

Infirmière en néonatalogie : attachement au nouveau-né prématuré



Table des matières

1	Introduction	4
2	Motivations	5
2.1	Motivations personnelles	5
2.2	Motivations professionnelles	6
3	Problématique	7
3.1	Question	8
3.2	Hypothèses	9
3.3	Objectifs	9
4	Cadre de référence	11
4.1	La néonatalogie	11
4.1.1	Histoire	11
4.1.2	Prématurité	12
4.1.3	Définition	13
4.1.4	Physiologie du prématuré	13
4.1.5	Causes	16
4.2	Attachement	16
4.2.1	Construction	18
4.2.2	Éléments constructifs	20
4.3	L'infirmière en néonatalogie	22
4.3.1	Rôle infirmier	22
4.3.2	Rôle infirmier en néonatalogie	24
4.3.3	Organisation du service de néonatalogie du CHCVs	27
4.3.4	Rapport aux parents	28
5	Méthodologie	30
5.1	Choix de l'outil	30
5.2	Déroulement	30
6	Analyse	32
6.1	Description des entretiens	32
6.1.1	Entretien numéro 1	32

6.1.2	Entretien numéro 2	33
6.1.3	Entretien numéro 3	35
6.1.4	Entretien numéro 4	36
6.1.5	Entretien numéro 5	38
6.1.6	Entretien numéro 6	39
6.2	Tableaux comparatifs.....	41
6.3	Analyse des entretiens.....	43
7	Conclusions	48
7.1	Bilan méthodologique	48
7.2	Bilan professionnel.....	49
7.3	Bilan personnel	51
7.4	Mot de la fin	52
8	Bibliographie	53
8.1	Ouvrages	53
8.2	Cyberographie	53
8.3	Articles	54
9	Annexes	55
9.1	Score de Silverman.....	55
9.2	Grille d'entretien.....	57
9.3	Lettre à l'attention de la Direction des soins	58
9.4	Lettre explicative aux infirmières.....	59
9.5	Consentement libre et éclairé	60
9.6	Tableaux d'analyse	61

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont aidée pendant mes études et la réalisation de ce mémoire :

- Monsieur Emmanuel Solioz, professeur à la HES-SO Valais, site de Sion, directeur de ce mémoire, qui m'a guidée avec compétence et patience ;
- Les infirmières du service de pédiatrie de l'hôpital de Sion-Hérens, source inépuisable d'informations précieuses ;
- Claude et Cornélia, mes parents, Lionel, mon frère pour leur encouragement et leur aide pendant ma formation ;
- Madame Marie-Josée Barmaz et sa fille Rachel toujours disponibles pour la relecture d'un texte et d'un soutien inamovible tout au long de mes quatre ans d'études ;
- Monsieur David Lanzi, étudiant à la Haute Ecole pédagogique de St-Maurice pour son aide à la retranscription des entretiens.

Les avis exprimés dans ce mémoire n'engagent que l'auteur.

La photo de la page de couverture est tirée de l'agenda d'Anne Geddes.

1 Introduction

Mon mémoire de fin de formation en soins infirmiers HES porte sur l'attachement de l'infirmière au prématuré.

Mes motivations d'un point de vue personnel et professionnel sont explicitées au début de mon travail. Elles montrent mon intérêt pour ce sujet et clarifient mon orientation. Puis la problématique avec ma question de recherche est posée.

Par la suite, trois cadres de références sont développés. La prématurité qui raconte les immaturités du nourrisson né avant le terme de la naissance avec les surveillances infirmière ainsi que la définition du terme selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Une brève approche historique de la néonatalogie montre que l'évolution médicale est récente. Ensuite, le concept d'attachement est expliqué. Il contient les éléments de son origine à sa construction. Et pour conclure, le rôle infirmier en soins généraux est évoqué puis ciblé dans une unité de néonatalogie.

Un stage dans le service de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire du canton de Vaud m'a permis d'observer les habitudes et pratiques des infirmières. Puis, par mon enquête, j'ai identifié les moyens et les ressources à leur disposition pour se distancer des bébés. Une analyse descriptive puis interprétative des entretiens effectués auprès d'infirmières de l'unité de néonatalogie du CHCVs – centre de Sion est développée.

Je termine mon mémoire par trois bilans. Un bilan méthodologique qui montre mes facilités et difficultés rencontrées pour la réalisation de ce travail de fin d'étude. Un bilan professionnel développant la problématique au sein des soins infirmiers et un bilan personnel qui explicite mon ressenti suite à la réalisation de ce mémoire.

2 Motivations

Mes motivations personnelles et professionnelles à la réalisation de ce mémoire sont ici explicitées.

2.1 *Motivations personnelles*

Dès mon plus jeune âge, je me projetais avec certitude dans ma future profession « infirmière sage-femme ». Les femmes enceintes et les nouveaux-nés m'ont toujours fascinée. Je me spécialiserai après quelques années d'expériences en qualité de sage-femme. Ma grand-mère, elle-même sage-femme, m'a transmis cette joie d'apporter une aide aux femmes à un moment inoubliable dans leur vie. C'est la raison pour laquelle cette volonté de me spécialiser dans le domaine de l'obstétrique s'est tout naturellement imposée. J'ai choisi le thème de la prématurité afin d'élargir mes connaissances du monde de la maternité.

Travailler dans un service de néonatalogie a toujours été mon projet. J'ai donc effectué un stage au CHUV qui regroupe les grands prématurés des cantons de Vaud, Valais, Fribourg, Jura et Neuchâtel. Ce stage m'a permis de confirmer mon projet avenir.

Une motivation d'un autre ordre est d'observer ce qui concrètement est mis en place par les infirmiers et les infirmières¹ afin qu'ils ne s'attachent pas à ces petits êtres si fragiles, porteurs cependant de nombreuses barrières pour les parents (sonde naso-gastrique, respirateur, couveuse, etc.). Quelles limites s'imposent-elles pour ne pas se substituer à la maman ? Comment pratiquent les infirmières pour créer et entretenir un climat favorable à l'épanouissement familial sans accaparer toute la place auprès du nourrisson ? Je veux observer les interactions entre le nouveau-né et les infirmières tout en analysant les spécificités des soins au prématuré dispensés par les infirmières et cela par rapport aux soins prodigués par la maman.

¹ J'utiliserai dorénavant le terme « infirmière » ou « soignante », étant entendu que la gent masculine s'y trouve incluse.

Je veux aussi vaincre mes quelques peurs face à ces situations complexes. Mes représentations de la néonatalogie sont aussi des moments de profonde tristesse. La mort, le deuil sont inhérents au service de néonatalogie. Ces événements tragiques sont d'autant plus difficiles à aborder dès lors qu'ils surgissent au commencement de la vie. J'appréhende de prodiguer des soins sur ces êtres si chétifs parfois à peine plus grands qu'une main.

2.2 Motivations professionnelles

Il n'est pas évident de faire la part des choses entre un comportement purement professionnel et une attitude empreinte d'humanisme. Une des motivations professionnelles est d'aider les infirmières en néonatalogie à séparer le devoir de l'envie. L'infirmière ne doit pas se substituer à la mère déjà présente pour le nourrisson. La professionnelle soigne, oriente, aide, écoute, etc. le nouveau-né et les parents, c'est sa mission.

Je veux comprendre comment les infirmières se protègent de l'attachement au nouveau-né et peut-être suite à cette réflexion leur donner des idées supplémentaires pour la pratique quotidienne.

L'évolution du domaine de la néonatalogie montre et prouve qu'il faut favoriser le lien d'attachement entre les parents et leur nouveau-né. Il est démontré que « *les nourrissons privés de soins et d'affection peuvent souffrir de troubles du sommeil qui entravent leur croissance*² ». Les études abondent sur l'impact du lien d'attachement. Il favorise la croissance et le développement de l'enfant. « *Les enfants classifiés comme sécures seraient plus confiants en eux-mêmes, plus compétents socialement, plus efficaces, plus aptes à entrer en relation intime ainsi que plus empathiques avec les autres*³ ». Il est donc important que l'infirmière accorde une grande place aux parents pour le bon développement de la croissance du nourrisson tout en offrant une qualité de soin optimale. En guise de conclusion, on pourrait suggérer que l'attachement au nouveau-né est proportionnel à sa présence auprès de lui.

² Marieb, Elaine N. *Anatomie et physiologie humaines*, De Boeck Université : Paris, 1999. p. 421

³ Anderson, C.J. *Une analyse du concept d'attachement parent-enfant*, Recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999

3 Problématique

Avant de réaliser mon stage au CHUV, je doutais de la direction à prendre pour mon mémoire. La thématique m'était connue : « la prématurité », mais non l'orientation que cette recherche pourrait prendre pour apporter des éléments utiles aux praticiennes d'un service aussi spécifique que la néonatalogie. De plus, ces dernières années des recherches importantes sur les prématurés ont conduit à une évolution de la prise en charge infirmière dans le sens d'une plus grande globalité. Elle est donc plus complète.

Mon observation du travail infirmier m'a permis de constater la création d'un très fort lien d'attachement au nourrisson. Un certain nombre de points m'ont frappée, notamment :

- l'infirmière culpabilise de ne pas pouvoir dire au revoir au nourrisson lors de son départ,
- l'infirmière nomme le nourrisson par des substituts comme « *Loulou* », « *bout de chou* », « *chouchou* », etc.,
- l'infirmière ajoute souvent l'article possessif « mon » ou « ma » devant le prénom du nouveau-né,
- en l'absence des parents, l'infirmière donne des bisous au bébé,
- l'infirmière s'occupe toujours du même bébé lorsqu'elle travaille plusieurs jours d'affilée.

Voir une infirmière quitter son service et déléguer les soins pour dire au revoir à l'enfant en partance m'a frappée. J'ai été émue par l'ampleur de cette séparation mettant fin à la relation établie. Les professeurs de notre école nous ont enseigné d'appeler les clients par leur prénom afin de s'assurer de leur identité et de les valoriser. Le non respect de cette règle en néonatalogie m'a étonnée. Est-ce différent pour les nourrissons ? Les infirmières ajoutent l'article possessif devant les prénoms ou leurs substituts. Elles s'approprient le bébé en quelque sorte mais la blouse blanche se charge d'ériger la barrière de soignante. Lors d'un bisou donné sur la joue d'un nourrisson, une infirmière m'a

rendue attentive de ne pas le répéter devant les parents. Mon comportement devait-il être différent en présence des parents ?

Le résultat de ces observations m'a permis de me centrer sur la problématique de l'attachement de l'infirmière au nouveau-né. La professionnelle passe un nombre d'heures important auprès du nourrisson prématuré qui demande une surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre. La petite taille du bébé accentue l'attachement de l'infirmière pour le nourrisson cela d'autant plus que, selon mes observations, la maman devient autonome avec son enfant seulement après un certain temps car la peur d'être maladroite la freine dans ce processus d'autonomie.

L'infirmière accompagne les parents auprès de leur bébé. Elle maîtrise les connaissances et le savoir se rapportant au développement de l'enfant mais elle n'a pas à exercer une autorité sur lui. C'est toute l'ambiguïté entre son rôle infirmier et sa personnalité féminine. L'infirmière oriente, soutient les parents mais ne doit se substituer aux mamans de tous les nourrissons. La soignante doit orienter les parents vers le choix des décisions les plus judicieuses pour le présent et le futur de l'enfant. Cette proximité avec l'enfant est primordiale pour seconder les parents à s'en occuper. Un comportement professionnel et non personnel doit caractériser le travail de l'infirmière.

3.1 Question

Afin de définir ma question de recherche, je me suis documentée sur le sujet de la prématurité. Cependant cela fut insuffisant pour orienter et structurer mes idées. C'est seulement à la suite d'un stage en néonatalogie que j'ai réussi à cibler cette interrogation : « **Comment l'infirmière gère-t-elle l'attachement au nouveau-né prématuré ?** » J'entends par là, comment l'infirmière sépare le devoir professionnel de la dimension maternelle qu'il peut receler. Elle est mandatée pour s'occuper et soigner les prématurés sans s'impliquer personnellement puisque aucun lien familial ne la lie au bébé. Elle doit laisser son désir de côté.

3.2 Hypothèses

Sur la base de la question rédigée au point 3.1, j'ai formulé trois hypothèses :

- l'infirmière en néonatalogie se limite dans le temps en tant que référente du nouveau-né.

Cette hypothèse fait référence à la durée de la prise en charge. Il est de notoriété publique que plus on passe du temps avec une personne plus se crée des liens. Je veux donc savoir si l'infirmière se protège d'un éventuel attachement au prématuré en s'occupant du bébé X le lundi et du bébé Y le mardi.

- l'infirmière en néonatalogie se construit des limites dans le contact physique et dans les paroles avec le bébé.

Cette hypothèse implique la notion du toucher dans la relation nouveau-né/infirmière. Quel sens donner aux gestes d'affection, comme faire un bisou sur la joue, la main, le crâne, le pied, ou mettre le doigt dans la bouche du bébé pour simuler le téton, etc. ? L'infirmière agit-elle différemment dans les gestes ou les actes selon la présence ou non des parents ?

- l'infirmière en néonatalogie favorise et encourage les parents à créer des liens avec le nouveau-né.

C'est la notion de distance. Plus les parents sont présents, plus ils prodiguent eux-mêmes les soins et moins l'infirmière sera en contact avec le nouveau-né. Elle doit stimuler les parents à exercer les soins tout en étant présente pour les soutenir. Elle se protégera ainsi d'être trop proche du nourrisson. Plus la famille est impliquée moins l'infirmière sera présente au côté du bébé.

3.3 Objectifs

Après avoir cerné la problématique de mon sujet d'étude, je me suis fixée trois objectifs afin de garder une ligne de conduite dans la réflexion et la rédaction de ce mémoire.

- Décrire et comprendre la relation entre le prématuré et l'infirmière

- Nommer et identifier les moyens mis à disposition par les infirmières en néonatalogie pour trouver la juste distance avec le nouveau-né
- Approfondir mes connaissances de la maternité.

Ces objectifs se sont imposés une fois ma question posée. Au chapitre sept, une auto-évaluation est développée.

4 Cadre de référence

En première partie, je présente la néonatalogie, puis je développe le concept de la prématurité suivit de l'attachement et pour terminer je définis le rôle de l'infirmière.

