., page 22

Les contacts précoces et répétés dès la naissance permettent aux parents de confirmer la réalité de l'enfant et de faire connaissance avec lui⁹⁵.

– **Valorisation**

Si une personne éprouve un sentiment de culpabilité, son image de soi est altérée et son potentiel confiance diminue, de même que ses facultés d'adaptation⁹⁶. Dès lors, l'infirmière revalorise la maman, lui apprend à observer son bébé et la réconforte dans les situations difficiles. Elle lui donne ainsi confiance en elle.

– **Collaboration**

Elle collabore avec les autres professionnels de la santé (assistante sociale, pédopsychiatre, spécialiste de la maladie en cause, médecin, ...) suivant les besoins de la situation. Les mamans apprécient de se sentir entourées et de bénéficier d'un large spectre de compétences et du soutien de la part de plusieurs spécialistes.

– **Présence**

Elle est présente pour les parents et les enfants, mais elle sait faire la part des choses. Elle sert de lien entre l'enfant et la mère pour les aider à favoriser l'attachement.

– **Affection**

Elle donne de l'affection au bébé tout en restant professionnelle. Les mamans apprécient que leur enfant reçoive de la tendresse et non pas que des soins techniques.

– **Modèle**

Par son expérience et ses capacités professionnelles, elle crée les conditions nécessaires à une bonne relation avec la maman qui peut ainsi se consacrer pleinement à son bébé. Le comportement de l'infirmière peut servir de modèle à la mère qui s'inspirera inconsciemment par la suite de celui-ci⁹⁷.

⁹⁵ *ibid.*, page 21

⁹⁶ ROY, Callista. *op. cit.*, page 311

⁹⁷ OLDS, Sally B [et al.]. *Soins infirmiers en maternité et en néonatalogie : une approche centrée sur la famille*. Éditions du Renouveau Pédagogique, Inc. Québec, 1984, page 862

– **Communication**

L'infirmière explique aux mamans les comportements utilisés par le bébé pour développer le contact. Les bébés reconnaissant leur maman, ils utilisent par exemple le sourire, les pleurs, le babillage comme moyens de communication⁹⁸.

– **Autonomie**

Une règle spécifique du service de néonatalogie du CHUV est de promouvoir et développer l'autonomie des parents dans la prise en charge de leur bébé et la réponse à ses besoins.⁹⁹ L'infirmière a donc un grand rôle à jouer afin que les parents puissent très tôt être indépendants à ce niveau.

Grâce à toutes ces attitudes, l'infirmière favorise pleinement la création des liens d'attachement entre la mère et l'enfant. Celle-ci peut effectivement, dans un climat de confiance, développer plus facilement la relation avec son bébé.

De plus, la disponibilité du service permet aux parents de venir aussi souvent qu'ils le souhaitent.



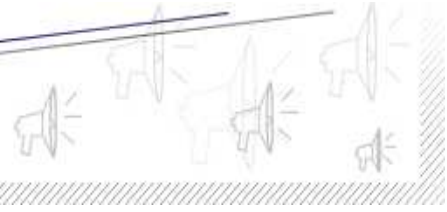
Source : Loftsites¹⁰⁰

⁹⁸ BELL, Linda [et al.]. op. cit., page 20

⁹⁹ Soins infirmiers HOSPICES – CHUV. op. cit.

¹⁰⁰ Loftsites [En ligne]. Adresse URL : <http://www.loftsites.co.uk/archie/230804.html> (Page consultée le 11 juillet 2007)

9. DISCUSSION



Dans ce chapitre, j'expose la validité ainsi que les limites de ma recherche. Je me positionne ensuite sur l'utilité de ce travail et émets quelques propositions.

9.1. Validité de la recherche

Le thème choisi m'a permis un contact étroit tant avec le personnel soignant qu'avec des mamans concernées par la prématurité. J'ai pu (compétence 5)¹⁰¹ effectuer une recherche dans un milieu de soins et collaborer avec différents professionnels. Ce thème a aussi présenté l'avantage de forcer la réflexion aussi bien sur le côté technique des soins à donner et sur un environnement matériel particulier, que sur le côté psychologique et émotionnel.

Après avoir posé ma question de départ, j'ai pu cibler les cadres de référence choisis sur la prématurité, ce qui m'a permis de les développer de manière cohérente. Suite aux compléments d'informations obtenus en réalisant ce premier travail, j'ai pu poser les hypothèses utiles en rapport avec cette première partie.

Pour ce qui concerne le choix des personnes interrogées, j'ai estimé indispensable d'interviewer non seulement des infirmières, mais aussi des mamans et ce afin de pouvoir comparer les réponses apportées par les unes et les autres et d'obtenir de la sorte les informations des deux pôles de façon à élaborer un travail complet. Cette approche a présenté l'avantage d'obtenir un point de vue aussi bien professionnel et expérimenté que naturel et spontané. Les deux groupes de personnes interrogées se sont vus poser les mêmes questions de base afin que l'analyse soit valable. Le fait d'interroger des infirmières expérimentées a été un choix délibéré. J'ai en effet préféré cet échantillonnage plutôt que des infirmières récemment diplômées, de façon à bénéficier le plus possible de l'expérience professionnelle accumulée (69 ans

¹⁰¹ HAUTE ÉCOLE SANTÉ – SOCIAL VALAIS. op. cit.

au total dans ce service pour les quatre infirmières approchées). Choisir d'interroger des mamans dont les bébés sont nés entre 28 et 32 semaines était également un choix délibéré afin de cibler au mieux la prise en charge par les infirmières. Ces choix m'ont paru pertinents car j'ai pu bénéficier auprès des infirmières d'un ensemble de compétences et d'expériences important, somme d'années de pratique, alors qu'auprès des mamans j'ai pu constater une situation de vie actuelle.

L'option d'interroger les personnes au CHUV était appropriée car c'est là que de nombreux grands prématurés sont soignés. Les infirmières travaillant dans ce service sont hautement spécialisées dans ce type de soins.

A mon sens, les résultats obtenus par rapport à mon objectif et mes attentes de départ sont positifs. J'ai pu découvrir un maximum d'éléments propres à la relation qui se noue entre les parents, les infirmières et le bébé. J'ai pu répondre avec satisfaction à mes hypothèses et à ma question de départ. Ce travail m'a permis de constater le rôle important que joue l'infirmière dans ce contexte.

9.2. Limites de la recherche

Pour récolter les données nécessaires à ce travail, j'ai eu une série d'entretiens avec différentes mamans et infirmières qui m'ont parlé de leurs expériences et de leurs émotions. N'ayant personnellement pas vécu de telles situations, j'ai été amenée à utiliser la matière fournie par ces personnes pour rédiger ce travail. Ce contexte d'étude aura présenté l'avantage d'une appréciation neutre de ma part.

Le travail a ses limites dans le sens où l'échantillonnage restreint de quatre mamans et de quatre infirmières ne donne pas forcément des réponses exhaustives. Le résultat aurait peut être été quelque peu différent si l'enquête avait porté sur un échantillonnage plus grand.

La méthode de l'enregistrement n'a gêné personne. Il m'a semblé toutefois qu'il n'était pas facile pour une partie des personnes interrogées de parler spontanément de ses moments intimes, de ses expériences, de son vécu émotionnel et de plus à une personne qu'elles ne connaissaient pas jusqu'à ce

jour. J'ai l'impression qu'effectivement il n'est pas simple d'exprimer correctement ce que l'on ressent et de répondre à des questions sur un sujet qui touche beaucoup et qui affecte.

9.3. Pour aller plus loin

Ce travail peut apporter des éléments intéressants au niveau professionnel aux jeunes diplômées qui souhaitent travailler en néonatalogie. Toute la partie sur l'attachement peut en effet leur être utile. L'expérience apportée par les infirmières constitue une source d'informations.

Ce travail peut aussi servir aux parents qui le liraient. Il peut leur apporter un éclairage sur l'environnement qui existe dans un tel service et il peut permettre de se rendre compte de la relation qui se noue avec le personnel soignant. Ceux-ci peuvent aussi prendre conscience de tout le travail que fait une infirmière pour favoriser la relation entre eux et leur enfant et ainsi être rassurés. Cette première approche peut favoriser le climat de confiance qui doit s'instaurer entre parents et personnel soignant.

Suite au stage effectué dans ce service de néonatalogie, j'ai pu constater que les infirmières ne pratiquent pas toutes de la même manière, ce qui peut être un élément perturbateur pour les mamans. Ceci peut se remarquer dans l'organisation de la journée par rapport aux soins à effectuer au bébé, voire dans la manière même de pratiquer le soin. Aussi, pour ce qui me concerne, j'optimiserais les schémas de communication entre les infirmières, de manière à ce que le discours et les manières de faire soient les mêmes par rapport aux mamans. Cette optimisation pourrait par exemple passer par la lecture systématique du plan de soins du bébé qui est inscrit dans son dossier et également par une transmission plus précise du déroulement des soins pour tous les bébés lors de chaque rapport. Lors de séances ponctuelles, des discussions pourraient avoir lieu de façon à mettre en harmonie les différentes manières de procéder.

