

PREMATURITE & CULTURE :

Accueillir la culture familiale en néonatalogie

Projet professionnel



REMERCIEMENTS

Je remercie les formatrices de la formation de puériculteurs/trices de cette année 2019/2020.

Je remercie particulièrement ma formatrice référente, Mme PELOFY. Elle a été un véritable soutien tout au long de la rédaction de mon travail de fin d'étude. A travers les guidances, elle a pu m'encadrer et m'accompagner avec rigueur et bienveillance.

Je remercie mes camarades de promotion, présents tout au long de l'année.

Enfin, je remercie ma famille, mon conjoint et mes amis pour leur implication, leurs encouragements et leur travail de relecture.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I : CONSTAT ET QUESTION DE DEPART	2
1.1 UNE SITUATION PROFESSIONNELLE QUI INTERPELLE	2
1.2 QUESTIONNEMENT	3
1.3 QUESTION DE DEPART	4
PARTIE II : CADRE CONTEXTUEL	5
2.1 L'ENFANT PREMATURE	5
2.1.1 <i>Définition</i>	5
2.1.2 <i>Données épidémiologiques</i>	8
2.1.3 <i>Spécificités physiologiques</i>	10
2.1.4 <i>Soins de développement</i>	12
2.2 LA PUERICULTRICE EN NEONATOLOGIE	14
2.2.1 <i>Son environnement</i>	14
2.2.2 <i>Son rôle</i>	16
2.2.3 <i>L'accompagnement à la parentalité</i>	17
2.3 LA CULTURE FAMILIALE	20
2.3.1 <i>Définition</i>	20
2.3.2 <i>La laïcité dans les établissements de santé</i>	22
2.3.3 <i>Maternité, parentalité en Exil</i>	24
2.4 CONCLUSION DU CADRE CONTEXTUEL	26
PARTIE III : CADRE CONCEPTUEL	29
3.1 LA PARENTALITE DANS UN CONTEXTE DE TRANSCULTURALITE	29
3.1.1 <i>Bébés et culture du désir</i>	29
3.1.2 <i>De la parenté à la parentalité</i>	32
3.1.3 <i>Berceau culturel</i>	36
3.2 LES SOINS DE DEVELOPPEMENT	39
3.2.1 <i>Observer le bébé prématuré pour mieux le comprendre</i>	39
3.2.2 <i>Co-construction parentale en néonatalogie par le toucher</i>	43
3.2.3 <i>La médiation culturelle</i>	46
3.3 PROBLEMATIQUE	49
3.4 QUESTION DE RECHERCHE DEFINITIVE	55
3.5 HYPOTHESES	57

PARTIE IV : DEVIS DE RECHERCHE	58
5.1 POPULATION CIBLE	58
5.2 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	59
5.3 METHODE CHOISIE	66
5.4 BIAIS DE LA RECHERCHE DANS LA METHODOLOGIE CHOISIE	67
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	77

INDEX DES ABREVIATIONS

AMP : assistance médicale à la procréation

CHU : centre hospitalier universitaire

dB : décibel

FIV : fécondation in vitro

IPDE : infirmière puéricultrice diplômée d'état

MAP : menace d'accouchement prématuré

NIDCAP : newborn individualised developmental care and assesment Program ou programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement

PAP : peau à peau

SA : semaines d'aménorrhée

INTRODUCTION

Jeune diplômée, je rêvais de travailler auprès des nouveau-nés prématurés. C'était un univers qui me semblait à part. Je voulais apprendre la prise en soins spécifique de ces bébés, avec leur famille, grâce à leur famille. Je voulais être en mesure de réaliser des soins techniques avec aisance. Je voulais pouvoir m'en détacher afin d'accentuer mon accompagnement à la parentalité.

Mon année en tant qu'infirmière en néonatalogie m'a apporté tout cela. Néanmoins, il ne suffit pas d'une année pour devenir experte d'un tel environnement. Aussi, j'ai appris, je me suis formée, je me suis inspirée des professionnelles expérimentées... Les bébés m'ont aussi beaucoup enseigné. Ils m'ont accompagné dans la construction de mon identité professionnelle. Ils m'ont guidé.

Me voilà au terme d'une année d'expérience, une année riche, une année de questionnement professionnel et de remise en question quotidienne. C'est pour cela que je compte saisir ma chance. La formation de puéricultrice est un tremplin et l'opportunité de poursuivre le travail engagé.