4.1 La néonatalogie

Une vision globale de la néonatalogie implique de prendre connaissance de son histoire. En effet, cette discipline ayant beaucoup évolué, il me paraît primordial de connaître son évolution sur le plan social et médical. La néonatalogie est une branche de la pédiatrie qui se consacre aux soins du nouveau-né normal ou pathologique. Le site de Gaëlle Trébaol⁴ présente l'histoire de la néonatalogie et je m'en suis inspirée.

4.1.1 Histoire

Depuis la nuit des temps des bébés prématurés viennent au monde. Auparavant ils mouraient peu après leur naissance d'un manque d'oxygène. Hippocrate (400 ans avant J.C.) affirmait qu'un fœtus de sept mois ressemblait à un bébé mais avait peu de chance de survivre.

C'est seulement à partir de 1870 que l'on s'intéresse aux bébés prématurés, car la guerre franco-russe a décimé la population française. Les médecins cherchent à diminuer la mortalité infantile dans le but de repeupler la France.

Deux obstétriciens, Tarnier et Budin, se sont aperçus que le nouveau-né n'arrivait pas à garder sa chaleur. Suite à l'observation au zoo des couveuses pour poussins, ils décidèrent d'adopter la même technique pour les prématurés.

Ensuite, on commence à donner du lait maternel à la cuillère par gavage. Cependant, un grand nombre de prématurés décèdent. Des règles d'hygiène sont instaurées et le lait est réfrigéré. Les mamans sont encouragées à allaiter leurs enfants.

⁴ http://www.surdite.org/agepa/doc_entendre161.html

C'est en 1901, grâce au Dr. Couney, que les prématurés deviennent un sujet d'intérêt. Malheureusement, il empêchera les parents de tout contact avec leur enfant prématuré de peur qu'ils l'infectent. C'est seulement à partir des années septante que la pratique s'inverse et que les parents seront à nouveau autorisés à voir leur enfant prématuré.

En 1923 à Chicago, pour la première fois, une pouponnière ouvre ses portes aux bébés prématurés. En 1928, la première intubation est réalisée. En 1940, les premières oxygénothérapies sont pratiquées. En 1950, on s'aperçoit qu'un haut taux d'oxygène cause des atteintes visuelles. On administre des antibiotiques contre des infections qui seront ototoxiques et créeront des surdités.

Reconnue par le Comité de pédiatrie américain, la néonatalogie devient une spécialité en 1975. Dès lors, les prématurés seront transférés dans des centres spécialisés pour obtenir les meilleurs soins avec, par exemple, la photothérapie ou le respirateur.

En 1984, les scientifiques reconnaissent aux prématurés l'existence possible de la douleur. A partir de cette constatation, les médecins pratiqueront l'anesthésie pour leur prodiguer des soins.

Aujourd'hui, les pédiatres réaniment des bébés nés après 23 semaines de grossesse. Le taux de survie a augmenté et l'importance de se centrer sur le suivi de l'enfant prématuré est immense.

4.1.2 Prématurité

Dans ma question, je traite de l'attachement au nouveau-né prématuré, ce qui implique une présence soutenue de l'infirmière auprès du bébé dont le séjour à l'hôpital est d'une durée certaine.

Ce cadre de référence comporte trois parties. Je commence par définir la prématurité selon l'OMS, puis j'explique la physiologie du prématuré avec

toutes ses immaturités et enfin je termine avec les différentes causes possibles d'un accouchement prématuré.

4.1.3 Définition

« Selon les normes internationales et selon l'OMS en particulier, on définit la prématurité comme une naissance intervenant à moins de 37 semaines révolues (259 jours) après le 1^{er} jour des dernières règles. Cet âge gestationnel demeure cependant indéterminable dans certaines circonstances. Il doit donc être interprété. C'est pourquoi le poids de naissance inférieur à 2500 grammes comporte des prématurés et des enfants nés à terme avec un petit poids de naissance. Les deux facteurs, poids de naissance et âge gestationnel, sont ainsi souvent nécessaires pour permettre l'évocation d'une prématurité.

- *Enfants nés à terme : entre 37 et 42 semaines de gestation*
- *Enfants nés prématurément : < 37 semaines (poids naissance < 2500 grammes)*
- *Enfants nés postmatures : gestation > 42 semaines ; ou ayant connu un retard de croissance intra-utérin ».*⁵

Pour les parents, un accouchement prématuré crée de très gros problèmes. C'est un accouchement surprise avec une séparation précoce et un sentiment d'échec accompagné de frustration, de culpabilité et d'angoisse. Ces aspects négatifs peuvent influencer la prise en charge des parents en les déresponsabilisant face à leur devoir. Par peur, ils n'oseront peut-être pas prendre dans leurs bras un être si petit. Là, le rôle de l'infirmière est capital. Elle ne doit pas se substituer aux parents mais doit les soutenir et les aider à affronter la situation.

4.1.4 Physiologie du prématuré

Cette matière comporte toutes les immaturités possibles du prématuré par système anatomique. Une description des surveillances infirmière est présente à chaque point.

⁵ Dalla Piazza, S. *L'enfant prématuré*, De Boeck Université : Paris, 1997. p.13

Immaturité pulmonaire : une hypoventilation et une hypovascularisation du poumon peuvent en être la cause ainsi qu'une mauvaise adaptation du centre respiratoire.

Immaturité biochimique : on parle ici du surfactant avec une insuffisance de sécrétion. C'est seulement à partir de la 34^{ème} semaine que celui-là est mature.

Surveillance infirmière : fréquence respiratoire avec la régularité, les pauses, les signes de lutte (score de Silverman⁶), saturation, coloration de la peau.

Immaturité de la thermorégulation : le bébé n'a pas de réserve calorique et ne peut donc pas produire de la chaleur. La mauvaise régulation est due à la déperdition thermique et à l'absence des mécanismes de régulation (sueur, frissons, activité musculaire).

Surveillance infirmière : coloration de la peau (marbrure si le bébé à froid), regrouper les soins, température 36,5 - 37,5, maintenir l'enfant au chaud, éviter les refroidissements.

Immaturité nutritionnelle : elle est due à l'immaturité de la muqueuse intestinale, du réflexe de succion et de déglutition qui est présent mais pas la coordination qui apparaissent seulement à la 34^{ème} semaine d'aménorrhée et à la faible capacité gastrique.

Un risque d'hypoglycémie avec une glycémie inférieure à 2 mmol/l. existe si le nouveau-né n'est pas tout de suite alimenté. La vigilance est impérative car l'hypoglycémie peut engendrer des séquelles cérébrales.

Le risque d'hypocalcémie avec une calcémie inférieure à 2 mmol/l. est également présent de même que la dénutrition due à la difficulté de s'alimenter, à la faible capacité gastrique et à la mauvaise absorption digestive. Un apport vitaminique dû à la faible réserve du nouveau-né est indispensable.

⁶ Annexe 9.1

Surveillance infirmière : apparition de trémulations, d'apnée, de convulsions, d'hyperthermie, d'hyperexcitabilité, de troubles du rythme cardiaque, surveillance du poids, l'état des selles, les régurgitations, résidus gastriques si sonde naso-gastrique, quantités ingérées, stimuler le réflexe de succion, position du bébé (décubitus ventral et latéral favorisent la digestion).

Immaturité hépatique : c'est la glycoconjugaison qui provoque l'ictère. Ce sont les enzymes hépatiques qui sont immatures.

Surveillance infirmière : coloration de la peau et la bilirubinémie. Le traitement est la photothérapie.

Immaturité vasculaire : le risque hémorragique est lié à l'immaturité du foie qui ne synthétise pas certains facteurs de la coagulation. En général, l'hémorragie est intracrânienne.

Immaturité immunitaire : le fœtus acquiert des anticorps de la maman par le biais du placenta durant les derniers mois de la grossesse. Un bébé né prématurément n'a pas eu le temps de faire son plein de défenses immunitaires.

Surveillance infirmière : aseptie maximale, déceler des signes évocateurs d'infection et recherche d'infection maternelle.

Immaturité rénale : c'est un trouble de l'élimination de l'eau et des électrolytes, plus particulièrement le sodium.

Surveillance infirmière : œdème et variation du poids.

Immaturité neurologique : le système nerveux devient de plus en plus mature au fil de la grossesse. Donc le comportement neurologique dépend du stade de maturation lié au terme de la grossesse et à l'accouchement prématuré.

4.1.5 Causes

Les causes de la prématurité sont multiples et souvent inconnues. Plusieurs facteurs sont en causes :

- obstétricaux comme un placenta praevia, un décollement placentaire, des anomalies utéro-placentaires, des fibromes utérins, l'incompétence du col de l'utérus, la rupture prématurée des membranes, la procréation médicalement assistée, etc.
- maternels comme un diabète, une toxémie gravidique, une haute tension artérielle, une infection génito-urinaire (streptocoque B) ou généralisée (grippe, rubéole, toxoplasmose), etc.
- socio-économiques comme une multiparité, l'âge de la maman (moins de dix-huit ans ou plus de trente-cinq ans), le tabagisme, la fatigue liée au travail, la position debout prolongée, le surmenage, les grossesses rapprochées, etc.
- foetaux comme un retard de croissance intra-utérine, les maladies chromosomiques, les malformations congénitales du bébé.

4.2 Attachement

Cette partie permet de définir le concept d'attachement. Il aide à la compréhension des mécanismes que l'infirmière met en place pour le nouveau-né.

L'attachement est un sentiment qui unit une personne à une autre. La notion d'attachement est définie grâce à deux longues études que sont l'empreinte d'une part et les effets de la perte du lien maternel d'autre part.

L'empreinte : le fondateur de l'éthologie moderne, Konrad Lorenz, a prouvé que chez les canards, immédiatement après la naissance, un temps critique à l'attachement canne – caneton s'observe. L'éthologiste a confirmé que cette période sensible à l'attachement se retrouve chez toutes les espèces d'animaux étudiées. Cette période est appelée « période critique ». La période critique

pour les enfants, avec un impact considérable sur leur développement, s'étend de la naissance à une année.

Les effets de la perte du lien maternel : c'est René Spitz en 1946 qui décrit pour la première fois les effets de la perte du lien maternel. C'est le symptôme de la dépression anaclitique. Spitz l'a décrite chez les nourrissons âgés de plus de 6 mois privés de leur maman après avoir développé de bonnes relations avec elle et sans qu'elle soit remplacée. Suite à cette séparation, après quelques semaines, les nourrissons développent des états d'apathie avec refus de contact et/ou indifférence à l'entourage. Les psychanalystes observent des attitudes anorexiques avec pertes de poids et insomnies qui fragilisent, voire stoppent, le développement, et conduisent à la régression des acquisitions motrices et intellectuelles ainsi qu'à une grande sensibilité aux infections. Si l'enfant retrouve sa mère, ou une autre présence maternelle, la dépression disparaît. Dans le cas contraire, l'évolution sur le plan physique et psychique peut aboutir à une profonde détresse.

La clarification du mot « maman » ou « mère » est importante : c'est la personne qui donne des soins maternels sans être nécessairement la mère naturelle.

Vers les années cinquante, ces deux théories se rejoignent. Les psychanalystes observent que les mécanismes d'attachement (les cris, l'étreinte, l'allaitement, la recherche de chaleur) sont communs entre les humains et les primates. Seul le sourire est typiquement humain.

« L'attachement est le besoin instinctif d'être proche pour échanger de l'amour ressenti par tous les hommes et les animaux (particulièrement les mammifères). Il fait naître un sentiment de réconfort et agit sur les plans du Corps, du Mental, de l'Émotionnel et du Spirituel. Il permet un échange d'énergie (hors du rationnel) qui stimule de 1 à 200 hormones. Il se concrétise par la création de liens avec soi-même, des êtres vivants et des buts⁷ ».

⁷ Classeur des concepts, EVSI, 1990 : Sion, non publié, adapté de Bowlby, J.

4.2.1 Construction

Le concept d'attachement apparaît vers les années 1950. D'après John Bowlby⁸, une relation stable et durable favorise le développement de l'enfant. Entre une mère et son enfant un lien puissant se crée. L'attachement est défini par Bowlby comme le comportement que le bébé développe pour établir et maintenir la proximité ou le contact avec sa maman. Si la proximité entre la mère et l'enfant est présente, l'effet anxiolytique pour le bébé est évident.

Pendant de nombreuses années, les psychologues supposaient que le seul fait de nourrir un nouveau-né créait un lien, jusqu'au jour où Harry Harlow⁹ démontra la préférence des bébés singes pour des mères artificielles recouvertes de couvertures confortables. *« Chez les bébés humains, aussi, l'attachement se développe à partir du contact corporel avec les parents qui sont doux et chauds et qui vous bercent, vous nourrissent et vous caressent. De plus, pour les hommes, l'attachement s'incarne dans une personne fournissant à l'autre une base sécurisante à partir de laquelle explorer le monde et un havre de paix en cas de détresse¹⁰ ».*

Je retourne ces éléments par rapport à l'infirmière et au nouveau-né. Quels sont les faits pour le bébé que l'infirmière ne sera pas la personne maternelle mais bien ses parents ? La soignante est source de chaleur, de réconfort et nourricière pour le nouveau-né et donc je recherche comment elle se protège du lien qui se crée.

L'enfant assure une proximité avec ses parents en pleurant, en souriant ou par des vocalises. Un lien se crée en cas de réponse des parents. Au contraire, sans retour, le bébé rejette ses parents. L'échange enfant-parents installe la sécurité. Le bébé peut s'appuyer sur sa maman, qui elle est soulagée d'entendre son enfant. L'attachement est un comportement instinctif avec pour but de protéger son enfant. Il marque toujours l'interaction entre deux sujets.

⁸ Bowlby, J. *Attachement et perte, L'attachement*. Paris: PUF, 1992.

⁹ Myers, D. *Psychologie*. Paris : Flammarion, 2004. 7^{ème} édition p.151

¹⁰ *ibid.* p.151

Selon John Bowlby, quatre théories décrivent la nature du lien entre un enfant et sa maman.

La théorie de l'apprentissage, avec les besoins physiologiques qui sont « nourriture et chaleur ». Elle dit que si la maman assouvit les besoins de l'enfant celui-ci apprend qu'elle est source de gratification.

La théorie de la succion primaire de l'objet, qui dit que l'enfant a un besoin inné du sein. Le bébé apprend par ce geste qu'il fait partie de la maman. Il établit une relation avec elle.

La théorie de l'agrippement primaire à l'objet, là c'est l'enfant qui possède une tendance acquise à être en contact avec un être humain. C'est partie intégrante de ses besoins primaires.