Ne serait-il pas opportun que les médecins – gynécologues traitants informent leurs patientes sur la prématurité et sur le fait qu'un tel évènement peut se produire ? L'information serait alors utile car elle préparerait ainsi les mamans concernées, puisqu'elles sont à 9 %, à faire face à cette situation particulièrement difficile.

Selon les théories de Main (1991)¹⁰², il y aurait une transmission intergénérationnelle des liens d'attachement. Les femmes qui ont eu une mesure d'attachement insécure à leur propre mère, développent un lien anxieux avec leur enfant lorsqu'elles deviennent mères. Aussi, ne serait-il pas judicieux de faire un recueil de données sur les mamans avant l'accouchement, plus particulièrement sur leur enfance et sur leur relation avec leurs propres parents ? Ces informations seraient utiles à l'infirmière qui pourrait plus facilement cerner la personnalité de la maman et agir ainsi au mieux en connaissance de cause.

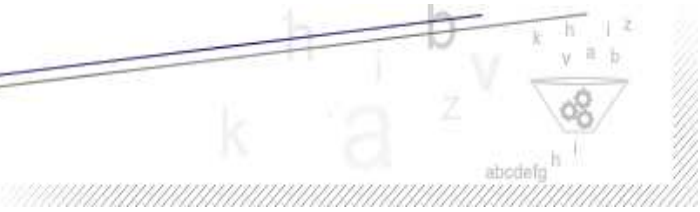


Source : IES Ronda¹⁰³

¹⁰² BELL, Linda [et al.]. op. cit., page 21

¹⁰³ IES Ronda. *When life's not a blessing* [En ligne]. Adresse URL: <http://www.iesronda.org/professor/jordan/daring/docs/express/premat/web/main.htm> (Page consultée le 10 juillet 2007)

10. CONCLUSION



Pour conclure ce travail, j'évoque les facilités et les difficultés rencontrées tout au long de la réalisation de celui-ci tant au niveau technique que personnel. Je relève aussi ce qu'il m'a apporté au niveau professionnel et en quoi il me sera utile dans ma pratique d'infirmière.

10.1. Bilan technique

La méthodologie utilisée pour réaliser ce travail m'a facilité la tâche. En effet, j'ai tout d'abord établi un calendrier de recherche¹⁰⁴ et me suis tenue aux échéances fixées par celui-ci, ce qui m'a permis de travailler avec méthode et respect du temps fixé. Grâce à une bonne organisation, j'ai pu progresser régulièrement et gérer correctement toute la durée sur laquelle a porté le travail. Au niveau de cette organisation je relève les heures de travail, la fixation des rendez-vous avec les divers intervenants, les déplacements à Lausanne, les entretiens, etc.... J'ai fait en sorte de pouvoir terminer la rédaction de l'analyse suffisamment tôt afin de pouvoir procéder à plusieurs relectures et d'apporter les corrections nécessaires.

Les entretiens semi-directifs ont laissé aux personnes interrogées la possibilité d'amener plus de matière à analyser et ce d'autant plus que j'ai choisi un thème qui porte essentiellement sur le relationnel. L'expression des sentiments était importante et il était nécessaire que les personnes interrogées puissent s'exprimer sans contrainte quant à leurs émotions et à leurs ressentis. Avec la méthode des questionnaires transmis par correspondance, je n'aurais très certainement pas eu une aussi bonne qualité dans les réponses. Cet élément a donc également constitué une facilité dans l'élaboration du travail.

¹⁰⁴ Annexe 8

De plus, les mamans et les infirmières ont très bien « joué le jeu » en parlant spontanément de leur vécu, de leurs expériences, de leur rôle. Je n'ai pas rencontré de difficulté à les interroger car ces mamans volontaires se sont montrées disponibles, attentives durant les entretiens et surtout motivées à participer à mon enquête.

En choisissant d'interroger des mamans et des infirmières, j'ai pu confronter les réponses et avoir ainsi l'avis des deux parties intéressées dans la relation avec le bébé.

Du côté des facilités, je relèverai encore l'enchaînement logique des différentes étapes de cette méthode et la satisfaction de franchir celles-ci l'une après l'autre. Ce plan de travail m'aura permis de progresser régulièrement et de finalement garder le cap malgré des doutes parfois.

L'une des difficultés fut de ne pas m'écarter du sujet. Pour ce faire j'ai eu à fixer les cadres de référence de celui-ci, ce qui m'a été relativement difficile. Après les avoir déterminés et rédigés j'ai pu constater qu'ils étaient bien en lien avec l'objet de ma recherche. Ils étaient donc pour moi cohérents et pertinents. Une autre difficulté a consisté en la formulation claire de ma question de départ. Tout au long de mon travail, ma directrice de mémoire m'a en effet incitée à préciser toujours plus ma question de recherche afin qu'elle devienne la plus pertinente possible. Cette dernière m'a demandé une certaine réflexion, dans le sens où, à partir d'un cadre général, je suis arrivée à un postulat précis.

10.2. Bilan professionnel

Ce travail m'a permis de constater que l'infirmière a une grande capacité d'analyse. Tout au long de nos études nous apprenons à réfléchir par systémique, à être méthodologiques lors de nos actions. Cette capacité d'analyse distingue notre profession et je trouve important de l'entretenir tout au long du parcours professionnel. J'ai pu constater auprès des infirmières interrogées l'importance de cet apprentissage. Au-delà de l'exécution d'un travail, elles sont appelées à avoir un esprit d'analyse et de synthèse et à prendre des décisions. Cette expérience me sera utile pour la suite. Elle m'aidera certainement à réfléchir et à agir efficacement. Ce travail

d'investigation me sera assurément très profitable à l'avenir.

Grâce à ce travail, j'ai appris énormément de données théoriques, pratiques, mais également humaines sur la prématurité. Le stage d'observation de deux semaines que j'ai effectué dans le service concerné m'a donné une idée plus concrète de ce que peuvent vivre les infirmières, les mamans et les bébés au quotidien. La collaboration avec les professionnels sur le terrain, ainsi que les interviews par la suite m'ont permis de vivre une riche expérience.

A travers cette recherche, j'ai utilisé les neuf compétences travaillées durant les quatre années d'études. J'ai principalement développé la compétence 5 du référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers¹⁰⁵ qui est « *Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires* ». J'ai également pu, à travers ce parcours méthodologique, m'impliquer par mon travail dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier.

10.3. Bilan personnel

Si certaines étapes dans la réalisation de ce mémoire ont été plus faciles, d'autres par contre l'ont été moins.

Afin de gérer le stress au mieux et de rester la plus sereine possible durant toute cette période, j'ai procédé pas à pas sans jamais perdre l'objectif de vue. L'un des traits de ma personnalité, à savoir d'être calme, m'a permis de ne pas céder à la « panique » à certains moments.

A titre personnel, je relève aussi comme élément très positif la participation volontaire des personnes interrogées et leur amabilité de même que l'organisation du service de néonatalogie du CHUV dans lequel je me suis sentie à l'aise, ce qui a facilité ma tâche. Le fait de collaborer avec des personnes motivées et expérimentées, à savoir les infirmières, m'a été d'une aide précieuse. La relation avec les mamans a été spontanée et amicale, ce qui a aussi facilité l'avancement de mon travail.

¹⁰⁵ HAUTE ÉCOLE SANTÉ – SOCIAL VALAIS. op. cit.

L'une des difficultés fut le découragement que j'ai parfois ressenti en cours de route. J'avais en effet parfois l'impression de ne plus très bien maîtriser le sujet. La masse de travail que cela représente a aussi constitué une difficulté et m'a parfois préoccupée, voire même parfois angoissée principalement par rapport aux délais et aux objectifs à respecter. Une autre difficulté a été la gestion du temps vu le nombre très important d'heures passées sur ce mémoire. Tant ma motivation que l'encouragement de mes proches, de mes collègues et de ma directrice de mémoire m'ont aidée dans la réalisation de celui-ci.

Pour ce qui est du thème, je ne me rendais pas compte au début que le sujet abordé était si vaste et qu'il serait si complexe à traiter du fait qu'il repose en grande partie sur des émotions. Je n'imaginais pas le travail important que le traitement de ce sujet impliquerait.

Pour terminer, j'espère que ce travail soit pertinent. Pour ce qui me concerne, il m'aura beaucoup apporté et je suis très heureuse d'être allée au bout de cette démarche longue et exigeante. Je suis aussi satisfaite du résultat obtenu même s'il n'est pas forcément exhaustif.



Source : Loftsites¹⁰⁶

¹⁰⁶ Loftsites [En ligne]. op. cit.

11. BIBLIOGRAPHIE



Brochure

Dr KESSELRING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Secrétariat central ASI, Berne, 1998. 25 p.

Classeur

HAUTE ÉCOLE SANTÉ – SOCIAL VALAIS. *Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers*. In : Dossier de l'étudiant(e). Sion, 2003.

Cours

SOLIOZ, Emmanuel. 2006 – 2007. « Cours de méthodologie pour le MFE », non publié, documents de cours, Hes so // Valais.