Bien des thèmes auraient pu être envisagés en lien avec les unités néonatales. Mon choix final s'est porté sur une problématique que j'ai voulu innovante et véritablement humaine : la culture. Peu envisagée, elle est indissociable de chacun d'entre nous. Et, bien que sensible, j'ai souhaité poursuivre la construction de mon identité professionnelle, en lien avec une pensée contemporaine, controversée, mais somme toute, passionnante.

Je souhaite que vous lisiez avec plaisir ce projet professionnel. Il se veut ludique et inscrit dans une logique de recherche en sciences infirmières. Nous sommes les expert(e)s de nos domaines de pratique. La publication de nos écrits professionnels est un outil fort de la valorisation de nos connaissances singulières. Je souhaite que ce travail soit une participation modeste à la nouvelle dynamique que connaissent les sciences infirmières.

PARTIE I : Constat et question de départ

1.1 Une situation professionnelle qui interpelle

Je m'appelle Marine, je suis infirmière diplômée depuis le mois de juillet 2018. A l'obtention de mon diplôme, j'ai candidaté pour un poste en néonatalogie. J'ai été embauchée et ai pratiqué dix mois durant dans ce service. C'est ma pratique professionnelle qui a motivé le choix de ma thématique de mémoire. Voici donc la mise en écrit d'une situation qui m'avait interpellé.

En néonatalogie, notre travail se centre autour d'un ou de plusieurs enfants prématurés. Ceux-ci s'insèrent dans une famille qui sera notre partenaire tout au long du parcours médical de l'enfant. La sphère familiale, le nouveau-né et la puéricultrice forment une triade incompressible dans la prise en soins de ces enfants nés trop tôt.

En effet, le bébé a besoin d'interactions, d'attention, d'amour pour se développer. Le rôle des soignants semble donc tout inscrit : accompagner au mieux ces parents afin de permettre aux liens de se tisser et aux prématurés de se développer.

Néanmoins, ces enfants s'insèrent dans des sphères familiales innombrables. Les populations se déplacent et les soignants se trouvent confrontés à la différence. En effet, chaque peuple est empreint de sa culture. La maternité est particulièrement synonyme de culture, de rites, de traditions, de croyances...

Je vais essayer d'illustrer mes propos par un exemple. Sur mon lieu de travail, il m'est arrivé de prendre en charge un nouveau-né d'origine chinoise. Les parents de cet enfant étaient isolés, sans famille en France. La mère était sans profession et le père occupait un poste à hautes responsabilités dans une université. Ils rendaient visite à l'enfant un jour sur deux et restaient environ deux heures auprès de lui. Lors de ces visites, père et mère s'installaient au-dessus du berceau pour fredonner, dans un rythme lent et sur une voix grave et profonde, des chants et poèmes bouddhistes. L'équipe médicale et paramédicale souhaitait encourager la mise en peau à peau (PAP) du bébé avec sa mère afin de promouvoir le développement de l'enfant ainsi que les liens d'attachement. La mère de l'enfant parlait peu le français, son mari interprétait pour

elle. Les propositions de PAP étaient souvent écartées par la mère et, elle préférait laisser son compagnon réaliser les soins auprès du bébé. Nous réitérions les demandes à chaque visite, convaincus du bienfait de celles-ci pour la mère et l'enfant.

En outre, à la suite de l'une de ces demandes, le père nous a prié de ne plus insister à ce propos. En effet, en Chine lors du premier mois suivant l'accouchement, la mère est secondée par sa propre mère et doit rester alitée. Cette maman vivait une première maternité loin de ses repères culturels et nous n'avions pas les codes permettant de déchiffrer son ressenti. Cet exemple illustre bien le malaise pouvant émaner de la prise en soins de ces familles en exil.

Dans la partie suivante, je vais me questionner afin d'astreindre mon travail de recherche.

1.2 Questionnement

Notre rôle de soignant en néonatalogie est un rôle d'accompagnateur bienveillant. Nous devons guider ces parents, pas à pas dans la découverte de leur enfant. Pour cela, la relation de confiance est un atout majeur. En effet, dans un environnement nouveau et parfois impressionnant pour de jeunes parents, la confiance mutuelle s'avère primordiale. Cet équilibre est, par essence, fort difficile à atteindre auprès de familles dont la culture est proche de la nôtre. Néanmoins, cette culture commune est un facteur favorisant de la triade enfant, parents, soignant.

Qu'en est-il de ces familles en exil ? Comment les accompagner auprès d'un enfant prématuré, dans un environnement qui exacerbe les sentiments, le déracinement ?

A travers ce travail de recherche, je vais essayer de mettre en perspective le vécu de ces familles aux patrimoines culturels variables. Comment vivent-elles ces naissances loin de leurs repères culturels ?