La théorie du désir primaire de retour au ventre maternel, c'est l'enfant qui regrette le ventre de sa maman et qui veut y retourner. Donc, il crée un contact avec sa maman.

La première théorie est la plus répandue. L'attachement se tisse lorsqu'un certain système de comportements est activé. Bowlby définit cinq comportements d'attachement : les pleurs, les sourires, la survie, l'agrippement et la succion.

Bowlby distingue quatre phases de comportement d'attachement. Bien évidemment, il n'est pas facile de les délimiter. La première phase dure de la naissance jusqu'à une période située entre la huitième et douzième semaine de vie. Le bébé ne distingue pas une personne d'une autre. Il reconnaît une personne uniquement par la voix. La deuxième phase débute la treizième semaine et se termine aux environs des six mois. Le bébé reconnaît les visages connus et se dirige vers eux. La troisième phase dure de six mois à deux ans. Le bébé manifeste de la discrimination, il prend sa maman comme base et

revient toujours vers elle. Et pour terminer, la quatrième phase, de la deuxième à la troisième année, est la phase d'association avec sa figure maternelle.

D'après Marie Ainsworth¹¹, trois types d'attachement existent. Elle a observé comment les nourrissons utilisent leur mère comme base de sécurité dans une situation anxiogène alors qu'ils dépendent aussi de la réponse de la figure maternelle. Le modèle **sécure** se caractérise par une maman disponible et sensible aux signaux d'alarme de son bébé, le modèle **anxieux-ambivalent** où la maman est partagée entre la disponibilité et le rejet des signaux d'alarme de son bébé et enfin le modèle **anxieux-évitant** où la maman adopte des interactions rejetantes ou intrusives aux signaux d'alarme de son bébé. Plus tard, l'apparition d'un quatrième modèle est possible, celui de **l'évitant-ambivalent** ou **désorganisé-désorienté** lorsque les parents provoquent de l'effroi chez leur bébé.

4.2.2 Éléments constructifs

Les liens entre les êtres humains se construisent en huit phases. C'est un cycle. La première phase ou étape est d'abord **le désir d'attachement**. C'est le besoin d'être proche. Un désir d'échanger doit exister et il est inévitable pour l'infirmière. Elle est proche car elle berce, porte, caresse, nourrit et prodigue des soins au bébé. Un échange est présent chaque fois que le nourrisson réagit aux stimulations du toucher et de la parole de la soignante. Ensuite, **le besoin de faire part à l'autre** est souhaitable. Un intérêt à échanger en étant proche du bébé doit être présent chez l'infirmière. Son intérêt est la bonne santé du bébé afin qu'il puisse vivre dans son cadre familial. **La réponse** qui permet un échange est l'étape suivante. La forme d'échange varie entre la dépendance naturelle et l'interdépendance. En cas de satisfaction des besoins, l'échange peut diminuer ou disparaître. Cet échange découle des demandes du nourrisson qui s'expriment par des pleurs que l'infirmière s'efforce de satisfaire.

En quatrième phase, **les besoins d'individualisation** apparaissent. Le nourrisson et la nature de la relation évoluent grâce à l'enrichissement de

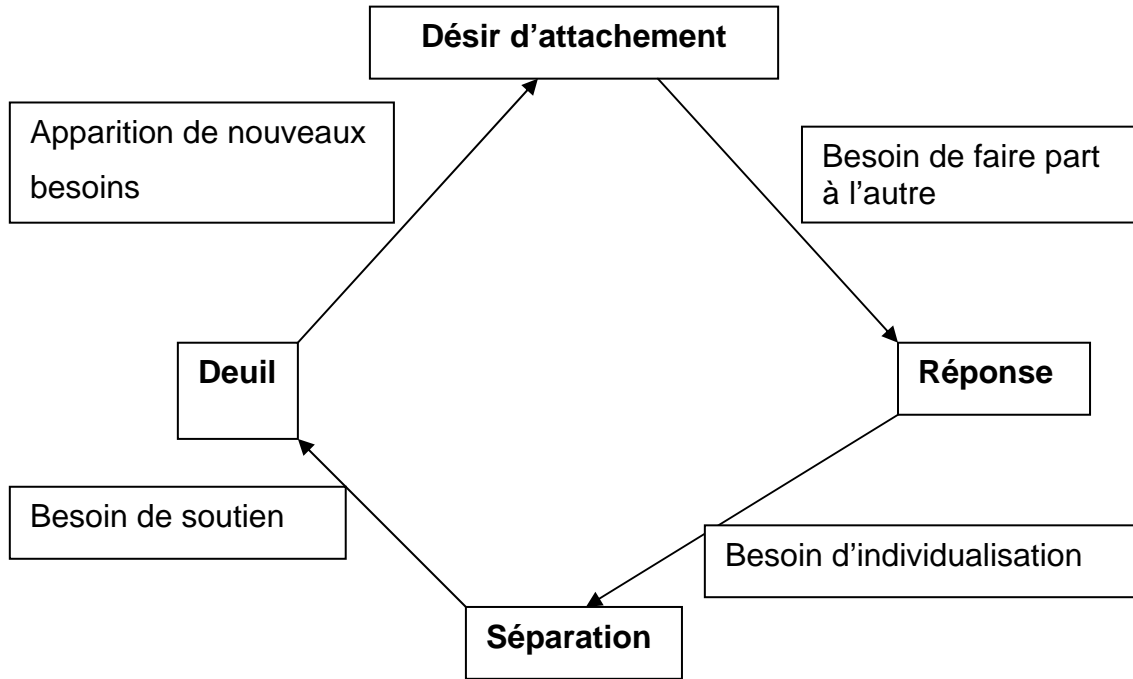
¹¹ http://www.mtl.centresjeunesse.qc.ca/cmulti/Defi_jeunesse_9910/attachement.htm

l'échange. L'augmentation de la capacité d'autonomie entraîne le besoin de séparation. Au fil des jours, les besoins du bébé diminuent pour l'infirmière soignante et augmentent pour sa maman. La santé du nourrisson s'améliore quotidiennement, l'autonomie des parents s'accroît envers leur enfant, ainsi l'infirmière s'efface progressivement. **La séparation** s'approche. Tout attachement conduit à une fin et aboutit à la séparation. Le processus de deuil commence au moment où l'état de santé permet au bébé de rentrer à la maison. L'infirmière prépare la sortie du nourrisson, la relation prend fin.

Dès ce moment, l'infirmière a **besoin de soutien** pour accepter la séparation. Elle peut demander de l'aide pour traverser cette épreuve. Les collègues sont souvent un soutien, présents pour l'écouter et entendre ses chagrins. La phase de **Deuil** suit. C'est le relâchement. La personne accepte la séparation, ce qui permet une ouverture pour de nouveaux échanges.

Tout attachement a une fin et amène à une séparation qui conduit au processus de deuil !

L'apparition de nouveaux besoins permet à l'infirmière de tourner la page. C'est la phase pendant laquelle l'infirmière s'occupe de nouveaux bébés. Le cycle recommence, symbolisé par une roue. Toutes les phases sont présentes avec une intensité qui varie selon les situations.



4.3 L'infirmière en néonatalogie

La compréhension de la spécificité de l'infirmière en néonatalogie passe par la définition de son rôle. J'ai donc jugé intéressant de développer en quelques lignes ce rôle propre de l'infirmière.

4.3.1 Rôle infirmier

D'après la théorie de Virginia Henderson, l'infirmière doit considérer la personne dans sa globalité et l'accompagner et/ou l'aider à conserver ou retrouver son autonomie et son indépendance dans les quatre dimensions, c'est-à-dire biologique, psychologique, sociale et spirituelle. Elle aide le client à se conformer aux prescriptions médicales. L'infirmière doit aussi renseigner le client sur son état de santé et lui apporter les éléments nécessaires pour prendre les décisions les plus judicieuses. Néanmoins, son rôle ne s'arrête pas là, il est nettement plus complexe. « *L'infirmière est pour un moment, la conscience de l'inconscient, le désir de vivre de celui qui pense au suicide, le membre de l'amputé, les yeux du nouvel aveugle, le moyen de locomotion de l'enfant, le savoir et la confiance de la jeune mère, l'interprète de ceux qui sont*

*trop faibles pour s'exprimer, et le reste.*¹² » Voilà une phrase de Virginia Henderson qui résume bien le rôle infirmier. Pour devenir et être infirmière, j'ai dû acquérir des compétences. Elles sont aux nombres de neuf. Grâce au travail fourni pendant mes quatre années d'étude pour l'obtention de celles-ci, elles m'ont permis d'exercer mon rôle. Je trouve utile de démontrer ci-après les compétences les plus en relation avec le travail d'une infirmière en néonatalogie. Cela dit, je développe ci-dessous les compétences une, deux et neuf.

Compétence 1 : *concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle.*

L'infirmière prodigue les soins au nouveau-né et accompagne les parents pendant l'hospitalisation de leur enfant. Elle prend des mesures pour la bonne croissance du nourrisson et complète le savoir des parents en fonction de ses observations. Elle doit développer un lien de partenariat avec les parents. Si le bébé est le client, les parents sont les représentants légaux avec le devoir de s'en occuper.

Compétence 2 : *construire avec la clientèle une relation professionnelle dans la perspective du projet de soin.*

L'infirmière travaille toujours en étroite collaboration avec les parents pour, par exemple, établir le planning de la journée et des soins. Elle leur propose également des objectifs à court terme.

Compétence 9 : *s'impliquer par son discours et ses actes dans le développement et l'explication du rôle infirmier.*

L'infirmière défend son rôle en pratiquant des méthodes adaptées à chaque situation. Elle s'implique dans chaque relation.

¹² Henderson, V. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Révisé en 1969. p. 5

4.3.2 Rôle infirmier en néonatalogie

Le service de néonatalogie tend à assurer la meilleure qualité de vie pour l'enfant prématuré. Son but est d'assurer la survie de l'enfant le plus prématuré. Ce service a pour tâche la prise en charge des parents et de leur relation avec l'enfant.

« Une personne est responsable de la prise en charge de l'enfant. Si nécessaire, elle doit être apte à commencer une réanimation, à savoir dégager les voies respiratoires et pratiquer une ventilation au masque. Pour d'autres mesures, en particulier pour une intubation, l'aide d'une personne formée en réanimation (néonatalogue, pédiatre, anesthésiste) doit être sollicitée. »¹³

Les premiers jours dans l'unité de néonatalogie, l'infirmière doit :

- féliciter les parents
- personnaliser les soins :
 - infirmière et médecin
 - prénom de l'enfant
- adopter une attitude optimiste
- expliquer (simplement) l'appareillage
- expliquer les visites :
 - ouverture du service
 - favoriser les visites journalières
 - encourager le contact physique et visuel
 - renseignements / téléphone

L'importance est grande de serrer la main des parents pour les féliciter. Ce geste les valorise et soutient le compliment.

L'équipe soignante doit être présentée aux parents qui passeront du temps dans le service. L'infirmière doit présenter les parents aux médecins spécialistes du nouveau-né. Il est important de les familiariser pour qu'ils se sentent le plus à l'aise possible. Le prénom du bébé doit être connu le plus vite

¹³ http://www.gfmer.ch/Guidelines/Neonatalogie_fr/Nouveau-ne.htm

possible pour le considérer en tant qu'être humain, ce qui aidera les parents à le reconnaître.

Une attitude optimiste est de rigueur, ne pas parler de la mort, de la mort cérébrale, d'atteinte physique ou psychique en l'absence d'un diagnostic sûr. Les complications éventuelles seront abordées le moment venu. Un comportement positif aidera les parents à garder espoir cela d'autant plus que la médecine a réalisé de grands progrès ces dix dernières années.

L'appareillage en néonatalogie est imposant. L'angoisse des parents s'amplifie dès lors qu'ils sont confrontés à toutes ces machines autour de leur si petit être. Les infirmières se doivent de leur expliquer, en tenant compte de leur aptitude, le fonctionnement de ces appareils afin d'apaiser leur peur et de les familiariser. Le but est de rester à leur disposition pour d'éventuelles questions sans entrer dans les détails pour ne pas les effrayer.

Les infirmières expliquent aux parents la marche du service et leurs habitudes. Une visite journalière doit leur être recommandée. L'unité de soins, ouverte vingt-quatre heures sur vingt-quatre, accueille les visites sans limitation. Cette information doit absolument circuler auprès des parents. Les instants les plus propices à la rencontre avec leur bébé doivent leur être signalés tout en encourageant le contact physique pour atténuer leurs craintes.

Ensuite dans l'unité de néonatalogie, l'infirmière doit :

- renseigner sur l'évolution
- rendre attentif aux progrès
- assurer l'intermédiaire entre spécialistes et parents
- aider à la participation aux soins
- discuter :
 - lors de chaque visite des parents
 - « d'effacer » la culpabilité
 - ne pas improviser les discussions importantes
 - de la sortie de la couveuse.

L'infirmière informe les parents, lors de chaque visite, de l'état de santé du nourrisson. Les progrès du petit comme les échecs doivent être annoncés. Chaque amélioration est soutenue et valorisée pour encourager les parents.

Le service de néonatalogie a la responsabilité du prématuré et doit être l'intermédiaire entre les spécialistes et les parents. L'infirmière doit être capable d'expliquer en terme simple l'évolution du bébé.

L'infirmière décide avec l'équipe pluridisciplinaire et les parents du moment où la maman ou le papa peuvent dispenser des soins à leur enfant. L'importance est grande de les intégrer dans le plan de soins car ce sont les premiers concernés. La maman doit être motivée de tirer son lait pour ensuite allaiter son nourrisson.

La discussion avec les parents a pour objectifs de leur permettre de déculpabiliser, d'atténuer leur sentiment d'échec et de leur donner confiance.

La sortie de la couveuse a lieu en présence des parents car c'est un moment de grande joie.

Retour à domicile :

- planifier avec les médecins spécialistes, l'infirmière et les parents
- contacter le pédiatre avant la sortie
- organiser une aide à domicile
- possibilité d'avoir recours à l'équipe soignante.

Le retour à domicile se planifie en accord avec les médecins spécialistes, l'infirmière et les parents. Il se prépare quelques jours à l'avance pour que les parents puissent anticiper l'arrivée du nouveau membre de la famille. L'infirmière contacte la pédiatre à la sortie et propose une aide à domicile souvent la bienvenue. Elle explique la disponibilité du service de néonatalogie ouvert à tout problème.