VILASETRU, Rosy. 15 février 2005. « Le jugement clinique – Métacognition », non publié, document de cours, Hes so // Valais.

Dictionnaire

DELAMARE, Jacques. *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris : Maloine, 2002. 1001 p.

Livres

AGUILERA, Donna C. *Intervention en situation de crise – Théorie et méthodologie*. InterEditions, Paris, 1995. 319 p.

BINEL, Geneviève. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant. La naissance inachevée*. France : Gaëtan Morin, 2000. 227 p.

CHALIFOUR, Jacques. *La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique, humaniste*. Montréal : Gaëtan Morin, 1989. pp. 77 – 90

-
- DALLA PIAZZA, Serge. *L'enfant prématuré – Le point sur la question*. DeBoeck Université, Paris, 1997. 181 p.
- DRUON, Catherine. *A l'écoute du bébé prématuré – Une vie aux portes de la vie*. Aubier, Paris, 1996. 186 p.
- KREMP, Louis. *Puériculture et pédiatrie*. 6^e éd. Editions Lamarre, 2005. 1586 p.
- LAUGIER, Jean. GOLD, Francis. *Abrégés Néonatalogie*. 3^e éd. Masson, 1991. 346 p.
- MILJKOVITCH, Raphaële. *L'attachement au cours de la vie*. Presses Universitaires de France, Paris, 2001. 279 p.
- MONTAGNER, Hubert. *L'attachement, les débuts de la tendresse*. Éditions Odile Jacob. Paris, 1999. 332 p.
- MONTAGNER, Hubert. STEVENS, Yves. *L'attachement, des liens pour grandir plus libre*. L'Harmattan, Paris, 2003. 207 p.
- NOEL, Louise. *Je m'attache, nous nous attachons*. Montréal : Editions Sciences et Culture, 2003. 270 p.
- OLDS, Sally B [et al.]. *Soins infirmiers en maternité et en néonatalogie : une approche centrée sur la famille*. Éditions du Renouveau Pédagogique, Inc. Québec, 1984. 935 p.
- QUIVY, Raymond. VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 2^e éd. Paris : Dunod, 1995. 287 p.
- ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation*. Paris : Lamarre, 1986. 485 p.
- WRIGHT, Bob. *La Crise : manuel d'intervention à l'usage des infirmières*. Maloine. Paris : Edisem, 1987. 203 p.

Revue

ALONSO-BEKIER, S. Du prématuré au prématurissime : la psychomotricité a de plus en plus sa place dès la néonatalogie. *Journal de pédiatrie et puériculture*, septembre 2002, vol. 15, no 6, pp. 336 – 339

AUBERT, Brigitte. Les enjeux de la séparation précoce mère-enfant. *Cahiers de la puéricultrice*, septembre 1998, no 139, pp. 57 – 63

BELL, Linda [et al.]. Une analyse du concept d'attachement parents – enfant. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 1999, no 58, pp. 19 – 26

BINEL, Geneviève. Les sorties programmées en néonatalogie. *Soins pédiatrie – puériculture*, janvier/février 2001, no 198, pp. 25 – 27

COULON – STRUMEYER, Catherine. Soins au nouveau – né en néonatalogie. *Soins pédiatrie – puériculture*, janvier/février 1999, no 186, pp. 19 – 22

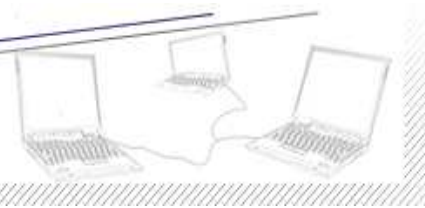
Équipe soignante. La relation soignants – parents. *Soins pédiatrie – puériculture*, février 1995, no 163, pp. 16 – 21

Équipe soignante. La relation soignant – enfant. *Soins pédiatrie – puériculture*, février 1995, no 163, pp. 6 – 15

RIOPELLE, Lise. Approche humaniste de la pratique infirmière (2/2). *Soins cadres*, février 2003, no 45, pp. 56 – 61

USSELIO, André. L'HUILLIER, Josette. Accueillir, c'est déjà soigner. *Soins pédiatrie – puériculture*, décembre 2001, no 203, pp. 20 – 23

12. CYBEROGRAPHIE



Association pour la promotion du Portage. *Porter son Bébé* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.portersonbebe.com> (Page consultée le 7 juillet 2007)

BBC News. *Education : Premature babies 'are less intelligent'* [En ligne]. Adresse URL : http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/education/871115.stm (Page consultée le 10 juillet 2007)

Bébés plumes. *Qu'est-ce que la prématurité ?* [En ligne]. Adresse URL : http://www.bebesplumes.fr/rubriques/moi_bebe/cote_bebe/definition_prematurite.php (Page consultée le 14 octobre 2006)

Bureau audiovisuel francophone. *GB : Les survivants à l'avortement privés de certificats de naissance* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bafweb.com/2006/10/24/gb-les-survivants-a-lavortement-privés-de-certificats-de-naissance> (Page consultée le 8 juillet 2007)

Confédération Suisse, Office fédéral de la statistique. *Santé des nouveau-nés : nombreuses naissances prématurées* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14.html> (Page consultée le 3 juillet 2007)

Daily Mail. *Health, Women and family* [En ligne]. Adresse URL : http://www.dailymail.co.uk/pages/live/articles/health/healthmain.html?in_article_id=457421&in_page_id=1774&ito=1490 (Page consultée le 3 juillet 2007)

Dr Le Page, Cécile. *Des prématurés toujours plus nombreux* [En ligne]. Adresse URL : <http://jumeaux76.free.fr/files/multiple-prematurite.pdf> (Page consultée le 14 octobre 2006)

Dr Rault, Ph. *Menace d'accouchement prématuré* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.adrenaline112.org/urgences/DUrge/DGyne/MAP.html> (Page consultée le 2 octobre 2006)

Geddes, Anne. *Galleries* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.annegeddes.com/home/galleries/privateCollection/privateCollection2.aspx> (Page consultée le 23 avril 2007)

IES Ronda. *When life's not a blessing* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.iesronda.org/professor/ijordan/daring/docs/express/premat/web/main.htm> (Page consultée le 10 juillet 2007)

KnoxNews. *World's smallest baby* [En ligne]. Adresse URL : <http://web.knoxnews.com/silence/archives/002481.html> (Page consultée le 2 juillet 2007)

Loftsites [En ligne]. Adresse URL : <http://www.loftsites.co.uk/archie/230804.html> (Page consultée le 11 juillet 2007)

Psychologies. Le dico. *Culpabilité* [En ligne]. Adresse URL : http://www.psychologies.com/cfml/dicoPsy/c_dicoPsy.cfm?id=25 (Page consultée le 26 octobre 2006)

Rey, Sylvette. *La prématurité au fil des jours en pédiatrie néonatale* [En ligne]. Adresse URL : <http://perso.orange.fr/abequi/prema/prema.htm> (Page consultée le 12 juin 2006)

Site Novorodenec [En ligne]. Adresse URL : <http://www.novorodenec.sk/page.php?sekcia=clanky&id=53> (Page consultée le 7 juillet 2007)

Soins infirmiers HOSPICES – CHUV. Département médico-chirurgical de pédiatrie. *Néonatalogie* [En ligne]. Adresse URL : http://www.chuv.ch/dsi/dsi_home/dsi_dep_ped/dsi_dep_ped_neonat.htm (Page consultée le 15 octobre 2006)

UMC St Radboud. *Neonatalogie Intensive Care* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.umcn.nl/kindenziekenhuis/> (Page consultée le 2 juillet 2007)

Vestische Kinder – und Jugendklinik Datteln. *Neonatalogie und Intensivmedizin* [En ligne]. Adresse URL : http://www.kinderklinik-datteln.de/leist_neo.htm (Page consultée le 9 juillet 2007)

1918 News Server. Medicine Section [En ligne]. Adresse URL : http://news.1918.com/section.php?section_id=7 (Page consultée le 8 juillet 2007)

13. ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de demande d'enquête à la direction des soins du CHUV

Annexe 2 : Lettres d'accompagnement aux mamans et aux infirmières

Annexe 3 : Grilles d'entretien pour les mamans et les infirmières

Annexe 4 : Formulaire de consentement pour les mamans et les infirmières

Annexe 5 : Affiche pour les inscriptions aux entretiens

Annexe 6 : Grilles d'analyse mamans et infirmières

Annexe 7 : Présentation des personnes interrogées

Annexe 8 : Calendrier de la recherche



Source : Anne Geddes¹⁰⁷

¹⁰⁷ Geddes, Anne. op. cit.

ANNEXE 1

LETTRE DE DEMANDE D'ENQUÊTE
À LA DIRECTION DES SOINS DU CHUV

Estelle Claivaz
Ch. des Collines 10
1950 Sion

Tél. 079 221 40 57
estelleclaivaz@hotmail.com

Hospices – CHUV
Direction des soins
M. Patrick Genoud
BH08
Avenue du Bugnon 46
CH – 1011 Lausanne

Sion, le 21 janvier 2007

Demande d'enquête

Monsieur,

Je suis actuellement en quatrième année de formation auprès de la haute école santé social filière soins infirmiers à Sion. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un travail sur « La complexité de la triade parents – enfants – soignants dans un service de néonatalogie ».