Il est important que l'infirmière trouve la distance thérapeutique avec le nouveau-né. La notion de « juste distance » s'applique. Elle nécessite l'identification de ses émotions et de trouver le moment où la situation devient trop lourde pour elle. Ensuite, l'infirmière doit expliquer ses émotions sinon elle ne peut plus assumer le côté professionnel. *« Prendre soin et être proche, c'est garder la juste distance: c'est agir avec subtilité, de telle sorte que la personne reste elle-même tandis que je conserve mon rôle de soignante. Je suis donc bien consciente que les actes que je pose, si petits soient-ils, sont essentiels et que de leur qualité dépend la qualité de ma relation aux patients »¹⁴.*

Suite au rôle propre de l'infirmière en néonatalogie, je présente l'organisation du service de Sion.

4.3.3 Organisation du service de néonatalogie du CHCVs

La division néonatalogie du Centre Hospitalier du centre du Valais peut accueillir six nouveaux-nés. Le service est incorporé dans le service de pédiatrie générale tout en étant isolé par un sas.

La division néonatalogie comprend deux espaces :

- l'un où sont hospitalisés les enfants exigeant une surveillance continue
- l'autre où sont hospitalisés les enfants plus stables.

L'infirmière en néonatalogie peut parfois s'absenter de son service mais elle enclenche un système de surveillance à distance. Elle prévient aussi ses collègues du service de pédiatrie.

Un fascicule est distribué aux parents à l'hospitalisation de leur enfant. Il comporte une description du service et mentionne des informations importantes telles que les règles d'hygiène, la visite médicale, l'alimentation, etc. Un lexique de mots spécifiquement médicaux tels l'infanette, la pompe à perfusion, la CPAP est donné en fin d'ouvrage.

¹⁴ <http://malicieusekiki.skynetblogs.be/post/3582386/prendre-soin>

4.3.4 Rapport aux parents

La prise en charge des parents constitue une tâche très importante. La naissance est un moment de joie, un événement heureux attendu impatiemment par les parents, mais une naissance prématurée bouleverse cet idéal. La joie se transforme en angoisse. Les parents sont confrontés à la peur de perdre leur bébé, des séquelles éventuelles, des complications, d'un séjour prolongé à hôpital.

La maman est très rapidement séparée de son enfant prématuré car il nécessite des soins. La rupture est brutale après l'avoir porté moins de neuf mois. Le porter dans ses bras, le garder dans sa chambre, voire dormir ensemble, ne lui sont pas possibles en raison des tests à subir par le nourrisson avant sa mise en couveuse pour la bonne évolution de sa santé. Cette soudaine séparation est source de frustration pour les parents. La déception et la culpabilité de ne pas avoir accouché d'un « bébé parfait » peuvent les envahir.

Face à un prématuré souvent très petit et maigre les parents se sentent impuissants. Ils ne savent pas comment réagir pour le bien de l'enfant. L'approche est d'autant plus difficile car le nouveau-né est entouré de tuyaux, de machines, porte un masque et se trouve derrière une vitre. Des « bip-bip » retentissent perpétuellement dans le service des soins intensifs ce qui amplifie l'inquiétude des parents. Tous ces facteurs constituent un choc pour eux.

De la colère et un sentiment d'injustice peuvent surgir. La maman s'interroge sur les fautes qu'elle aurait pu commettre pendant sa grossesse. Les parents se demandent pourquoi ça leur arrive.

L'équipe soignante doit toujours apporter et entretenir un maximum de confiance chez les parents afin qu'ils restent positifs et ne baissent pas les bras. L'accompagnement des parents dans ces situations difficiles est important. Un climat de confiance pour développer une bonne relation est essentiel. Les infirmières doivent être à l'écoute des parents et bien les

encadrer, elles leur permettent de voir leur nouveau-né sur simple demande.
« *Le service de néonatalogie essaye d'atténuer au maximum le traumatisme que représente pour un couple la naissance d'un enfant prématuré.* »¹⁵

¹⁵ Baux, R. [et al.] *L'après-naissance en copropriété*. Genève :Ed. Médecine et Hygiène, 1987, p. 79

5 Méthodologie

J'ai effectué une recherche qualitative, avec comme méthode d'investigation des entretiens de type semi-dirigés. Ce mode de faire m'a permis de générer des pistes pour la compréhension de ce qui se transmet entre l'infirmière en néonatalogie et le prématuré. J'ai préféré utiliser l'entretien, car, à mon avis, un échange avec les infirmières est plus pertinent considérant la nécessité d'accéder au discours pour comprendre ce qu'il en est du vécu et de la gestion de l'attachement. Un plus grand nombre d'informations m'est parvenu par ce canal. En confrontant la personne, le champ des données reçues s'est élargi.

5.1 Choix de l'outil

J'ai réalisé des entretiens semi-dirigés qui s'appuient sur une trame de douze questions ouvertes reprenant les thèmes de mes hypothèses. Ces entretiens explorent l'attachement de l'infirmière au nouveau-né par rapport au toucher, à la durée, à la distance et à l'accompagnement des parents. Grâce aux entretiens effectués, j'ai compris certains éléments en vigueur par rapport à la relation que l'infirmière développe avec le prématuré. Ces données m'ont permis de comprendre comment elle perçoit la distance qui la sépare du nourrisson.

5.2 Déroulement

Dans un premier temps, j'ai réalisé une grille d'entretiens¹⁶ en rapport avec mes hypothèses. Puis, j'ai obtenu les autorisations nécessaires pour réaliser ma recherche. A cet effet, j'ai écrit une lettre au Réseau Santé Valais avec comme contenu les objectifs de mon mémoire ainsi que ma problématique. Suite à son accord, j'ai contacté la directrice des soins infirmiers de l'hôpital du centre de Sion¹⁷, qui, à son tour, m'a donné les autorisations. Elle m'a priée de contacter directement l'infirmière-chef de l'unité de service de pédiatrie. L'ICUS m'a demandé de laisser les infirmières se présenter d'elles-mêmes pour participer à

¹⁶ Annexe 9.2

¹⁷ Annexe 9.3

mon mémoire. Les quarante infirmières ont été informées par lettre. Six infirmières se sont déclarées volontaires.

La collecte des données s'est réalisée en fonction de la disponibilité des infirmières. Une lettre leur a été adressée pour une première information et explication de mon mémoire. Ainsi, un temps de réflexion a permis à chacune de participer ou non en toute connaissance de cause¹⁸.

J'ai décidé de réaliser mes entretiens sur le terrain pour faciliter la rencontre. Ils se sont déroulés dans le service de néonatalogie de l'hôpital de Sion-Hérens dans un local mis à disposition. Les rendez-vous avec les infirmières ont été fixés en fonction de leurs disponibilités et de l'organisation du service après qu'elles aient signé le formulaire « Consentement libre et éclairé » dont un exemplaire est référencé en annexe 9.4. Espacés du 10 au 17 avril 2007, les entretiens ont duré en moyenne quinze à vingt minutes et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Je les ai retranscrits intégralement à l'aide d'un logiciel de reconnaissance vocale puis je les ai complétés en raison de l'imperfection du logiciel. J'ai réalisé une grille d'analyse des données que l'on trouve en annexe 9.6.

¹⁸ Annexes 9.4 et 9.5

6 Analyse

Suite aux entretiens effectués et retranscrits, j'en ai analysé le contenu. Premièrement, un tableau¹⁹ regroupe les thèmes de mon travail de recherche avec les mots clés des infirmières par rapport au sujet. Le numéro de ligne permet de se référer à la citation dans mes retranscriptions. Ensuite, je décris le déroulement des entretiens et expose leur substance. Troisièmement, je procède à l'analyse interprétative.

6.1 Description des entretiens

Chaque entretien est ici décrit. Les idées fortes de chacune des infirmières sont mises en évidence dans une synthèse fort utile pour l'analyse interprétative.

6.1.1 Entretien numéro 1

Cet entretien s'est déroulé dans une petite salle, au calme. Malgré le très bon accueil de l'infirmière, avant l'enregistrement, ses premiers mots furent « *qu'aucun attachement ne la préoccupait donc elle pensait n'être d'aucune aide* ». Le dialogue a duré une quinzaine de minutes.

L'organisation est le premier thème abordé. Il m'a permis d'introduire progressivement le sujet de l'attachement. Le point fort de cette première étape fait ressortir que l'organisation de la journée se prépare en fonction de l'alimentation du nouveau-né et de la visite des parents.

Au niveau de la relation, selon cette infirmière, l'expérience est la clé de l'attachement. Elle dit : « *au début, on s'attache, c'est mignon* ». En acquérant de l'expérience, les infirmières se détachent et créent ainsi une certaine distance. L'habitude implique moins d'attachement, cela d'autant plus que le prématuré n'est pas un membre de la famille. L'infirmière mentionne à plusieurs reprises que « *c'est leur rôle professionnel de maintenir une distance* ». Je lui ai demandé de me raconter une belle expérience qu'elle a vécue auprès du

¹⁹ Annexe 9.6

prématuré, or, pour cette infirmière, l'expérience se situe au niveau de la relation avec les parents.

Le bébé dans ses bras, il est important pour l'infirmière d'être douce et de lui parler. Elle doit lui apporter du réconfort. Si l'enfant pleure, elle l'enlace contre elle pour le rassurer. La prise en charge du même bébé lui permet d'obtenir un meilleur suivi au niveau du bébé et des parents. Ce facteur est essentiel pour les parents qui, de ce fait, font face à un même discours.

Pendant tout l'entretien, l'infirmière s'appuie sur le fait que l'enfant n'est pas le sien. Elle dit « *c'est un patient, c'est pas quelqu'un de proche* ». Pour cette raison, elle ne se permet pas de lui donner des surnoms intimes comme « *Loulou* » ou « *bout de chou* ». Elle ne situe pas très bien la limite de l'intimité mais estime qu'aucun problème n'en découle. « La bonne distance » s'établit d'elle-même. Dans une situation difficile émotionnellement, la possibilité de discuter avec ses collègues est toujours ouverte. L'existence de groupe de parole lui est connue. Elle est par contre révoltée par les problèmes sociaux que ce soit au niveau financier ou familial. Le comportement change en présence des parents. Elle privilégie le lien parents – enfant pour se consacrer plus spécifiquement aux soins.

Le départ du bébé à la maison est toujours vécu comme une réussite, elle est très contente. L'objectif est atteint. Elle est heureuse de confier le bébé à ses parents.

En conclusion, elle trouve que la gestion de l'attachement est « *super personnelle* ». Chaque infirmière la pratique différemment. Grâce à l'expérience, à la fixation de limites, tout en considérant que l'enfant n'est pas le sien, l'infirmière se dévoile sans problème d'attachement.

6.1.2 Entretien numéro 2

Le déroulement de cet entretien est plus convivial après l'expérience du premier. Pendant vingt minutes, dans une atmosphère décontractée, la participante a répondu à mes questions avec intérêt.

Pour cette infirmière, l'attachement dépend du facteur temps d'hospitalisation. C'est de son point de vue le facteur clé. Plus le nourrisson séjourne à l'hôpital, plus la relation se développe. Elle mentionne également que, d'une façon générale, cet échange se passe bien. Dernièrement, elle a soigné un prématuré dont la maman née aussi prématurément lui avait été confiée. Cette situation renforça le lien avec cette famille. Après toutes ces années de pratique, elle certifie ne pas avoir été « *traumatisée* » et ne garde au contraire que de bons souvenirs. La néonatalogie est son secteur d'activité préféré.

Au niveau du toucher, elle évoque l'importance de se comporter avec douceur dans les gestes. Elle parle sans cesse au bébé dans ses bras, tout en le cajolant. Elle privilégie la prise en charge du même bébé pour une raison de confort pour l'infirmière, le bébé et les parents. C'est logique : « *plus l'infirmière s'occupe d'un prématuré, plus elle connaît ses réactions* ». C'est un « *plus* » pour l'enfant. Cette prise en charge du même bébé évite le défilé d'infirmières avec leurs diverses théories, sur l'allaitement par exemple, dispensées aux parents.

En matière de distance, la différence se précise avec les années d'expérience. Au début de la carrière professionnelle, il faut acquérir une certaine dextérité tant au niveau des soins techniques qu'au niveau du contact avec les parents. Grâce à son expérience, elle est confortable dans toutes les situations. Un grand nombre d'exemples lui permet d'affirmer : « *je reste persuadée que l'enfant qui doit vivre, il va vivre, et puis celui qui ne doit pas vivre, il ne vivra pas* ». Une des méthodes pour ne pas être envahie émotionnellement, c'est de fermer la porte au départ du travail. Sinon, le partage avec l'équipe soignante est une bonne technique pour soulager son esprit. Des séances de supervision sont aussi possibles et une psychiatre est à disposition pour une écoute attentive.

Elle n'a pas pu me confier ses interdits auprès du prématuré, disant « *agir avec spontanéité* », mais qu'elle s'interdisait toutefois tout acte de violence. Une chose est certaine, ce n'est pas son enfant. Pour garder une bonne distance,

elle ne prend jamais de décision à la place des parents. Le fait de ne pas porter de jugement lui permet aussi de se fixer une limite. Elle n'arrive pas à définir son attitude car son comportement est spontané. Cette infirmière est mère de famille et elle éprouve une très grande satisfaction lorsque l'enfant peut rentrer chez lui. Elle imagine la situation. Elle décrit cet instant comme un moment « *super et heureux* ». Son comportement ne change pas en présence des parents.

Pour cette infirmière, la gestion de l'attachement s'impose naturellement. Toutes les infirmières savent que le bébé ne reste pas indéfiniment à l'hôpital. La personnalité de l'infirmière joue aussi son rôle, sans autre centre d'intérêt, elle peut dériver. En conclusion, « *il ne faut pas s'approprier les enfants des autres, mais les accompagner* ».

6.1.3 Entretien numéro 3

Le troisième entretien m'a paru plus long car entrecoupé par de nombreux silences. L'infirmière ne semblait pas toujours comprendre mes questions et laissait parfois des moments de silence que j'ai eu de la peine à ne pas meubler. L'entretien a duré une vingtaine de minutes.

Selon elle, la prise en charge des prématurés dépend de la lourdeur du travail. En général, la relation « *ça se passe bien* ». Le nourrisson ne devrait pas être fatigué au moment de la visite de ses parents. Une bonne expérience, c'est lorsqu'elle a reconnu, dix ans plus tard, un garçon prématuré dont elle s'était occupée. Elle porte le bébé dans ses bras si son état le permet, pour lui donner à manger, faire son lit, le consoler ou encore pour le plaisir. Si le prématuré pleure, elle recherche la cause, lui donne éventuellement une sucette, ou plutôt le prendra dans ses bras car de toute façon le bébé passe moins de temps dans les bras d'un adulte à l'hôpital qu'à domicile. Elle prend en charge les mêmes bébés si elle travaille plusieurs jours de suite.

Une petite équipe, de même que de petits locaux sont une chance et facilitent la communication. Le dialogue tient une grande place. La libération des tensions est le fruit des nombreuses discussions entre les infirmières. Elle n'a

jamais passé le relais à une collègue en raison d'une situation trop lourde. « *C'est un défi à relever* ». Elle se fixe l'objectif de passer outre ses émotions et de prendre en charge la famille.

Les « *gros bébés sont moches* », telle est sa pensée mais elle s'interdit de le dire à haute voix. Le mot « *gaver* » est inapproprié (on gave les oies !) en présence des parents, elle se l'interdit. La distance entre elle et le prématuré dépend de l'attitude des parents. Un bon contact avec eux la rapproche du nourrisson, l'attachement est sincère. Avec des parents très présents, elle porte moins souvent le nourrisson pour privilégier le lien parents – enfant. Son comportement découle de sa relation avec les parents et non de leur présence plus ou moins prolongée. Une immense joie l'envahit dès que le bébé peut rentrer à la maison car « *c'est vraiment sa place* ». Elle profite à ce moment-là de donner encore de nombreux conseils aux parents et les invite à ne pas hésiter de lui rendre visite.

En conclusion, l'attachement au prématuré est meilleur et sincère (bien que passager) si le contact avec les parents est bon.

6.1.4 Entretien numéro 4

Cet entretien a duré une quinzaine de minutes. L'infirmière craignait de ne pas pouvoir répondre, non par manque de connaissance mais tout simplement par absence de ce problème d'attachement. Je l'ai rassurée en lui disant que sa participation à mon étude est possible même si elle ne se sent pas directement concernée par un problème d'attachement.

L'organisation de la journée est adaptée en fonction des bébés et des soins. Les infirmières regroupent tous les soins afin d'éviter de réveiller les nourrissons trop souvent. La relation est possible car elle s'engage personnellement beaucoup. Elle regroupe ses compétences professionnelles et personnelles pour créer le lien, en ajoutant qu'elle n'a aucun problème pour couper la relation. Dès que la porte est franchie, c'est terminé. Elle ressent un besoin de s'investir plus intensément si le bébé est orphelin. Elle s'est occupée d'un prématuré qui se péjorait, en ayant le sentiment d'être une mauvaise

infirmière. Au terme de son séjour à l'hôpital, elle a retrouvé le sourire car le nourrisson s'en était bien sorti.

Prendre un prématuré dans ses bras ne signifie pas, pour cette infirmière, vouloir « *se faire pardonner* » mais apporter autre chose que des soins. Cela permet aussi de terminer la relation par une approche moins agressive. Elle le prend dans ses bras parce qu'il pleure beaucoup et le serre contre son ventre car il aime bien se sentir entouré. Elle essaye de prendre en charge le même bébé pour une question de relation, « *ça donne un petit plus* ». C'est valable aussi pour les parents, leurs informations n'étant pas forcément retranscrites dans le dossier du client en raison d'un manque de temps de l'infirmière.

Si psychologiquement l'infirmière est perturbée, elle en parle abondamment aux collègues et aux médecins. En réalité, elle n'a jamais passé le relais pour cause de rupture psychologique mais au contraire a pris en charge des cas trop lourds pour ses collègues. Elle s'interdit toute agressivité envers le bébé. Elle leur parle beaucoup, sans tabou, tout en les respectant. Pour une « bonne distance », elle garde à l'esprit son rôle infirmier, « *les enfants ne sont pas les siens. Le lien, la relation ou encore l'attachement sont totalement naturels* ». La rentrée du bébé à domicile est « *une sacrée victoire* », elle se passe toujours dans de très bonnes conditions. Elle relève la présence affirmée des parents dans la plupart des cas. Elle reste elle-même tout en privilégiant le lien parents – bébé.

En conclusion, l'attachement dépend du vécu et du parcours de vie de l'infirmière. Sans enfant à soi, l'attachement est plus fort. Au début d'une carrière, cette gestion n'est pas évidente. Pour elle, la gestion dépend de la personnalité de l'infirmière, de son comportement (si elle ose en parler), de la façon dont elle cicatrise les souffrances. Chacun doit composer avec sa nature, sa personnalité pour trouver sa voie et rester sur le plan professionnel. Une charge émotionnelle est normale mais elle doit rester dans le cadre professionnel.

6.1.5 Entretien numéro 5

Cet entretien s'est déroulé au calme pendant une quinzaine de minutes. Cette infirmière n'a présenté aucun stress et affichait même une grande satisfaction de pouvoir m'aider à la réalisation de mon travail de diplôme.

L'organisation de la journée se détermine par rapport au nombre de repas pris par les nouveaux-nés. Les soins sont adaptés aux horaires des clients donc aux repas et aux visites des parents. En matière d'attachement, cette infirmière n'a jamais connu de relation insatisfaisante. L'adaptation aux besoins du nourrisson tout en respectant son état de santé est primordiale. Les moments heureux sont l'enlèvement des appareils pour confier le prématuré à la maman pour sa première tétée.

En cas de stabilité du bébé, elle le porte pour combler un manque ou le rassurer. En cas d'agitation, elle l'enveloppe dans ses bras pour créer le contact. Si l'enfant pleure, l'infirmière en recherche la cause, par exemple elle pose ses mains sur le bébé pour savoir s'il a faim ou elle regarde s'il a perdu sa tétine.

Au sujet de la prise en charge du même bébé, elle tente d'être la référente plusieurs jours de suite. « *Plus tu soignes le nourrisson, plus tu connais ses réactions et ses besoins* ». Cette optique permet de créer un lien avec le bébé et les parents. Lorsqu'une situation la touche, elle prend du recul ou parfois passe la main. Avec la pratique, elle arrive à se protéger pour être efficace. Aucun interdit ne la retient. Elle agit comme elle le ressent sur le moment, les parents présents ou non, tout en sachant qu'elle doit aider à créer un lien entre les parents et leur enfant. Pour l'infirmière, la bonne distance « *c'est un certain recul pour se protéger* ». C'est un travail de professionnelle, l'éducation est du ressort des parents, deux points à ne pas perdre de vue. Elle relève cependant que « *le besoin d'amour et de câlins est partie intégrante de la thérapie* ». Ces bébés n'appartiennent pas aux infirmières. Lors du départ, la séparation se passe toujours bien grâce à son comportement influencé par le retour certain du bébé à domicile. De ce fait, elle ne s'est jamais attachée au bébé.

En conclusion, rester soi-même, garder sa personnalité en étant au service du bébé et des parents sont des atouts pour la réussite du suivi du prématuré. Elle ne différencie pas l'attachement au prématuré d'un autre client, le prématuré séjourne plus longtemps à l'hôpital, là est la seule différence.

6.1.6 Entretien numéro 6

Ce dernier entretien a duré également une quinzaine de minutes. Je l'ai abordé avec confiance, en étant plus à l'aise car j'en avais réalisé auparavant qui se sont bien déroulés. Les réponses de l'infirmière étaient claires.

Le service est rythmé par les horaires des repas des nouveaux-nés. En matière d'attachement, la relation se passe bien, elle peut être forte car ce sont des êtres fragiles et dépendants de l'infirmière. Elle évoque une sensibilité particulière à leur état de santé. Au début de sa carrière, elle était impressionnée par des prématurés de huit cent grammes. Elle-même maman, le réflexe de « *câliner, cocoler* » les nourrissons ou encore de leur parler souvent s'impose tout naturellement. Elle aime les regarder dans une pose confortable. Si le bébé dort, elle ne se permet pas de le prendre dans ses bras. S'il pleure, elle n'hésite pas à le porter tendrement. Elle prend plusieurs jours de suite en charge le même bébé pour disposer d'une continuité dans les soins et dans la relation avec le bébé et les parents.

Par rapport à la distance, elle n'hésite pas à parler si une situation la touche. Elle connaît aussi la possibilité de faire appel à une psychologue en cas de difficultés. Ses collègues sont d'une grande ressource. Elle n'a jamais connu de situation d'échec avec un prématuré mais, si tel avait été le cas, elle n'aurait pas hésité à passer le relais à une autre collègue. Elle s'interdit d'embrasser un bébé car ce geste est trop intime, comme de les appeler « *mon chéri* ». Elle se pose des limites afin de garder une bonne distance et se doit de rester soignante. De ce fait, la séparation se passe bien. La réussite de ses soins conduit à cet aboutissement heureux. « *C'est le contrepoids de l'autre plateau de la balance avec les cas difficiles et lourds* ». Elle apprécie les visites des mamans qui leur confient des nouvelles de leurs bébés rentrés à la maison. Son comportement ne change pas en raison de la présence ou non des parents

mais la tendance à les « câliner » est plus forte si les bébés ne sont pas accompagnés.

En conclusion, cette infirmière n'a rencontré aucun problème d'attachement avec des prématurés. Elle gère son environnement grâce à ses ressources personnelles et à son vécu. Mère de famille, elle n'a pas besoin de compensation.

6.2 Tableaux comparatifs

Suite à la description des entretiens, j'ai ressorti les points marquants liés à l'attachement. Ce tableau me permet de rendre visible les infirmières qui tiennent des propos semblables et d'obtenir une vision globale des entretiens. Il synthétise également les dires des infirmières. Sur la base de ce tableau, j'ai réalisé une analyse interprétative.

	Entretien					
	1	2	3	4	5	6
L'organisation journalière s'articule par rapport à l'alimentation du bébé	x *			x	x *	x
L'infirmière favorise le lien parents - bébé	x		x	x	x	
En matière d'attachement, l'expérience joue un rôle	x	x		x	x	x
Le bébé n'appartient pas à l'infirmière	x	x		x	x	x
Une relation se crée entre l'infirmière et les parents	x	x	x		x	
L'attachement est de nature professionnelle	x	x		x	x	x
L'infirmière prend en charge le même bébé plusieurs jours de suite	x	x	x	x	x	x
L'infirmière bannit les surnoms intimes à l'adresse des bébés	x	-	-	-	-	x
L'infirmière porte le bébé dans ses bras quand il pleure	x		x	x	x	x
Les collègues sont une ressource	x	x	x	x		x
La séparation entre le bébé et l'infirmière se passe bien	x	x	x	x	x	x
Le comportement des infirmières ne change pas en présence des parents	-	x	x	x	x	x
« * » → plus la visite des parents « x » → en accord avec l'énoncé « - » → en désaccord « » → pas mentionné						

Tableau comprenant les sujets clés pour l'analyse interprétative en rendant visible le nombre d'infirmière.

Ce second tableau regroupe quatre notions citées dans ma grille d'entretien ne pouvant pas être inscrites dans le tableau de la page précédente car chaque infirmière développe son propre point de vue. Des comparaisons entre les six infirmières sont ainsi possibles. Ces quatre thèmes ont retenu mon attention car ils sont mentionnés plusieurs fois dans les entretiens ou mots clés de ma question.

	Entretien					
	1	2	3	4	5	6
Limite	Ne sait pas bien où elle se situe mais estime qu'il n'y a pas de problème. Interdit de donner des surnoms	Ne pas juger est une limite	Pas mentionné	Aucune limite dans la parole	Aucun interdit tout en sachant qu'elle doit créer le lien parents - enfant	Interdit d'embrasser ou de donner un surnom
Attachement	Super personnel, sans problème	Dépend du facteur temps. S'impose naturellement. Dépend de la personnalité	Se crée plus facilement au bon contact des parents	Complètement naturel. Dépend du vécu, du parcours de vie de l'infirmière	Pas de différence avec d'autres clients, sauf que le prématuré reste plus longtemps	Pas de problème
Distance	Se mettre des limites et de dire que l'enfant n'est pas le sien	Ne prendra jamais une décision à la place des parents	Dépend du contact avec les parents	Rester professionnel. Façon dont elle cicatrise les autres souffrances	Prendre du recul, se protéger, rester professionnel	Mettre des limites afin de garder une bonne distance
Gestion	Grâce aux expériences et aux limites	Ferme la porte à son départ du travail et sait que le bébé rentrera chez lui	Pas mentionné	Dès que la porte est franchie, c'est terminé. Dépend de la personnalité et du comportement	Pas mentionné	Grâce à ses ressources personnelles et son vécu

Synthèse des propos des infirmières par rapport aux quatre thèmes : limite, attachement, distance et gestion.

6.3 Analyse des entretiens

Après la mise en place des deux tableaux si dessus, j'ai interprété les données recueillies en les confrontant avec mes cadres de référence puis à mes hypothèses. Mon interprétation et mon analyse longitudinale du premier tableau sont exprimées ci-dessous point après point. Quelques notions se rejoignant, je les ai donc regroupées.

Premièrement, il est évident pour les infirmières qu'elles **organisent la journée** en fonction de l'alimentation du bébé. Seules deux d'entre elles mentionnent également se calquer sur la visite des parents pour qu'ils profitent de l'éveil du nourrisson. Ces instants permettent d'aider le nouveau-né à s'attacher à ses parents, mission plus difficile s'il dort lors de leur venue. Dans ces moments on peut affirmer que les parents sont plus proches du bébé que de l'infirmière. La conséquence est une diminution du risque d'attachement entre l'infirmière et le bébé, moins elle est proche, moins elle se lie. Quatre d'entre elles explicitent l'importance de **favoriser le lien parents – bébé**. Les infirmières favorisent et encouragent les parents à créer des liens avec le nouveau-né. C'est le rôle propre de l'infirmière en néonatalogie qui doit également prendre en charge les parents. Je me réfère également au concept d'attachement dans la situation où l'infirmière est répondante du nouveau-né. Le lien enfant – infirmière peut se substituer au lien enfant – maman. Donc, si les parents sont absents, le bébé risque d'adopter l'infirmière en tant que figure maternelle ceci bien évidemment sur une longue durée d'absence.