En réalisant ce mémoire, je souhaite découvrir quelques éléments de la relation qui se noue entre les parents, les infirmières et le bébé prématuré. A partir des éléments de réponses que j'obtiendrai, je tenterai d'analyser le rôle professionnel que joue l'infirmière dans ce contexte. Pour ce faire, il m'est indispensable de réaliser des entretiens semi-directifs d'environ 45 minutes qui seront des outils précieux pour la réalisation de mon travail.

Je souhaite interroger des infirmiers(ères) qui ont 5 à 10 ans d'expérience certifiée en soins intensifs de néonatalogie et travaillant dans le service de néonatalogie du CHUV. Je souhaite aussi interroger des mamans mariées ayant accouché entre 28 et 32 semaines de gestation. L'idéal serait que l'enquête concerne les infirmiers(ères) s'étant occupées des bébés des mamans interrogées.

Ces personnes devront être de langue française. Comme méthode d'investigation, j'utiliserai l'entrevue de personne à personne, mon intention étant d'avoir un entretien avec quatre mamans et quatre infirmières. Les données recueillies seront analysées de manière strictement anonyme. Selon les prescriptions de l'école ces entretiens doivent être réalisés lors de la semaine 8 de cette année, soit du 19 au 23 février 2007.

En annexe je joins la lettre explicative que recevront les infirmiers(ères) et les mamans, ainsi que les grilles que j'utiliserai lors de mes entretiens. Je vous remets également un formulaire de consentement éclairé. Si le CHUV possède un exemplaire interne, je peux volontiers l'utiliser.

Ma directrice de mémoire s'appelle Géraldine Marchand ; elle est professeur à l'HEVs2 de Sion. Son numéro de portable est le 079.319.02.15 et son numéro professionnel le 027.606.84.28.

D'ores et déjà je vous remercie de l'accueil favorable que vous réserverez à ma requête et vous transmets, Monsieur, mes salutations distinguées.

Estelle Claivaz

Annexes : - lettres d'information destinées aux infirmiers(ères) et aux mamans
- grilles d'entretien
- formulaires de consentement

ANNEXE 2

LETTRES D'ACCOMPAGNEMENT AUX MAMANS ET AUX INFIRMIÈRES

Estelle Claivaz
Ch. des Collines 10
1950 Sion

Tél. 079 221 40 57

Aux mamans
du service de néonatalogie
du CHUV

Sion, le 21 janvier 2007

Mémoire de fin d'études

Madame,

Je suis actuellement en quatrième année de formation auprès de la haute école santé social filière soins infirmiers à Sion. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un travail sur « la complexité de la triade parents – enfants – soignants dans un service de néonatalogie ».

Directement concernée par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements. Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

En réalisant ce mémoire, je souhaite découvrir quelle est la relation qui se noue entre les parents, les infirmières et le bébé. A partir des conclusions auxquelles j'aboutirai, je pourrai analyser le rôle que joue l'infirmière dans ce contexte. Pour ce faire, il m'est indispensable de réaliser des entretiens qui seront des outils précieux pour la réalisation de mon travail.

Ces entretiens seront enregistrés à l'aide d'un magnétophone afin d'être retranscrits au mieux. Bien entendu, les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme, puis détruites à la fin. Les entretiens sont prévus pour la semaine du 19 février 2007. La durée de chaque entretien sera d'environ 45 minutes.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

Si vous acceptez, je vous contacterai et nous fixerons ensemble un rendez-vous. Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous devrez également signer un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé).

Un exemplaire de mon travail sera déposé dans le service de néonatalogie afin que vous puissiez le consulter.

Je vous remercie d'avance pour votre aimable collaboration et dans l'attente de vos nouvelles je vous transmets, Madame, mes meilleurs messages.

Estelle Claivaz

Estelle Claivaz
Ch. des Collines 10
1950 Sion

Tél. 079 221 40 57

Aux infirmiers(ères)
du service de néonatalogie
du CHUV

Sion, le 21 janvier 2007

Mémoire de fin d'études

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Je suis actuellement en quatrième année de formation auprès de la haute école santé social filière soins infirmiers à Sion. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un travail sur « la complexité de la triade parents – enfants – soignants dans un service de néonatalogie ».

Infirmier(ère) ayant 5 à 10 ans d'expérience en néonatalogie et parlant la langue française, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements. Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

En réalisant ce mémoire, je souhaite découvrir quelle est la relation qui se noue entre les parents, les infirmières et le bébé. A partir des conclusions auxquelles j'aboutirai, je pourrai analyser le rôle que joue l'infirmière dans ce contexte. Pour ce faire, il m'est indispensable de réaliser des entretiens qui seront des outils précieux pour la réalisation de mon travail.

Ces entretiens seront enregistrés à l'aide d'un magnétophone afin d'être retranscrits au mieux. Bien entendu, les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme, puis détruites. Les entretiens sont prévus pour la semaine du 19 février 2007. La durée de chaque entretien sera d'environ 45 minutes.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative pour vous. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

Si vous acceptez, je vous contacterai et nous fixerons ensemble un rendez-vous. Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous devrez également signer un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé).

Un exemplaire de mon travail sera déposé dans votre service afin que vous puissiez le consulter.

Je vous remercie d'avance pour votre aimable collaboration et dans l'attente de vos nouvelles je vous transmets, Madame, Mademoiselle, Monsieur, mes meilleurs messages.

Estelle Claivaz

ANNEXE 3

GRILLES D'ENTRETIEN POUR LES MAMANS ET LES INFIRMIÈRES

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Maman

A. DONNÉES PERSONNELLES

1. Quelle est votre année de naissance ?
2. Etes-vous mariée ?
3. Où habitez-vous ?
4. A combien de semaines de gestation votre bébé est-il né ?
5. Avez-vous d'autres enfants ?
Si oui : combien ? quel âge ont-ils ?

B. GUIDE D'ENTRETIEN

Thème	Questions	Objectifs
Attachement	<ul style="list-style-type: none">• Comment avez-vous vécu votre grossesse ?• Comment avez-vous vécu votre accouchement prématuré ?• Racontez-moi votre expérience dans ce service ?• Arrivez-vous à être en fusion avec votre enfant dans ce service ?	<p>La naissance prématurée est-elle difficile à vivre pour la maman et le bébé ?</p> <p>La naissance prématurée perturbe-t-elle les liens d'attachement qui devraient se créer normalement ?</p>
La place des mamans	<ul style="list-style-type: none">• Que pensez-vous des informations que les infirmières vous donnent concernant la situation de votre enfant ?• Quelle est votre marge de manœuvre par rapport aux soins à donner à votre enfant ?	<p>Les infirmières laissent-elles les mamans s'investir comme elles le souhaitent malgré les raisons de structure, de fonctionnement du service et de sécurité ?</p>

<p>Présence des parents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment estimez-vous l'impact de votre présence dans le service de néonatalogie sur la relation avec votre enfant par rapport à celle que pourraient avoir des parents moins présents ? • Comment estimez-vous le degré d'aisance de votre enfant par rapport à vous-même et par rapport à l'infirmière ? 	<p>Les parents présents auprès de leur enfant dans le service de néonatalogie développent-ils avec celui-ci une meilleure relation par rapport aux parents qui viennent moins souvent ?</p> <p>Les parents apportent-ils, de par leur inexpérience, un stress supplémentaire et inutile ?</p>
<p>Rôle et limites de l'infirmière</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de la présence des infirmières dans la relation qui existe entre vous et votre bébé ? • Que pensez-vous de l'attitude de l'infirmière à l'égard de votre enfant ? 	<p>L'infirmière sait-elle jusqu'où elle peut s'investir dans sa relation avec le bébé ?</p> <p>Connaît-elle précisément son rôle et ses limites ?</p>

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Infirmier(ère)

A. DONNÉES PERSONNELLES

1. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'infirmier(ère) ?
2. Combien d'année(s) de pratique professionnelle avez-vous ?
3. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
4. A quel pourcentage travaillez-vous ?
5. Avez-vous des enfants ?
Si oui : combien ? quel âge ont-ils ?