Ensuite, cinq infirmières ont insisté sur le fait que **ce n'est pas leur enfant**. Donc, l'**attachement** ne s'envisage qu'au niveau du **rôle professionnel**. J'ai senti dans leurs propos que le lien entre elles et les prématurés ne peut pas déborder sur leur vie personnelle, il reste circonscrit au monde professionnel. Une infirmière m'a dit : « *on est là pour les soigner, mais le besoin d'amour et de câlins, ça fait partie de la thérapie* ». Donc « *câliner ou cajoler* » peuvent être comparés à une relation d'aide à l'adulte, par exemple. Il est évident que l'infirmière ne « *câlîne ou ne cajole* » pas un adulte. Ces soins sont propres à la

néonatalogie et pédiatrie. Les sentiments demeurent professionnels. La formation et l'expérience apprennent à construire deux paniers, d'un côté le professionnel, de l'autre le personnel. L'important est de ne pas mélanger les deux pour éviter un problème d'attachement.

Je suis étonnée de constater que seules deux infirmières m'ont signalé leur **interdit d'appeler les nourrissons par des surnoms**. Il est vrai que la pratique d'appeler un nourrisson par un surnom n'est pas une attitude professionnelle car la règle est d'appeler tout client par son nom. Lors de mon stage, j'ai entendu mainte fois des infirmières appeler le bébé « *Mon Loulou* ». Ce petit être si fragile favorise cette terminologie. Or, à l'exception de ces deux infirmières, cet « interdit » n'a pas été relevé. Comment appellent-elles les bébés ? Je l'ignore. Ces deux infirmières prouvent leur professionnalisme. Elles ne s'approprient point le bébé. Cela ne signifie pas que les autres infirmières s'approprient le bébé en l'appelant « *Mon loulou* », elles ne réalisent peut-être tout simplement pas l'importance de l'article possessif. Dans un autre registre, cinq infirmières **portent les enfants dans leurs bras lorsqu'ils pleurent**. Aucune d'entre elles ne se permettrait de les prendre selon son bon vouloir. Effectivement, j'ai senti chez ces infirmières la connaissance de leurs limites. Elles décrivent bien leurs pratiques sans pour autant définir clairement leurs propres limites. Avec les années d'expérience, le comportement auprès des bébés est identique, présence ou non des parents. Les infirmières agissent spontanément, tout en sachant que les parents comprennent bien leur rôle de soignante. Suite à mes entretiens, je constate que les interdits sont bien présents, mais chacune des infirmières se fonde sur ses propres règles. Ces interdits, ne pas donner de surnom au bébé ou ne pas porter le bébé selon son désir, diminuent la possibilité de s'attacher ou de créer un lien fort entre le nourrisson et l'infirmière. Plus la proximité est grande entre le bébé et l'infirmière, plus l'attachement se renforce.

Les six infirmières motivent explicitement les avantages à prendre en charge le même nourrisson. Le confort de l'infirmière, des parents et du prématuré en dépend. Elles prennent cependant le risque de s'attacher au bébé. Pour **l'infirmière**, c'est plus intéressant au niveau du suivi du bébé. Elle obtient ainsi

une meilleure évaluation de son état de santé et portera un regard plus critique. Ensuite, la relation avec les parents est plus forte. Les échanges sont plus enrichissants. Les informations transmises directement aux infirmières par **les parents** sont plus fiables que la lecture de la retranscription des observations dans le dossier de soins. L'accueil est plus agréable pour les parents si le visage est familier. Cela évite les présentations à répétition avec pour corollaire de nouvelles relations à développer. Les parents se plaignent souvent du défilé d'infirmières. **Le prématuré**, bénéficie d'une meilleure connaissance de ses besoins par l'infirmière. Elle sait comment agir. Ces points positifs renforcent le choix de soigner le même bébé pendant plusieurs jours. Cette continuité dans les soins augmente le risque d'attachement et le besoin de communiquer à l'autre. Les infirmières acceptent ce risque et répondent par les limites qu'elles s'imposent ; c'est aussi leur rôle professionnel d'être et de se sentir plus confortable pour prodiguer des soins efficaces.

Quatre infirmières mettent au premier plan une relation plus intense avec les parents. L'une d'elles signale expressément que son attachement au prématuré dépend de son entente avec les parents. Au fil des entretiens, je me suis rendu compte de la place importante des parents. A l'extrême, si j'ose dire, elles se battent pour rendre heureux les parents tout en sauvant l'enfant. D'abord les parents, ensuite le nouveau-né, telle est mon impression. Bien évidemment, la santé du nourrisson prime. L'attachement avec le prématuré est donc moindre car les infirmières pensent et agissent toujours pour favoriser le mieux-être des parents.

Un facteur important ressort fréquemment, c'est la présence essentielle des collègues. Elles sont d'une grande ressource pour toute l'équipe. Si une situation les touche, elles en parlent. Le fait de libérer leurs ressentis leur permet d'avancer. Une infirmière prend du recul, dit-elle, pour se protéger et pour ne pas être envahie par ses émotions. Cette attitude diminue l'attachement au prématuré et à sa famille car : *« mettre des mots sur ce que l'on ressent permet de prendre de la distance et de diminuer, voire de liquider nos tensions (catharsis). Une fois les émotions atténuées, nous pouvons alors relativiser et modifier notre perception des choses. En outre, tenter d'expliquer*

clairement à quelqu'un une situation contribue souvent à la clarifier à nos propres yeux, voire à trouver plus aisément des pistes de solution. Lorsque notre stress devient trop important, lorsque l'anxiété rend notre vie quotidienne pesante, parler devient essentiel pour retrouver ses repères et sa tranquillité d'esprit²⁰».

La séparation infirmière – bébé se passe toujours dans de bonnes conditions pour les infirmières. Elles ne rencontrent aucun problème à quitter le nouveau-né. Elles qualifient le retour à domicile de « *sacrée victoire* », « *d'objectif atteint* » ou encore « *d'un moment merveilleux* ». Cet instant est effectivement gratifiant car il représente l'aboutissement et la réussite des soins donnés. La joie de réunir la famille l'emporte sur sa future absence. De ce fait, la séparation est bien acceptée et le besoin de soutien faible car leur optique est avant tout positive. Le deuil se fait ainsi naturellement. Pour les infirmières, cette réussite est plus importante qu'un éventuel mal-être dû à la séparation.

Les limites personnelles sont très différentes pour chacune des infirmières. Mon impression est une absence de réflexion, de questionnement sur cette problématique qui relève chez elles de leur personnalité et de leur envie. Leurs limites les aident à respecter une juste distance. D'après elles, l'attachement s'installe tout naturellement. Et pourtant, c'est avec l'expérience que ce processus devient naturel, j'en veux pour preuve que la distance thérapeutique et une attitude professionnelle sont deux notions apprises pendant la formation d'infirmière. Elles le confirment en s'exprimant sur leur début dans la vie active, période pendant laquelle justement ces deux notions ou préceptes présentaient quelques difficultés à mettre en pratique.

En conclusion de leurs discours, le problème de l'attachement n'existe pas. La synthèse entre leur personnalité, leurs expériences, leurs limites, leur vécu, leur comportement ou encore leur professionnalisme induit une gestion de la relation et de l'échange entre elles et le prématuré.

²⁰ <http://www.tastout.ulg.ac.be/pages/comm39.htm>

Dans ce sens, ma première hypothèse ne se vérifie pas, à savoir : l'infirmière en néonatalogie ne se limite pas dans le temps en tant que référente du nouveau-né. L'infirmière préfère une prise en charge optimale pour le suivi du bébé et de la famille. Elle ne se pose même pas la question du risque d'attachement. Sa démarche est spontanée.

Ma deuxième hypothèse, elle, par contre, se vérifie : l'infirmière en néonatalogie se construit des limites dans le contact physique et dans les paroles avec le bébé. Il est vrai que les infirmières n'ont pas su m'énoncer tous leurs interdits mais j'ai ressenti qu'elles savent très bien où se situe la limite dans une approche professionnelle.

Ma dernière hypothèse se vérifie également : l'infirmière en néonatalogie favorise et encourage les parents à créer des liens avec le nouveau-né. Aucune d'entre elles ne délaisse les parents. Elle s'occupe des bébés et des parents. Les infirmières mentionnent l'importance d'aider les parents à créer un lien avec leur bébé.

Comment l'infirmière gère-t-elle l'attachement au nouveau-né prématuré, telle est la question à la base de mon travail. En définitive, je dirais que l'infirmière sait gérer la relation entre le prématuré et elle-même. Elle s'impose des limites personnelles, des interdits propres à elle-même. Le rapport entre elle et le bébé est naturel, l'infirmière n'est pas obnubilée par la problématique du risque d'attachement telle que je me la suis représentée. Cependant ma question repose sur mes propres observations lors d'un stage effectué dans le service de néonatalogie du CHUV. Je suis étonnée de constater un décalage entre les propos des infirmières du CHCVs et mes observations au CHUV. En effet, d'une part, je constate un risque d'attachement au prématuré et d'autre part ce risque n'existe pas. J'aurais dû probablement observer le travail au quotidien dans le service de néonatalogie du CHCVs afin de valider les propos tenus par les infirmières et le cas échéant constater un hiatus entre le dire et le faire. Je reste donc un peu sur ma faim car mes observations ne s'appliquent pas aux infirmières du service de néonatalogie du CHCVs.

7 Conclusions

Arrivée au terme de mon mémoire, je conclus par trois bilans : méthodologique, professionnel et personnel.

7.1 Bilan méthodologique

J'énonce ici mes difficultés et mes facilités relatives à la méthodologie appliquée à cette recherche. Avec le recul, j'émets une réserve sur le déroulement des étapes de ce mémoire. Cette critique est à mon sens positive car elle doit déboucher sur des améliorations lors de la réalisation d'un nouveau mémoire à l'occasion d'une formation supplémentaire.

Une de mes plus grandes difficultés fut le temps passé devant mon ordinateur à conclure sur papier ce que mon esprit voulait dire. Les titres s'imposaient, leur développement par contre présentait certaines difficultés de rédaction.

Dès le départ, j'ai compris que je devais réaliser un travail de recherche tout en ne comprenant pas très bien dans quelle direction me diriger. La réalisation de ce travail de A jusqu'à Z démontre en effet les aléas du début. L'intérêt pour le sujet, la lecture d'articles et de livres s'y rapportant auraient dû aboutir à une question de recherche. Tel ne fut pas le cas, je butais sur la problématique à cibler. L'élément déterminant fut mon stage dans le service de néonatalogie du CHUV. Mes observations au sein de l'équipe démontraient la réalité d'un problème au contact des nourrissons. Mon erreur fut de trop consacrer de temps à lire des ouvrages sur les prématurés au détriment d'une attention ciblée sur la demande du terrain.

Le planning organisationnel transmis au début du module de méthodologie m'a été d'une grande aide. Il m'a permis de fixer des objectifs et des délais de lecture, de recherche et de rédaction. Je l'ai adapté à mon sujet. Ma plus grande facilité fut la conception du cadre de référence. Il s'imposa naturellement. En fonction des thèmes choisis, j'ai recherché la documentation adéquate en vue de la rédaction. J'estime que les entretiens réalisés auprès

des infirmières sont plus enrichissants que la remise d'un questionnaire. Les entretiens m'ont permis de rebondir sur leurs propos.

Par contre, je regrette l'absence d'une recherche équivalente dans le service de néonatalogie du CHUV et l'impossibilité de comparer deux services dont la mission est la même. Si le temps me l'avait autorisé, j'aurais voulu déterminer si une différence significative dans le comportement se manifestait entre des infirmières travaillant uniquement avec des nouveaux-nés et des infirmières du service de pédiatrie-néonatalogie de l'hôpital de Sion-Hérens.

7.2 Bilan professionnel

Pour m'aider à rédiger un bilan professionnel, je me pose la question suivante : quel impact a mon travail pour les soins infirmiers en néonatalogie ?

Suite aux entretiens, j'ai réalisé qu'aucun problème d'attachement n'est présent dans le milieu de la néonatalogie. Grâce à l'expérience professionnelle, au statut de professionnelle de la santé, les infirmières ne connaissent pas de problème d'attachement, du moins c'est leur affirmation. Mes observations sont-elles mal fondées ?

Je me suis également posée la question sur l'utilité de ma recherche pour améliorer les soins ? Si je m'arrête aux entretiens, aucun changement ou aucune amélioration n'est envisageable car les infirmières pratiquent leur métier en professionnelles. Elles ne rencontrent pas de problème d'attachement, c'est leur travail. A travers leurs paroles, je constate que les théories apprises à l'école sont essentielles pour le bon fonctionnement du métier. D'un autre point de vue, on peut se poser la question sur la pertinence de cette affirmation car aucune infirmière ne m'a cité un concept et/ou une théorie pour prendre connaissance de leurs limites ou de la distance à acquérir. Alors est-ce la maîtrise de la pratique qui empêche de se justifier par des théories ou des concepts appris quelques années auparavant ? Ces théories sont-elles essentielles dans notre formation puisqu'elles s'acquièrent avec l'expérience ?

En ce qui concerne mes objectifs, j'affirme que je peux décrire et que j'ai compris la relation entre une infirmière en néonatalogie et le prématuré. L'infirmière se soucie d'obtenir la meilleure prise en charge pour le bébé en englobant la famille. Elle reste professionnelle en sachant que « *cajoler* » le nourrisson fait partie de la thérapie. Je peux nommer et identifier les moyens mis à disposition par les infirmières pour trouver la juste distance avec le nouveau-né mais de façon imprécise. Je ne peux établir une liste d'actes interdits mais l'absence du lien maternelle et/ou le port de la blouse blanche créent la distance. Et enfin, mon savoir a grandi. Mes connaissances sur le concept d'attachement et sur le rôle infirmier en néonatalogie ou encore sur la prématurité s'avèrent plus complètes qu'au début de la réalisation de ce mémoire. Je commence à maîtriser ce sujet.

Ce travail m'a permis de mobiliser la compétence 5 qui est : *contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires*. Grâce à mes observations, j'ai proposé, à mon avis, une problématique issue du terrain. J'ai respecté les principes éthiques liés à la recherche pour la réalisation de ce mémoire. La compétence 1 qui est : *concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle*, est mobilisée par les infirmières. Effectivement, elles construisent des projets de soins en partenariat avec les parents. Lors des entretiens, il est bien ressorti que les parents prenaient une place importante dans la réalisation du plan de soins. Je mentionne également la compétence 2 qui est : *construire avec la clientèle une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins*. Les infirmières m'ont fait comprendre qu'elles entretenaient une relation professionnelle entre le nourrisson et elles-mêmes. Cela est même une évidence pour elles d'être professionnelles car ça diminue ou annule le risque d'attachement au prématuré. Les infirmières prennent toujours en compte les intérêts de la famille et bien évidemment ceux du nourrisson. Effectivement, je peux affirmer, d'après les entretiens réalisés, que les infirmières doivent faire preuve de professionnalisme, que ce soit dans la communication ou dans les soins, pour montrer aux parents leur rôle auprès du bébé et qu'elles ne désirent en aucun cas prendre la place des parents.