B. GUIDE D'ENTRETIEN

Thème	Questions	Objectifs
Attachement	<ul style="list-style-type: none">• Comment estimez-vous la difficulté à vivre une naissance prématurée pour la maman ?• Comment considérez-vous le comportement des mamans envers leur enfant au cours d'une journée ?	<p>La naissance prématurée est-elle difficile à vivre pour la maman et le bébé ?</p> <p>La naissance prématurée perturbe-t-elle les liens d'attachement qui devraient se créer normalement ?</p>
La place des mamans	<ul style="list-style-type: none">• Quelles sont les informations que vous donnez aux mamans concernant la situation de leur enfant ?• Dans quelle mesure êtes-vous capable de répondre aux attentes des mamans ?<ul style="list-style-type: none">- questions- volonté de participer aux soins- ...• Incluez-vous les mamans dans le plus de soins possible ?	<p>Les infirmières laissent-elles les mamans s'investir comme elles le souhaitent malgré les raisons de structure, de fonctionnement du service et de sécurité ?</p>

<p>Présence des parents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'observez-vous chez les bébés que les parents viennent trouver tous les jours par rapport à d'autres dont les parents viennent moins souvent ? • Trouvez-vous que les bébés dont les mamans ne viennent pas les trouver tous les jours sont plus attachés à vous plutôt qu'à elles ? <p>Merci de développer votre réponse.</p>	<p>Les parents présents auprès de leur enfant dans le service de néonatalogie développent-ils avec celui-ci une meilleure relation par rapport aux parents qui viennent moins souvent ?</p> <p>Les parents apportent-ils, de par leur inexpérience, un stress supplémentaire et inutile ?</p>
<p>Rôle et limites de l'infirmière</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous investissez-vous émotionnellement, affectivement avec les bébés ? • Comment jugez-vous la distance que vous gardez entre vous, la maman et le bébé ? • Comment estimez-vous votre implication dans la relation entre la mère et son bébé ? 	<p>L'infirmière sait-elle jusqu'où elle peut s'investir dans sa relation avec le bébé ?</p> <p>Connaît-elle précisément son rôle et ses limites ?</p>

ANNEXE 4

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT
POUR LES MAMANS ET LES INFIRMIÈRES

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

ÉTUDE SUR « LA COMPLEXITÉ DE LA TRIADE PARENTS – ENFANTS – SOIGNANTS DANS UN SERVICE DE NÉONATOLOGIE »

Menée par Estelle Claivaz, étudiante en soins infirmiers à la HEVs2 à Sion, dans le cadre de son mémoire de fin d'études

Formulaire de consentement éclairé pour les mamans participant à l'étude.

La soussignée :

- Certifie être informée sur le déroulement et les objectifs de l'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informée qu'elle n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cette étude.
- Est informée du fait qu'elle peut interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour elle-même.
- Accepte que l'entretien soit enregistré, puis transcrit anonymement dans un document.
- Est informée que les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.

La soussignée accepte donc de participer à l'étude mentionnée dans l'en-tête.

Date :

Signature :

Annexe : information destinée aux mamans participant à l'étude

ÉTUDE SUR « LA COMPLEXITÉ DE LA TRIADE PARENTS – ENFANTS – SOIGNANTS DANS UN SERVICE DE NÉONATOLOGIE »

Menée par Estelle Claivaz, étudiante en soins infirmiers à la HEVs2 à Sion, dans le cadre de son mémoire de fin d'études

Formulaire de consentement éclairé pour les infirmières participant à l'étude.

La soussignée :

- Certifie être informée sur le déroulement et les objectifs de l'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informée qu'elle n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cette étude.
- Est informée du fait qu'elle peut interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour elle-même.
- Accepte que l'entretien soit enregistré, puis transcrit anonymement dans un document.
- Est informée que les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.

La soussignée accepte donc de participer à l'étude mentionnée dans l'en-tête.

Date :

Signature :

Annexe : information destinée aux infirmières participant à l'étude

ANNEXE 5

AFFICHE POUR LES INSCRIPTIONS AUX ENTRETIENS

ANNEXE 6

GRILLES D'ANALYSE
MAMANS ET INFIRMIÈRES

Grille d'analyse : Mamans

	Maman 1	Maman 2	Maman 3	Maman 4
1. <u>ATTACHEMENT</u>				
Vécu de la grossesse	Grossesse se passait très bien. Éclampsie. Césarienne en urgence. Pas prête à accoucher.	Grossesse se passait très très bien. Pré-éclampsie. Pas prête à accoucher. Pas vécu une grossesse normale.	Bien vécue. Poche des eaux rompue. Souci à cause de l'âge et perdu un bébé à 5 mois. Ne s'y attendait pas du tout.	Très bien vécue. Lit strict 1 semaine au CHUV avant. Surprise. Col s'est déchiré. Césarienne.
Vécu de l'accouchement	Chamboulement dans la vie. Adapter en fonction. S'organiser en fonction du bébé. Arrêter de travailler. Flexibilité. Ne se souvient pas de l'accouchement, ne l'a pas vécu. Inquiétude pour la santé du bébé. Pas renseignée sur la prématurité. Frustration, pas grossesse normale. Questionnement sur ce qu'elle a fait de faux. Si séquelles : elle s'en voudra.	Ne se souvient pas de grand-chose. Panique. Pas pu voir son enfant de suite. Peur concernant la situation du bébé. Chamboulement. Mode de vie doit changer du jour au lendemain. Questionnement sur ce qu'elle a fait de faux pour accoucher si vite. Patience. S'attend à accoucher normalement et tout tombe dessus, il faut tout changer. Etre disponible. Arrêter de travailler.	Grande surprise. Panique, pleurs, pensé qu'elle allait le perdre, pas renseignée sur les prématurés. Accouchement différent des autres, mélange de joie et de traumatisme. Souffert. Peur après l'accouchement. Pas pris le bébé, l'a à peine vu. Difficile à vivre. Craqué pas mal de fois. Souci permanent. Marquant. Pas préparée à cet évènement. Fatigant de venir tous les jours.	Peur car savait pas ce que c'était un prématuré, pas documentée. Grossesse pour elle jusqu'à neuf mois. Surprise. Peur suite à l'accouchement. Voir si il allait bien, peur qu'il ne tienne pas. Pas vu le bébé au début, paniqué car pas entendu pleurer. Pourquoi ça m'arrive à moi ? Choquée, peur de tout, pleurerait tout le temps, toujours du souci. Pris l'habitude de venir tous les jours, pas facile au début. Pas sentie coupable à l'accouchement, mais à l'hospitalisation. Cherchait des causes possibles. Dégoûtée de cet accouchement.
Expérience dans le service	Rassurant. Infirmières et médecins à l'écoute, expliquent tout.	Pas une bonne première expérience. Suivis autant le bébé que parents, soutien pédopsychiatre, infirmières à l'écoute, colloques toutes les	Bébé bien entouré. Travail formidable. Du côté émotionnel pas facile. Choquant au début avec les tubes, ça sensibilise,	Machines : peur, sonnait tout le temps, regardait tout le temps l'écran. Après on oublie, on comprend, on sait pourquoi ça sonne.

		semaines. Chance, ttt qu'ils proposent.	impressionnant. Côté professionnel : travail formidable.	
Fusion avec l'enfant	Lors du kangourou oui. Dans la couveuse pas évident, pas vraiment de contact, barrière, difficile. Arrivait pas à créer le lien comme elle le voulait.	Difficile, couveuse longtemps = sacrée barrière. Premier kangourou est important. Dans petit lit : fusion, en couveuse : pas de fusion. Tant que X pas dérangée par le bruit, pièces à 5 lits ok. Possibilité tirer les rideaux.	On s'y attache qu'il soit dans l'incubateur ou non. Service bien organisé, pas de problème pour l'intimité.	Organisation des chambres : parfois compliqué pour les moments d'intimité.
2. <u>LA PLACE DES MAMANS</u> Informations	S'en occupent très bien. Elles sont toujours là, à l'écoute. Je pose plein de questions. Tous les matins elles me disent comment il a passé la nuit, me renseignent sur l'état de santé.	On est très bien suivis. La communication c'est important. Tous les matins on a le rapport de la nuit. Il y a un lien et ils disent les choses. Y a des inf plus psychologiques que d'autres.	Satisfaite de la prise en charge pour moi et pour le bébé. Toujours bien entourés. Entretiens privés. Y a toujours des choses à changer, mais rien pour moi. On a été bien informés.	Les infirmières nous cachent rien, nous disent tout, ils appellent à la maison si qqch. Je pose beaucoup trop de questions. Au début j'étais admirée de les voir s'occuper des bébés, impressionnant.
Marge de manœuvre par rapport aux soins	Incluent dans les soins. Quand je suis là elles me demandent si je veux le faire ou pas, comme moi je veux. J'essaie de faire le maximum. Elles ne s'adaptent pas à mes horaires. J'essaie d'être là quand je sais qu'il y a des soins. Je m'adapte au bébé.	Je fais quasiment tout, ça a été gentiment. Tous les jours on apprend un peu. Au début, en couveuse les soins sont importants. On est vraiment bien intégrés. Il faut demander. Elles attendent pour les soins. Pas en fonction du bébé sauf si je demande.	Au début impressionnant, après on s'habitue. Les infirmières laissent partager avec les parents. On a jamais été mis à l'écart. Elles demandent si on veut faire, ils posent la question. On a appris pas mal de choses.	Dès que j'ai compris comment faire les soins elles m'ont laissé faire. Elles m'intègrent du début à la fin, j'essaie de les aider et si je peux pas faire, c'est elles qui font. Elles sont très gentilles avec nous.