7.3 Bilan personnel

Mon travail terminé, je me suis demandée comment conclure. Il m'est difficile de constater que je suis au bout d'une longue démarche. Pendant deux ans, ce travail a sans interruption occupé mon esprit. Il n'est pas évident de réaliser la dimension de cette tâche.

Le mémoire de fin d'études est une expérience enrichissante et gratifiante. Je suis fière du travail accompli. Une démarche si exigeante et si longue enfin terminée me remplit d'un sentiment de profonde satisfaction. Au départ, une impression de grandes difficultés assombrissait mon enthousiasme à élaborer un plan. La rédaction de ce mémoire s'est réalisée avec peine. De nombreux obstacles, comme me faire comprendre, éviter au maximum les fautes de syntaxe et d'orthographe, ont dû être franchis afin de pouvoir coucher mes idées sur le papier. La connaissance de l'ampleur du mémoire me posait problème. Comment effectuer un travail d'une soixantaine de pages alors que mes précédents travaux n'ont jamais dépassé la vingtaine ? Malgré ces interrogations et ces doutes, ce travail a permis de me découvrir des compétences de journaliste amateur lors de la réalisation des entretiens ou encore de rédactrice auxquelles je ne pensais guère. Ce long travail ne pouvait se réaliser en quelques mois. C'est pourquoi une bonne organisation et un investissement personnel conséquent sont les conditions nécessaires à la réussite de cette entreprise. Jongler entre les cours, les stages, les vacances et le mémoire fut parfois un exercice périlleux. Mais il est primordial de respecter sa planification pour le bon déroulement du mémoire. Je suis donc satisfaite du respect de cette exigence.

Le thème s'imposa facilement. L'émerveillement répété qui m'envahit chaque fois que je suis auprès d'un nourrisson m'a guidée. Par contre, définir la problématique fut une autre paire de manches. J'ai perdu du temps à comprendre son utilité. Cependant, grâce à mon stage, j'ai pris conscience de l'objectif avec une approche plus concrète. Je n'oublie pas les moments de stress et d'angoisse générés par ce travail. Mes incertitudes subsistaient à savoir si la direction prise était la bonne. Finalement, ce questionnement m'a

obligée à remettre constamment l'ouvrage sur le métier, c'est en quelque sorte une remise en question bénéfique pour moi-même.

7.4 *Mot de la fin*

Arrivée au terme de ma recherche, je souhaite que ce travail ait su susciter votre intérêt. Bien qu'il ne soit qu'un petit pas dans mon questionnement, la réalisation de ce mémoire m'a passionnée et fascinée au-delà de tous ses aspects contraignants.

8 Bibliographie

8.1 Ouvrages

- Baux, R. [et al]. *L'après-naissance en copropriété*. Genève : Ed. Médecine et Hygiène, 1987.
- Bowlby, J. *Attachement et perte, L'attachement*. Paris : Puf, 1992.
- Dalla Piazza, S. *L'enfant prématuré*. Paris : De Boeck Université, 1997.
- Grosjean, M. *Mères et enfants à la maternité*. Paris : Centurion, 1988.
- Henderson, V. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Genève : Conseil International des Infirmières, 1977.
- Marieb, E. N. *Biologie humaine. Anatomie et physiologie*. Paris : De Boeck Université, 2000.
- Morin, Y. *Petit Larousse de la médecine*. Paris : 3^{ème} éd. Larousse, 2002.
- Myers, D. *Psychologie*. Paris : Flammarion, 7^{ème} éd, 2004.
- Odent, M. *L'amour scientifié : Les mécanismes de l'amour*. France : Jouvence, 2001.
- Relier, J-P. *Adrien ou la colère des bébés*. Paris : Robert Laffont, 2002.
- Sillamy, N. *Dictionnaire usuel de psychologie*. Paris : Bordas, 1983

8.2 Cyberographie

- Association de paralysie cérébrale du Québec « Qu'est-ce que la paralysie cérébrale ? » [En ligne] disponible sur http://www.paralysiecerebrale.com/cgi-bin/index.cgi?page=f2_1 (pages consultées le 10.11.2006)
- Dictionnaire médical « Néonatalogie » [En ligne] disponible sur <http://www.google.ch/search?sourceid=navclient&hl=fr&ie=UTF-8&rls=GGLD,GGLD:2004-36,GGLD:fr&q=d%C3%A9finition+de+la+n%C3%A9onatalogie> (pages consultées le 27.02.2007)
- Louis, S. Le grand livre du bébé prématuré « Les séquelles possibles chez le prématuré » [En ligne] disponible sur http://www.prematurite.com/Tome_2_Table_des_matières_complète.htm (pages consultées le 09.11.2006)

- Michelle de St-Antoine, Revue professionnelle. Défi jeunesse. *Les troubles de l'attachement*. [En ligne] disponible sur http://www.mtl.centresjeunesse.qc.ca/cmulti/Defi_jeunesse_9910/attachement.htm. (pages consultées le 13.05.00)
- Psy Désir. *Carence affective/hospitalisme/dépression anaclitique*, Bibliothèque psy [En ligne] disponible sur <http://www.psy-desir.com/biblio/spip.php?article1054> (pages consultées le 20.04.07)
- Soins Infirmiers HOSPICES CHUV « Néonatalogie » [En ligne] disponible sur http://www.chuv.ch/dsi/dsi_home/dsi_dep_ped/dsi_dep_ped_neonat.htm (pages consultées le 07.11.2006)
- Trébaol, G. *La néonatalogie en histoire*, Aqepa Entendre, n° 161 [En ligne] disponible sur http://www.surdite.org/aqepa/doc_entendre161.html (pages consultées le 20.04.07)
- Université de Liège, *Parler, exprimer son stress* [En ligne] disponible sur <http://www.tastout.ulg.ac.be/pages/comm39.htm> (pages consultées le 27.04.07)
- Vivance. *Prendre soin* [En ligne] disponible sur <http://malicieusekiki.skynetblogs.be/post/3582386/prendre-soin> (pages consultées le 20.04.07)

8.3 Articles

- Anderson, C.J. *Une analyse du concept d'attachement parent-enfant*, Recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999.
- Classeur des concepts, EVSI, 1990 : Sion, non publié adapté de Bowlby, G.

9 Annexes

9.1 Score de Silverman

Le score de Silverman est un chiffre permettant d'apprécier, chez le prématuré, la gravité du syndrome de détresse respiratoire. Il est le plus souvent dû à un manque de surfactant (liquide tapissant la surface interne des alvéoles pulmonaires.) Ce score est un repère utile pour évaluer la fonction respiratoire du nouveau né.

Déroulement du test

1) avant le test

a) Garanties avant le soin




- Vérifier l'identité du bébé dans le dossier de soins.

b) Matériel

- Stéthoscope pour évaluer le geignement expiratoire.

2) Pendant le soin

Observer le bébé et apprécier l'état des différents paramètres afin de noter la détresse respiratoire.

Paramètres	note: 0	note: 1	note: 2
Balancement thoraco-abdominale à l'inspiration	 absent	 thorax immobile, seul l'abdomen se soulève	 respiration paradoxale
Tirage intercostal à l'inspiration	absent	intercostal discret	intercostal sus- et sous-sternal
Entonnoir xiphoïdien	absent	modéré	intense
Battement des ailes du nez	absent	modéré	intense
Geignement expiratoire	absent	perçu au stéthoscope et discontinu	audible et continu

Résultats

Ces différents paramètres sont notés de 0 (état normal) à 2 (état le plus grave), avec la note 1 pour une gravité intermédiaire.

La note totale va de 0 (absence de détresse respiratoire) à 10 (détresse maximale).

Les signes apparaissent quasiment toujours dans le même ordre: battement des ailes du nez, tirage, geignement expiratoire, entonnoir xiphoïdien et balancement. Quand on observe une balance thoraco-abdominale, c'est que le score est déjà de 9 ou 10: l'enfant est tellement épuisé qu'il n'arrive plus à exprimer les autres signes.

9.2 Grille d'entretien

Thème	Questions + questions de relances	Indicateur
1. Généralités	Comment se passe une journée dans le service de néonatalogie ? Comment organisez-vous la journée ? Comment se passe en général la relation, le lien que vous entretenez avec un prématuré ? Quelle est votre plus belle expérience avec un prématuré ?	<ul style="list-style-type: none"> - Choix « du nourrisson » - Organisation avec la famille - Détachement
2. Toucher	Lorsque vous prenez un prématuré dans vos bras, que faites-vous ? Si le bébé pleure, que faites-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Massages, caresses, regard, simulation du téton avec le doigt etc. - Paroles
3. Durée	Lorsque vous travaillez plusieurs jours de suite, prenez-vous en charge le même bébé ? Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> - Temps - attachement
4. Distance	Quand une situation vous touche émotionnellement, que faites-vous ? Qu'est-ce que vous vous interdisez de faire, de dire face à un prématuré ? (ça change si les parents sont présents ?) Comment faites-vous pour trouver une « bonne distance » avec un prématuré ? Quels moyens utilisez-vous ? Comment se passe en général la séparation ? (comment vous sentez-vous lors du départ du nourrisson ?)	<ul style="list-style-type: none"> - Ressentis - Caresses, bisous sur le visage, la main, le pied, - Recul - Discussion avec l'équipe - Distance
5. Parents – Accompagnement	Quand les parents sont présents, comment ça se passe ? Votre prise en charge est-elle différente ? Agissez-vous différemment ?	<ul style="list-style-type: none"> - Interdits - Relation - parents

Avez-vous quelque chose que vous aimeriez rajouter ?

Pouvez-vous répondre à ma question ? Comment l'infirmière gère-t-elle l'attachement au prématuré ?

9.3 Lettre à l'attention de la Direction des soins

Stéphanie Martin
Promenade des Vignes 13
3968 Veyras
078 803 69 69

Hôpital de Sion – CHCVs
Direction des Soins Infirmiers
A l'attention de Mme Bouchard
Avenue Gd-Champsec 80
1950 Sion

Sion, le 12 mars 2007

Entretiens semi-dirigés en lien avec mon mémoire de fin d'études

Madame,

Dans le cadre de mes études à la Haute Ecole Valaisanne, domaine Santé-Social, filière infirmiers - infirmières, je suis amenée à réaliser un mémoire de fin d'études. Mon travail s'intitule « Infirmière en néonatalogie : attachement au prématuré. Comment l'infirmière de néonatalogie gère-t-elle l'attachement au nouveau-né prématuré ? ».

Dans le but de documenter mon mémoire, je souhaiterais effectuer des entretiens semi-dirigés avec des infirmières du service de néonatalogie du CHCVs à Sion.

Ayant des délais à respecter, il me faudrait pouvoir les réaliser entre les 28, 29 ou 30 mars. Chaque entretien durera environ 30 minutes. Les données recueillies ne seront utilisées que dans le cadre de mon mémoire, elles seront traitées de manière confidentielles et détruites après la validation de mon travail, soit au plus tard en septembre 2007.

Ainsi, je vous sollicite afin d'avoir l'aval pour l'organisation de ces entretiens et de pouvoir disposer d'une petite salle à votre convenance. Je me permettrai de vous appeler dans le courant de la semaine prochaine pour un éventuel entretien.

Je reste à votre entière disposition pour toutes questions ou renseignements supplémentaires.

En vous remerciant de l'attention que vous voudrez bien accorder à ma demande, je vous présente, Madame, mes salutations distinguées.

Stéphanie Martin

Annexe : bref compte rendu de la problématique

9.4 Lettre explicative aux infirmières

Infirmière en néonatalogie : attachement au nouveau-né prématuré » Comment l'infirmière gère-t-elle l'attachement au nouveau-né prématuré ?

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame,

Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'infirmière à la Haute Ecole Valaisanne, domaine santé-social (HEVs2), je réalise un mémoire de fin d'études qui touche le 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 ma démarche et de vous demander si vous souhaitez y participer.

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.

L'étude sera menée sous la forme d'un entretien. Cet entretien se déroulera pendant vos heures de travail, en accord avec votre hiérarchie, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête à tête avec moi et durera environ une demie heure. Afin d'organiser au mieux ces entretiens, je souhaiterais que vous preniez contact avec moi dans le courant de ces deux prochaines semaines. Ils seront enregistrés pour rester fidèles à vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard en octobre 2007.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé).

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Votre participation me serait précieuse pour mieux comprendre cette notion d'attachement entre l'infirmière et le nouveau-né.

Je vous remercie de l'attention portée à cette information.

Stéphanie Martin

Contact : Stéphanie Martin, étudiante à la Haute École Santé Social Valais. Filière Infirmières-Infirmiers, Promenade des Vignes 13, 3968 Veyras
natel : 078 803 69 69
courriel : stephanie@webajv.com

9.5 **Consentement libre et éclairé**

« Infirmière en néonatalogie : attachement au nouveau-né prématuré » Comment l'infirmière gère l'attachement au nouveau-né prématuré ?

Formulaire de consentement libre et éclairé pour les personnes participant aux entretiens.

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 les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informée que les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude, à savoir au plus tard fin 2007.

La soussignée accepte donc de participer à l'étude.

Date: Signature :.....