<p>3. PRESENCE DES PARENTS</p> <p>Impact sur la relation</p>	<p>Super important d'être là. Ça me rassure d'être là, même si je sais que si il y a un problème je peux rien faire. Je préfère être présente, qu'il sache que je suis là. Je viens tous les jours, je m'imagine pas ne pas venir. Je me réjouis d'arriver tous les matins pour le voir.</p>	<p>Je suis là tout le temps. J'essaie de rentrer à la maison un jour par semaine. Je suis très présente. On peut être disponibles car c'est la première, on a de la chance. J'ai de la peine à comprendre les parents qui ne viennent pas tous les jours. J'ai vraiment besoin d'être avec elle. Quand j'arrive, elle sent. Elle reconnaît</p>	<p>On vient tous les jours, même parfois après minuit. Fatiguant de venir tous les jours car autre enfant à la maison. Ça fait mal au cœur quand on part. Les parents sont un peu exigeants avec ces petits bébés. Je comprends certaines mamans qui peuvent pas garder leur enfant, mais quand on voit un bébé qui lutte pour vivre, ça fait mal au cœur. C'est une bonne leçon. Ils reconnaissent les parents, ils sentent quand on est là. Essentiel que le bébé sente la présence des parents. Peut-être que pour le corps médical les parents sont trop exigeants. Je ne pourrais pas rester une journée entière ici, il faut du courage, ça fait mal.</p>	<p>Je viens tous les jours. J'ai pris l'habitude de venir tous les jours, pas facile au début. Je me sentirais coupable de pas venir. Je pense arriver à établir la relation avec mon enfant, maintenant que je fais le kangourou.</p>
<p>Aisance de l'enfant</p>	<p>Il doit sentir que je suis sa mère. Quand on fait les kangourou et qu'elle le remet dans sa couveuse, il est pas content. Il est autant à l'aise avec les infirmières qu'avec nous. Je pense qu'il apprécie plus d'être avec ses parents qu'avec l'infirmière, parce que je suis sa maman. Si il est pas bien, j'arrive mieux à le calmer</p>	<p>Elle reconnaît les voix. Avec le physio elle hurle et dans mes bras elle se calme. Sur moi elle s'endort plus facilement qu'avec l'infirmière ou dans son lit. Avec le tournus des infirmières, ils ont pas l'habitude. Ça se passe mieux avec certaines infirmières qu'avec d'autres pour X. Elle sent si l'infirmière est plus</p>	<p>C'est difficile à expliquer. On sait que les enfants reconnaissent les parents. Mon bébé est assez sociable. Elle nous reconnaît quand on arrive, mais il paraît qu'avec les infirmières aussi. Alors je sais pas... Avec certaines infirmières le bébé s'agite plus, si elle est stressée ou pas.</p>	<p>Il ressent qui est qui. Il est plus à l'aise, plus calme, il se laisse aller avec nous. Les infirmières le disent aussi. Quand elles ouvrent l'incubateur, il se crispe, comme si il sentait une présence pas normale. Il entend ma voix, il a des expressions. Quand je le touche il est vraiment tout</p>

	que si c'était l'infirmière.	stressée qu'une autre. On le voit avec les besoins en oxygène.		calme. Comme si il me reconnaissait. Sur le papa il est plus agité pour le kangourou et sur moi il dort. Papa moins souvent là, se fait plus de souci du fait de voir moins de choses. Je ne ressens pas de stress dans le service.
4. <u>ROLE ET LIMITES DE L'INFIRMIERE</u> Présence de l'infirmière	Elles ne s'investissent pas trop. Elles me laissent créer le lien avec mon enfant. Comme c'est un prématuré, elles doivent quand même être là. C'est important qu'elles soient là et je crois pas qu'elles interfèrent dans la relation parent – enfant. Quand on fait le kangourou elles ne viennent que si ça sonne.	X a une infirmière pour elle toute seule et c'est bien car elle a quatre mois, elle est grande. Des fois ça me faisait drôle d'arriver et qu'elle pleurait et que l'infirmière pouvait pas faire autrement car elle s'occupait d'un autre bébé. J'étais alors encore beaucoup plus présente.	Elles n'interfèrent pas dans la relation, elles nous laissent être en famille. Elles font leurs soins et elles ferment les rideaux ensuite. On apprécie mieux certaines infirmières que d'autres car il y en a des plus autoritaires avec nous. Certaines ont déjà fait les soins avant qu'on arrive, elles disent pas toutes la même chose pour comment faire les soins. Nous on veut pas créer de problème alors on dit rien.	Certaines interfèrent un peu dans la relation entre mon enfant et moi. Certaines veulent tout faire avec nous, d'autres nous laissent en famille. Ça dépend de la manière de travailler. Ça me dérange pas, mais je préfère être seule avec, je suis plus à l'aise et comme ça je m'habitue aussi.
Attitude de l'infirmière	Elle reste professionnelle. L'infirmière qui s'occupe de la santé et la maman qui s'occupe de la relation mère – enfant.	Elle a deux référentes et un plan de soins. Je leur ai dit qu'elles pouvaient faire des bisous sans problème et elles ont dit qu'elles avaient pas le droit... alors j'ai insisté et maintenant elles le font. Sinon elles s'investissent pas plus et c'est le règlement et c'est bien. Elles gardent leurs limites, c'est moi qui dit « vous	Pour moi elles sont toutes compétentes, c'est le caractère, la personnalité qui change. Certaines sont plus câlines, d'autres plus stressées... Mais elles ont toujours gardé leur place, elles restent professionnelles. Avec les bébés elles sont câlines comme si c'étaient les leur. Elles leur font des bisous,	On a plus d'affinités avec certaines infirmières qu'avec d'autres, on préfère voire certaines s'occuper de notre bébé que d'autres car on aime pas la manière. Mais bon elles s'occupent toutes très bien, c'est leur attitude. Mais y en a qui le traitent mieux que d'autres, c'est aussi par rapport aux années

		<p>pouvez ». Je sais qu'elles n'enlèvent pas mon rôle de maman. Par contre souvent elles ne regardent pas le plan de soins et c'est toutes ses habitudes, ce qu'elle aime, qu'elle aime pas et les infirmières le savent pas. C'est un peu embêtant, mais on veut pas dire tout le temps et passer pour des parents qui se plaignent.</p>	<p>j'étais étonnée, elles aiment leur travail.</p>	<p>d'expérience et au caractère. Y en a qui lui parlent et d'autres pas du tout. Le bébé est plus à l'aise si on lui parle. Certaines sont plus distantes, certaines plus maternelles. Elles sont adorables avec lui, elles lui donnent des petits noms, parfois devant nous, parfois pas. Un enfant doit sentir quelqu'un de plus brusque qu'une autre.</p>
--	--	---	--	--

Grille d'analyse : Infirmières

	Infirmière 1	Infirmière 2	Infirmière 3	Infirmière 4
<p>1. <u>ATTACHEMENT</u></p> <p>Difficulté de la naissance prématurée pour la maman</p>	<p>Naissance trop tôt. Situation difficile. Situation de crise pour les parents et les enfants. Ne peuvent pas se préparer. Risques que le bébé meurt ou handicap. Ils connaissent mieux car bcp parlé dans les médias du prématuré. Viennent visiter le service si savent avant ou si risques.</p>	<p>Très difficile car séparée de son enfant. Important d'établir le lien. On ne remplace pas, mais on est le lien. Pas préparée. Visite du service, infirmières, médecins si suspicion d'acc prématuré. C'est dans le moment de la naissance que la prise en charge va être importante.</p>	<p>Très violente car séparation. Énorme difficulté, frustrante. Culpabilisant car pas pu aller jusqu'au bout de la grossesse. Faire le deuil de l'enfant idéalisé. QQch que pas tout le monde vit, inconnu. La maman se retourne contre elle. Vont le vivre d'autant plus violemment suivant l'état de leur enfant.</p>	<p>Culpabilisant. La maman pensera toujours qu'elle a mal fait. Essaient de trouver une raison. On fait beaucoup pour les parents. Créer le lien. Situation importante. Parents divorcent parfois. Stress. Brutal. Frustrant. Choquée. Pas pris autant de poids que grossesse normale.</p>
<p>Comportement des mamans</p>	<p>Il faut qu'ils réalisent que l'enfant est né. Ils ont des limites. Pas évident de rentrer en contact avec l'enfant (incubateur, équipé, instable). Peur, le touchent du bout des doigts. Les premiers jours pas possible qu'elle l'enveloppe. Quand kangourou : enveloppement : deuxième naissance. Le lien se crée dès qu'ils se voient. L'incubateur = barrière. Faire ressortir le bébé.</p>	<p>Complètement désemparées au début. Pas imaginé cette situation. Perdues, ne savent pas si elles ont un rôle à jouer, ne savent pas où se mettre. A nous de rétablir le lien, à les informer de la situation, à accentuer leur rôle de maman. Elles osent pas le toucher. Choquées par tout ce qu'il y a autour. Machines impressionnant. Le contact se fait quand elles font les soins, mise au sein.</p>	<p>N'agissent pas de la même manière que si bb à terme car incubateur = énorme barrière. Pas qqch à laquelle elles sont prêtes. Plus de difficulté à créer un lien. Difficile d'être une maman comme les autres, d'avoir un bébé comme les autres. Il y a une différence.</p>	<p>Première rencontre avec l'enfant est importante. Les mamans ont peur. On doit toucher le bébé avec la maman surtout si bébé très petit. Mamans évanouies parfois. Choc très grand. Papa qui voit l'enfant en premier. Parfois l'entourage est aidant, parfois pas, il empire les peurs, les sentiments de la maman. Kangourou très important. Veiller à créer le lien. Ont des sentiments mitigés pour nous. On peut avoir des situations difficiles. Rideaux pour intimité. Service où on avance toujours.</p>