Contact : Stéphanie Martin, étudiante à la Haute École Santé Social Valais. Filière Infirmières-Infirmiers, Promenade des Vignes 13, 3968 Veyras
natel : 078 803 69 69
courriel : stephanie@webajv.com

9.6 Tableaux d'analyse

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Organisation	<p><u>Horaire</u> 7h15 – 7h30 fin du rapport (5)²¹. Dépend de l'alimentation du bébé 8r.-> 8h 6r.->10h (11). Soins avant 8h (9). Soins par rapport aux repas du bébé (21). Maman vient aux repas (16).</p> <p><u>Soins</u> Le bain, le poids, prise de sang, visite médicale, toilette (12). En fonction du bébé et des parents (21).</p> <p><u>Service</u> Dehors -> hospitalisation + pédiatrie, dedans -> néonatalogie (32). 4 postes de soins continus (42).</p>	<p><u>Horaire</u> Rapport le matin, 2 équipes pour manger à midi (33). Reprend à 14h (35). Après-midi → mettre les papiers en ordre + transmissions (41). 2^{ème} horaire jusqu'aux veilleuses, dès15h30 (43).</p> <p><u>Soins</u> Alimentation, soins d'hygiène, prise de sang, enfin tous les soins, visite médicale, préparation des biberons (26). Mamans qui viennent au repas du matin (30).</p> <p><u>Service</u> Tous les enfants mangent à 14h (37).</p>	<p><u>Horaire</u></p> <p><u>Soins</u></p> <p><u>Service</u> La prise en charge du bébé dépend de la lourdeur du travail (23).</p>
Relation	<p><u>Attachement</u> Au début on s'attache, c'est mignon (56). C'est un patient, pas quelqu'un de ma famille (51). Avec l'habitude, on s'attache moins (57).</p>	<p><u>Attachement</u> Variable et dépend du facteur temps (49), plus l'enfant et les parents restent plus la relation se développe. Relation se passe bien (55).</p>	<p><u>Attachement</u> Se passe bien (34). Des fois envie de passer par la fenêtre les bébés mais intelligence de les reposer dans le lit (43).</p>
Expérience	<p><u>Relation</u> Surtout avec les parents (67). L'enfant marque l'infirmière car elle a passé du temps avec le bébé et les parents (69).</p>	<p><u>Relation</u> Soigné un prématuré alors qu'elle a déjà soigné la maman prématurée. Marquée car le grand-père avait proposé un appareil pour donner à manger à sa fille (62). Pas traumatisée, que des bons souvenirs (80).</p>	<p><u>Relation</u> Soigner un garçon prématuré, revenu 10 ans plus tard et qu'elle a reconnu (56). Essayer de ne pas les fatiguer pour les parents (84).</p>

²¹ Les chiffres entre parenthèses renvoient au numéro de la ligne de la retranscription des entretiens.

<p>Toucher</p>	<p><u>Porter dans les bras</u> Etre douce, lui parler, lui apporter du réconfort, le stimuler (86).</p> <p><u>Pleurs</u> Le réconforter, le prendre contre soi, le rassurer (77).</p>	<p><u>Porter dans les bras</u> Elle lui parle tout le temps (87), cajole, gestes doux (89).</p> <p><u>Pleurs</u></p>	<p><u>Porter dans les bras</u> Quand leur état le permet (74). Pour donner à manger, faire le lit, les consoler et si on a rien à faire, pour le plaisir (77).</p> <p><u>Pleurs</u> Donner une sucette (91). Regarder pourquoi il pleure (91). Essayer de le calmer, facilement le prendre dans les bras (93). Passe moins de temps dans les bras de l'adulte que s'il était à la maison (97).</p>
<p>Durée</p>	<p><u>Prise en charge du même bébé</u> Pour avoir un suivi au niveau du bébé et des parents (92). Tenir le même discours aux parents (94).</p>	<p><u>Prise en charge du même bébé</u> L'infirmière prend en charge le même bébé, plus logique pour l'enfant, les parents et l'infirmière (23). Plus confortable pour l'infirmière (102), plus on connaît les réactions de l'enfant (106), plus c'est tout bénéfique pour l'enfant (112), pour les parents. Eviter le défilé d'inf. (115) et éviter trop de théorie sur l'allaitement (116).</p>	<p><u>Prise en charge du même bébé</u> Si l'infirmière travaille plusieurs jours de suite, elle reprend le même bébé (13).</p>
<p>Distance</p>	<p><u>Situation qui touche</u> Parler avec les collègues, groupe de paroles (100). C'est la même chose que pour les autres services (101). Plus révolté par les cas sociaux (116).</p> <p><u>Interdits</u> Pas son enfant, pas lui donner des surnoms intimes, sait pas où est la limite mais pas de problème (133).</p> <p><u>Bonne distance</u> Pas de problème à trouver la bonne distance. (139).</p>	<p><u>Situation qui touche</u> Pas la même chose avec l'expérience (131). On devient confortable dans toutes les situations (140). Celui qui doit vivre vivra, celui qui doit mourir mourra (147). Ne peut pas sauver tout le monde (161). Laisse ici quand elle part (164). Partage avec l'équipe, séance de supervision, psychiatre (168).</p> <p><u>Interdits</u> C'est tellement spontané (192). La violence (196). Ce n'est pas son enfant (198).</p>	<p><u>Situation qui touche</u> En parle pas mal, équipe et locaux petits -> parole facile (108). Peut passer le relais (131). Défis à relever (136) donne un objectif.</p> <p><u>Interdits</u> Trouve que les gros sont moches donc ne dit pas t'es moche (148). Horreur du mot gaver -> utilise un autre mot devant les parents (161).</p> <p><u>Bonne distance</u> Par rapport aux parents (206).</p>

		<p><u>Bonne distance</u> Pas prendre de décision à la place des parents (228). Pas le juger (232). C'est spontané (239).</p>	
Séparation	<p><u>Départ à la maison</u> Très contente, c'est une réussite, c'est le but, c'est le bébé des parents, c'est l'objectif (167).</p>	<p><u>Départ à la maison</u> Toujours contente (253). A des enfants et imagine ce que c'est (257). Toujours un super moment, un moment heureux (259). Aller vers un mieux (265).</p>	<p><u>Départ à la maison</u> Drôlement bien contente (211). Donne plein de conseils et dit de revenir les voir (213).</p>
Parents	<p><u>Cpt en présence des parents</u> Oui, le contact change parce que ce n'est pas l'infirmière qui le prend dans ses bras (145). L'infirmière est là pour donner des soins (147). On ne parle pas de la même chose parce qu'on laisse la place aux parents (155).</p>	<p><u>Cpt en présence des parents</u> Non le cpt ne change pas (206). Les parents ont le choix de rester pendant les soins (210).</p>	<p><u>Cpt en présence des parents</u> Parents très présents -> privilégie le lien parents-bébé -> porte moins dans les bras (80). Non le cpt ne change pas (183). Teste d'abord les parents, si connaît pas sera moins proche (191). Cpt suivant la relation avec les parents (195).</p>
Réponse à ma question du mémoire	<p><u>Gestion</u> C'est super personnel, chaque personne gère différemment (182). C'est avec l'expérience et le fait de se mettre des limites, l'enfant n'est pas à soi (184). Garder le côté professionnel (190). On gère professionnellement (196).</p>	<p><u>Gestion</u> Mais naturellement (279) tout le monde sait que le bébé ne reste pas là éternellement. Ça dépend de la personnalité de l'infirmière (282), si rien d'autre que l'hôpital -> dérive ! Ne pas s'approprier les enfants des autres mais les accompagner (287).</p>	<p><u>Gestion</u> Trop contente que l'enfant rentre à la maison car c'est vraiment sa place (227) ! Attachement meilleur si bon contact avec les parents ! (229).</p>
Mes impressions		<p>Avec l'expérience le comportement avec les parents n'est pas différent et on arrive mieux à faire la part des choses.</p>	<p>Les parents sont très importants pour elle pour un bon attachement et un bon contact avec le bébé.</p>

	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6
Organisation	<p><u>Horaire</u> Commence à 7h (6). Puis l'après-midi (18). Veilleuse 10h15 (24).</p> <p><u>Soins</u> Biberon, bain, poids, visite médicale (11).</p> <p><u>Service</u> S'adapte en fonction des bébés, des soins (14) et regroupe les soins pour ne pas les réveiller (17).</p>	<p><u>Horaire</u> Horaire déterminant -> aux nombres de repas (7).</p> <p><u>Soins</u> Adaptes les soins aux horaires du patient donc repas et visite des parents (6). Surtout par rapport aux parents -> les soins (33).</p> <p><u>Service</u></p>	<p><u>Horaire</u> Commence à 7h rapport du matin (5). Enfant mange vers 8h (8). La visite médicale à 10h (11). La 2^{ème} équipe de 14h30 prend le relais jusqu'à 23h (17). Veilleuses de 22h15 au lendemain (23).</p> <p><u>Soins</u> Soins le matin (9) Médicaments, perfusions (22).</p> <p><u>Service</u> Rythmé par les horaires des repas (14).</p>
Relation	<p><u>Attachement</u> Met beaucoup du sien (42). Aucun problème à couper la relation (43). Met ses compétences professionnelles et parfois personnelles (44). Franchi la porte et c'est fini (46). Besoin de s'investir plus si le bébé n'a pas de parents (62).</p>	<p><u>Attachement</u> Jamais vu une relation qui se passe pas bien (43). S'adapte par rapport aux besoins de l'enfant, respecte les besoins du bébé et de son état (44).</p>	<p><u>Attachement</u> Se passe assez bien (28). Attachement assez fort car être fragile et dépendant de nous (30). Sensible à leur état (33).</p>
Expérience	<p><u>Relation</u> Bébé qui se péjorait -> pensait tout faire -> au final il s'en est sorti (70), impression d'être une mauvaise infirmière.</p>	<p><u>Relation</u> Trouve merveilleux quand on peut enlever les appareils au bébé elle le mettre dans les bras de la maman (57). Merveilleux aussi quand il tète pour la 1^{ère} fois (63).</p>	<p><u>Relation</u> Marquée par des prématurés qui pesaient 800g. (40).</p>

<p>Toucher</p>	<p><u>Porter dans les bras</u> Approche par des soins (89) pas pour se faire pardonner mais pour amener autre chose que des soins (91). Terminer la relation par du moins agressif (95). Bébé qui pleure beaucoup, regroupement, les bébés aiment se sentir tenus (100). <u>Pleurs :</u></p>	<p><u>Porter dans les bras</u> Doit être stable si elle voit qu'il y a un manque, qu'il n'est pas bien (73). Qu'il est agité, pas tranquille (74). Pour qu'il se sente enveloppé pour qu'il y ait un contact (77). <u>Pleurs</u> Elle regarde ce qui se passe et pose ses mains sur le bébé, s'il a faim, c'est la tétine (88).</p>	<p><u>Porter dans les bras</u> Elle est maman donc le réflexe c'est de les câliner, les cocoler, qu'ils soient confortables, on leur parle (50). Si le bébé dort elle ne se le permet pas (59). <u>Pleurs</u> Prend dans les bras c'est souvent parce que le bébé pleure (59).</p>
<p>Durée</p>	<p><u>Prise en charge du même bébé</u> On essaye (115). Pour la relation, avoir le petit plus (124). Pour les informations que les parents donnent (125).</p>	<p><u>Prise en charge du même bébé</u> On essaye car plus tu as le même bébé plus tu le connais, plus tu sais comment il réagit, plus tu connais leurs besoins (103). Pour créer un lien avec le bébé et les parents (106).</p>	<p><u>Prise en charge du même bébé :</u> Pour avoir une continuité dans les soins (72). Continuité dans la relation avec le bébé et les parents (76).</p>
<p>Distance</p>	<p><u>Situation qui touche</u> Parle beaucoup avec les collègues ou les médecins (136). Passe le relais pour des soins (154). N'a pas passé le relais mais a repris des situations (159). <u>Interdits</u> L'agressivité (167). Pas dans la parole car parle beaucoup avec l'enfant (169). <u>Bonne distance</u> C'est clair dans sa tête, c'est pas les siens (198). Complètement naturel (201).</p>	<p><u>Situation qui touche</u> Prend du recul (111). Passe la main (114). Se protéger pour être efficace mais s'acquiert avec la pratique (117). <u>Interdits</u> Non, elle se laisse aller sur le moment (137). C'est qu'elle doit créer un lien entre le bébé et les parents (140). <u>Bonne distance</u> Prendre du recul ! ça protège (124). Pas oublier qu'on est des professionnelles, pas nous qui les élevons (164). Le besoin de câlins d'amour fait partie de la thérapie (167). Ce n'est pas notre bébé (169).</p>	<p><u>Situation qui touche</u> Elle va en parler (84). Possibilité d'une psychologue (86). Ressource au niveau des collègues (90). Ne connaît pas de situation où elle ne pouvait plus s'en occuper, mais aurait la place pour passer le relais (99). <u>Interdits</u> Ne se permet pas d'embrasser un bébé car c'est trop intime (107). Il faut garder une certaine distance (109). Ne va pas l'appeler mon chéri ou un mot trop proche (110). <u>Bonne distance</u> Elle se met des limites, elle doit être le soignant (121).</p>

Séparation	<p><u>Départ à la maison</u> Se passe toujours très bien (208). C'est une sacrée victoire (209).</p>	<p><u>Départ à la maison</u> Se passe toujours bien (181). Sait qu'il doit rentrer, influence tout son cpt donc ne s'est jamais senti assez proche. (185).</p>	<p><u>Départ à la maison</u> Assez bien car c'est son rôle (126). Pas de problème, c'est la réussite de nos soins (128). Un aboutissement heureux (129). Jamais eu de la peine à quitter le bébé et ça fait plaisir quand les mamans reviennent rendre visite (130). C'est la balance avec les cas difficiles (133).</p>
Parents	<p><u>Cpt en présence des parents</u> Parents très présents (61). Reste elle-même (179). Privilégie le lien bébé - parents (181).</p>	<p><u>Cpt en présence des parents</u> Non, fait selon ses envies (146).</p>	<p><u>Cpt en présence des parents</u> Fondamentalement pas, mais plus tendance à les câliner s'ils ne sont pas accompagnés mais pas plus d'attachement (158).</p>
Réponse à ma question du mémoire	<p><u>Gestion :</u> Dépend du parcours de vie (222). Si c'est pour s'occuper des enfants qu'on n'a pas (224). Dépend du vécu de la personne (226). Au début dur à gérer (236). Dépend de la personnalité (239). Dépend si la personne ose le dire (241). Dépend comment elle cicatrise (souffrance) (246). Chacun doit faire avec ce qu'il est pour trouver sa voie et rester professionnelle (248). Normal qu'une situation nous touche mais ça doit rester une souffrance professionnelle (252).</p>	<p><u>Gestion</u> On doit rester les même, être aux service du bébé et des parents (199). La différence est que le prématuré reste plus longtemps (207).</p>	<p><u>Gestion</u> N'a pas vraiment eu de problème d'attachement avec des prématurés. (175). Ressources personnelles (184). Rapport avec le vécu (185). Elle a des enfants. pas besoin de compensation (187).</p>
Mes impressions			