<p>2. LA PLACE DES MAMANS</p> <p>Informations</p>	<p>Politique du service : les informer totalement de la situation actuelle. Ne pas les inquiéter. On leur explique ce qu'on fait. Voir si ils ont compris la situation. Discuter, entretiens. Infirmière rôle de réexpliquer après le médecin car parents en état de stress. Tout parent d'enfant prématuré a besoin de beaucoup d'informations, d'être rassuré et de poser des questions. Quand on est inquiet on n'enregistre pas tout. Ils n'ont peut être jamais côtoyé le langage, le milieu médical.</p>	<p>On donne toutes les informations d'ordre infirmier qu'on peut donner. Le but est de dire la vérité aux parents et qu'ils soient au clair avec la situation. On reste dans la situation actuelle, l'attitude de l'enfant pour ne pas stresser les mamans. Notre but c'est vraiment de prendre contact avec l'enfant.</p>	<p>D'abord entretien médico-infirmier. Ensuite on essaie d'être clairs et de donner le plus d'informations possible. Dire la vérité sur l'état de leur enfant. Maximum d'informations qu'il faut répéter. Leur angoisse ne leur permet pas de tout enregistrer. C'est illusoire de croire que parce qu'on a dit une fois, ils enregistrent ou ils ont compris. Leur donner le plus d'informations possible et les répéter. Mon expérience me permet d'écouter les mamans.</p>	<p>On donne des renseignements généraux. La politique du CHUV c'est de tout dire. Des fois on attend qu'il y ait un entretien avant avec les personnes adéquates. Certains trouvent qu'on leur dit tout et d'autres disent qu'on ne dit jamais assez ou qu'on cache des choses. Infirmières : réexpliquer ce que le médecin dit avec des mots plus simples. Si diagnostic : le médecin ou un spécialiste si maladie grave.</p>
<p>Inclusion des mamans dans les soins</p>	<p>Politique du service : laisser les mamans s'approprier petit à petit leur bébé. Qu'ils se sentent parents, qu'ils puissent exercer leur rôle de parent. On les invite à participer le plus possible dans les soins de base. Les parents viennent quand ils veulent, pas d'horaires, chambres accompagnantes, studios. Savent qu'elles ne sont pas chez elles. Désir de rentrer le plus tôt à la maison. On doit rester dans le vague quant à la date de retour pour pas les</p>	<p>Priorité pour nous d'inclure les mamans le plus possible dans les soins. Plus tôt elles vont faire les soins, plus tôt elles vont s'investir et mieux ce sera pour le contact. Pour les soins comme la toilette, le biberon... si je sais que les parents vont venir, je vais attendre un maximum de temps. Je leur poserai la question au téléphone si ils n'ont pas dit à quelle heure ils viennent. Même si ça me fait plaisir à moi de faire un bain ou donner un biberon, je vais d'abord voir</p>	<p>Notre erreur parfois est qu'on a tendance à en faire trop, on les brusque, on les brutalise verbalement. Parce qu'on aimerait que ça soit le mieux pour l'enfant. Parce qu'on a envie que la maman crée le lien. Parfois on ne leur laisse pas de temps d'adaptation. On ne tient pas compte des angoisses, des appréhensions. Avec l'expérience et l'habitude je peux mieux voir dans quel état sont les parents. Normal que les parents n'osent pas faire</p>	<p>Inclure les mamans dès que possible. Y en a qui demandent, d'autres pas. Spécialistes qui font des tests pour montrer ce dont l'enfant est capable. Les parents peuvent entrer 24h sur 24.</p>

	<p>stresser encore plus. Organiser les visites quand ça leur convient, les soins quand ça leur convient. S'adapter aux disponibilités des parents.</p>	<p>avec les parents.</p>	<p>les soins et on les laisse pas faire non plus si trop de risques (appareillage). Avec l'évolution ils vont faire d'avantage de choses. Première impression : choquant, alors respecter les appréhensions. On les inclut dès le départ dans les soins. C'est nous qui proposons systématiquement. Les mamans osent pas demander la plupart du temps. On propose et on insiste. On veut créer ce lien.</p>	
<p>3. <u>PRÉSENCE DES PARENTS</u></p> <p>Impact de la relation</p>	<p>Les parents viennent beaucoup. Si les parents ne viennent pas, on a le rôle de suppléer. J'ai l'impression qu'il regarde différemment la mère qu'une infirmière. Ils sentent leur maman, ils réagissent tout de suite. Il y a peut-être des petits signes qu'on ne connaît pas encore.</p>	<p>Les enfants sont peut-être plus calmes, plus sereins que ceux des parents qui viennent moins souvent qui sont plus renfermés, plus tristes ou plus irritables. Important de dire aux parents qui ne peuvent pas venir de ne pas se culpabiliser car il y a sûrement des raisons derrière. Pis si nous on fait le lien, on peut permettre à l'enfant de bien évoluer.</p>	<p>Chez les chroniques, l'évolution va être moins bonne. Quand les parents sont absents, ça n'arrange rien. Venir tous les jours est une chose, mais la qualité du temps passé aussi. Souvent ils aimeraient être plus présents, mais ils ne peuvent pas. Il y a une bonne dose de culpabilité en plus et les enfants le ressentent. En règle générale, qu'elles viennent tous les deux jours ou tous les jours c'est pareil.</p>	<p>L'enfant reconnaît les parents. Les mamans peu présentes souffrent de ne pas venir tous les jours et elles sont encore plus présentes quand elles viennent. J'essaie de m'effacer quand elles sont là, pour qu'elle ait le maximum son enfant. Le jour où la maman ne vient pas, j'essaie de le prendre plus longtemps dans les bras. La qualité de la relation : une maman qui est tout à son enfant tous les deux jours vaut mieux qu'une maman qui le tient à peine dans les bras.</p>

<p>Attachement des bébés</p>	<p>L'enfant regarde différemment sa mère qu'une soignante. L'enfant crée des liens avec les gens qui s'en occupent, mais avec les parents le lien est différent. On ne peut pas dire qu'il est attaché à nous, il essaie de communiquer avec nous et nous on essaie de communiquer avec lui. On se dit qu'il tient vraiment à sa mère quand il pleure quand elle s'en va.</p>	<p>C'est fort possible que le bébé soit plus à l'aise avec l'infirmière parce qu'il reconnaît bien nos voix quand on s'occupe souvent de lui. Mais il a vécu pas mal de temps dans le ventre de sa mère, il reconnaît quand même ses parents. Mais il va nous fixer si on est près de la maman, mais c'est pas sûr qu'il va nous reconnaître plus que la maman, il va faire la différence quand même.</p>	<p>Ils reconnaissent toujours leur maman. En général ils montrent qu'ils sont contents de les voir. Sauf si gros gros problèmes. Par contre ils vont s'attacher davantage à des infirmières, pas toutes car ils vont en préférer que d'autres. Les parents peuvent apporter du stress au niveau de l'enfant. L'enfant va le ressentir et il aura tendance à faire plus de bradycardies ou de tachycardies. Si les parents sont angoissés quand ils font les gestes, l'enfant va le ressentir. Au niveau du service : pas trop de stress car l'habitude.</p>	<p>L'infirmière est une personne anonyme parmi tant d'autres. Lors du kangourou l'enfant est plus calme. Il reconnaît la voix de ses parents. Les parents ont beaucoup de peine à y croire. Ils pleureront plus facilement avec nous. Dix infirmières ne valent pas une maman. Il sait qui est sa maman. Un enfant dont la maman vient peu pleurera plus et surtout quand elle part. Le bébé fait la différence entre nous et ses parents. Une maman calmera plus vite un enfant que nous. Les parents pénibles sont des parents qui ont peur, notre rôle est de les calmer. Parler des performances de l'enfant, ce qu'il sait faire. Parfois les parents sont agressifs, violents et créent des situations stressantes.</p>
<p>4. RÔLE ET LIMITES DE L'INFIRMIÈRE</p> <p>Investissement émotionnel</p>	<p>Déjà j'aime travailler avec les bébés. J'ai une bonne relation et j'essaie d'être attentive à leurs besoins. Les bébés aiment tout le monde. Je ne me suis jamais attachée. J'essaie de donner le maximum, mais quand il s'en</p>	<p>Faire la part des choses, on est infirmière donc on s'occupe de l'enfant mais il ne nous appartient pas. On doit le faire passer à l'enfant aussi. J'aime beaucoup mon travail, je suis impliquée, mais moins émotionnellement</p>	<p>Je m'investis énormément. Quand je suis là, je suis là entièrement pour les enfants et les parents. Je m'investis autant pour l'un que pour l'autre. Je gère bien mon investissement. Ça ne pose pas de souci quand je rentre</p>	<p>Si un petit va pas bien, je m'inquiète. De temps en temps on se fait avoir, dans des situations difficiles, rien ça nous fait pas. C'est pas forcément facile de rentrer à la maison et d'oublier. Il faut éviter que ça nous fasse trop,</p>

	<p>va je suis contente. Mon but c'est qu'il rentre à la maison. Je venais parfois en dehors des heures de travail.</p>	<p>qu'auparavant, c'est l'expérience qui fait. Je vais faire des soins adéquats à l'enfant, mais je sais m'en détacher. Pour les chroniques, si on s'investit trop ça peut être difficile quand ils s'en vont.</p>	<p>chez moi en principe. Je fais la part des choses à quelques jours d'exception près.</p>	<p>parce que sinon on pourrait pas supporter. On doit apprendre à se protéger. On a des psychologues à disposition si jamais, des réunions de service parfois pour nous aider. Même si on a une larme quand un enfant qui est resté longtemps part, c'est des larmes de bonheur parce qu'on travaille pour qu'ils rentrent à la maison.</p>
<p>Distance</p>	<p>J'essaie de ne jamais dire « mon patient », mais « le patient que je m'occupe ». J'ai jamais eu de problème de distance. Je dois suppléer quand les parents ne sont pas là, je me considère comme une tante. Ca ne m'empêche pas après chez moi de penser à l'enfant. Quand je reviens si il s'est péjoré ça me rend triste. On est soignants, on a une responsabilité pendant notre horaire, mais on est pas responsable comme des parents peuvent être responsables de leur bébé.</p>	<p>Je sais très bien donner la place aux parents. Lors des soins je les laisse ensemble, la maman fait tout, je ne suis pas derrière à regarder. Je les investis énormément, pour moi le détachement se fait plus facilement. Mon attitude est professionnelle. Je m'investis pas la même chose quand les parents sont là ou pas. J'évite de les embrasser devant eux. Pour les soins j'attends un maximum de temps les parents. J'ai eu des expériences qui m'ont fait changer d'attitude, que je laisse la place aux mamans.</p>	<p>J'agis de la même manière avec l'enfant si les parents sont là ou pas. Je lui fais des bisous quand les parents sont là aussi, ça permet d'être à l'aise et pas de le faire dans le dos des parents. Ca se passe toujours très bien. Ca veut pas dire que je prends leur rôle de parents, au contraire. Si ils sont pas là un jour, ils sont contents de savoir que leur enfant a de l'affection et pas seulement des soins. Je reste l'infirmière. J'ai pas l'impression de prendre la place des parents, mais de jouer un rôle d'infirmière qui est complet et pas seulement de soignante technique.</p>	<p>Parfois les parents ont l'impression qu'on prend leur place. On dit toujours aux parents que c'est un amour détaché, car ce ne sont pas nos enfants. Si nos enfants vont bien on y pense pas trop à la maison, je devrais dire « les enfants dont on s'occupe ». J'ai l'âge des mamans des mamans, alors ma position est différente que celle d'une jeune infirmière. Pour savoir la distance, je teste, je travaille avec la gestuelle, le feeling.</p>

<p>Implication</p>	<p>Je peux servir de lien, aider à favoriser l'attachement. Faire en sorte que la mère se sente bien dans ce service, lui faire découvrir les compétences du bébé, être un guide pour elle. L'enfant a des capacités, les parents en ont et nous on a juste à mettre les conditions, à les inviter. Faire en sorte que l'enfant soit bien. Organiser les visites, les soins quand ça leur convient. Les parents nous font confiance et c'est important car ils nous laissent leur bébé et nous on doit leur faire confiance sur leurs capacités. Il faut accepter leurs valeurs, s'adapter.</p>	<p>Favoriser le lien au maximum. Mise en kangourou, les soins, pouvoir le toucher n'importe quand, venir à n'importe quelle heure. Etre avec lui et apprendre à le connaître. J'apprends aux parents à observer leur enfant, souvent j'arrête le monitoring quand les enfants sont bientôt prêts à partir. Je les laisse faire les soins de base car y a pas de geste technique à avoir pour ça. Il faut qu'elles se sentent sécurisées, leur dire qu'elles sont capables.</p>	<p>Etre correcte par rapport aux parents, avoir une attitude cohérente pour que l'attachement avec les parents soit fait, qu'on leur porte autant d'attention à eux qu'à leur enfant et avec ça c'est facile.</p>	<p>Un petit bébé on peut pas s'en occuper sans sa famille. A moi de voir et comprendre, de remarquer ce qui pourrait ne pas jouer et appeler les personnes dont j'ai besoin pour résoudre une situation que je maîtrise pas. On doit s'adapter aux cultures différentes. On a aussi un rôle de réconfort dans les situations difficiles. J'utilise l'amour et l'humour. Dédramatiser la situation, mais pas minimiser. On a vécu des choses dures et difficiles ensemble, ça crée des liens.</p>
---------------------------	---	--	---	--

ANNEXE 7

P R É S É N T A T I O N D E S P E R S O N N E S I N T E R R O G É E S

PRESENTATION DES PERSONNES INTERROGÉES

Mamans :

Prénom : Maman 1

Année de naissance : 1977

État civil : Mariée

Lieu de résidence : 45 km de Lausanne. Elle utilise les transports publics et fait une heure de trajet le matin et une heure le soir.

Semaines de gestation : Le bébé est né à 31 semaines.

Présence dans le service : Cela fait deux semaines et deux jours que le bébé est né.

Autres enfants : Non

Prénom : Maman 2

Année de naissance : 1972

État civil : Mariée

Lieu de résidence : 90 km de Lausanne. Habite dans un studio mis à disposition par le CHUV. Elle reste tous les jours à Lausanne.

Semaines de gestation : Le bébé est né à 28 semaines 5/7.

Présence dans le service : Cela fait 4 mois que le bébé est né.

Autres enfants : Non

Prénom : Maman 3

Année de naissance : 1962

État civil : Mariée

Lieu de résidence : 15 km de Lausanne. Elle vient en voiture et en a pour 15 minutes de trajet.

Semaines de gestation : Le bébé est né à 28 semaines.

Présence dans le service : Cela fait deux mois et demi que le bébé est né.

Autres enfants : Deux autres enfants de 25 et 11 ans. La première est mariée.

Prénom : Maman 4

Année de naissance : 1982

État civil : Concubinage

Lieu de résidence : 10 km de Lausanne. Elle vient en voiture et en a pour 15 minutes de trajet.

Semaines de gestation : Le bébé est né à 28 semaines 4/7.

Présence dans le service : Cela fait un mois et demi que le bébé est né.

Autres enfants : Non

Infirmières :

Prénom : Infirmière 1

Obtention du diplôme : 1978

Nombre d'années de pratique professionnelle : 28 ans.

Nombre d'années de travail dans ce service : 21 ans.

Pourcentage : D'abord à 100, après à 90, 70 et maintenant à 80 %.

Enfants : Deux enfants de 10 et 12 ans.

Prénom : Infirmière 2

Obtention du diplôme : 1985

Nombre d'années de pratique professionnelle : 21 ans.

Nombre d'années de travail dans ce service : 14 ans.

Pourcentage : 100 %.

Enfants : Non

Prénom : Infirmière 3

Obtention du diplôme : 1980

Nombre d'années de pratique professionnelle : 17 ans.

Nombre d'années de travail dans ce service : 17 ans.

Pourcentage : D'abord à 100, après à 50, à 70 et maintenant à 80 %.

Enfants : Deux enfants de 25 et 21 ans.

Prénom : Infirmière 4

Obtention du diplôme : 1972

Nombre d'années de pratique professionnelle : 25 ans.

Nombre d'années de travail dans ce service : 17 ans.

Pourcentage : D'abord à 60 et maintenant à 80 %.

Enfants : Deux enfants de 30 et 32 ans.

ANNEXE 8

CALENDRIER DE LA RECHERCHE

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

Annexe

CALENDRIER DE LA RECHERCHE

Date	Travail à effectuer
19 juin 2006	Montrer à Géraldine Marchand mon travail de validation A3D1M62/63 et discuter avec elle de mon projet, de ses propositions, de ses pistes.
30 septembre 2006	Avoir fait mes recherches bibliographiques. Faire les fiches de lecture.
Fin octobre 2006	Avoir rendu le projet de mémoire à Géraldine Marchand et avoir trouvé ma question de recherche.
20 novembre au 1 ^{er} décembre 2006	Stage d'observation de deux semaines dans le service de néonatalogie du CHUV.
Février 2007 (semaine 5)	Réalisation des grilles d'entretiens et préparation pour les entretiens.
Février 2007 (semaine 8)	Réalisation des entretiens.
Février 2007	Retranscription et analyse des entretiens.
Mars – avril – mai – juin 2007	Analyse. Rédaction du travail.
1 ^{er} au 13 juillet 2007	Mise en page.
16 juillet 2007	Déposer le mémoire de fin d'études.
Août 2007	Me préparer à la défense orale.
30 août 2007	Défense orale de mon travail de mémoire.