L'hospitalisation d'un enfant en néonatalogie représente une étape de vie remarquable. C'est un moment de grande fragilité, qui peut être accentué par le déracinement familial. Comment nous, soignants, pouvons-nous soutenir les jeunes parents dans cette épreuve qu'est la naissance prématurée ? Pouvons-nous, intégrer la composante culturelle à nos pratiques ? Pouvons-nous

nous appuyer sur ce levier culturel pour encourager, créer, ou renforcer le développement des liens parent/enfant ?

Ces questions semblent majeures. Elles poussent la réflexion de la prise en soin de la prématurité vers une approche qui se veut globale. Cet enfant prématuré appartient à une famille, il est issu de cette dernière. Néanmoins, celle-ci est singulière, elle s'inscrit dans un environnement, une histoire, des coutumes, des croyances... Chacun de ces éléments fera l'objet de transmissions qui participeront à la construction identitaire du jeune enfant. Alors, si cette singularité est primordiale pour l'évolution de l'enfant, elle ne peut qu'être primordiale en cas de prématurité.

Ainsi, je souhaite proposer une réflexion approfondie vis-à-vis de l'intégration de la culture familiale en néonatalogie, en lien avec les compétences spécifiques de l'infirmière puéricultrice (j'utiliserai le féminin dans la suite de mon travail) .

1.3 Question de départ

Ce raisonnement m'amène à poser la question de départ suivante :

Comment la puéricultrice intègre-t-elle la culture familiale à la prise en soins de l'enfant prématuré ?

Afin d'avancer méthodologiquement dans le travail de recherche, je décrirai, dans une deuxième partie, le contexte de mon étude.

PARTIE II : Cadre contextuel

Le cadre contextuel de ma recherche fera l'objet de lectures multiples. Je proposerai une définition de l'enfant prématuré, et exposerai mes recherches afin de visualiser les tenants et aboutissants de cette condition. Ensuite, à travers la littérature scientifique, je situerais la puéricultrice en néonatalogie. Une dernière partie sera consacrée à la culture. Je relaterai avec exhaustivité l'ensemble de mes lectures relatives à ce thème. Nous verrons qu'il s'agit d'un sujet largement envisagé, qui s'avère actuel et qui interpelle.

2.1 L'enfant prématuré

La première partie du cadre contextuel a pour objectif de fixer les notions socles de mon exposé. Nous allons étudier, grâce à un ensemble hétérogène d'écrits, la prématurité, ses spécificités, ainsi que la prise en soins adaptée à cette population.

2.1.1 Définition

« Est prématurée toute naissance qui survient avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) ou 8 mois de grossesse. »¹

Les termes « âge gestationnel » et « semaines d'aménorrhée », sont synonymes. Il s'agit de « l'âge du fœtus (ou la durée de la grossesse) calculé à partir de la première journée des dernières menstruations jusqu'à l'accouchement. »².

Une naissance prématurée peut intervenir à différents stades de la grossesse. Ainsi, afin de classer et de répertorier ces naissances, la communauté scientifique propose une échelle s'appuyant sur l'âge gestationnel de l'enfant.

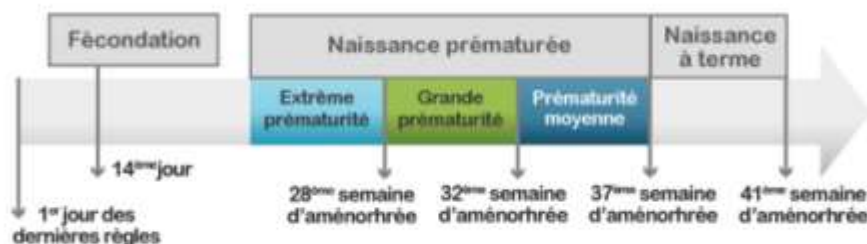
¹ SOS PREMA. Prématurité [en ligne]. *SOS préma* [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2J1hEQJ>

² PLATEFORME CANADIENNE DU CERVEAU NEONATAL (PCCN). Prématurité, Santé et Développement [en ligne] PCCN. [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/39ZbrAJ>

Les trois catégories de prématurité :

- Un prématuré est né entre 33 et 36 SA
- Un grand prématuré est né entre 29 et 32 SA
- Un très grand prématuré est né avant 28 SA.³

Le degré de prématurité est un paramètre significatif pour la suite de la prise en soins. En effet, « la présence et la sévérité des séquelles dépendront du nombre de semaines de grossesse complétées au moment de l'accouchement, de la présence de certaines complications, de l'utilisation de stéroïdes et du poids à la naissance.⁴ »



La prématurité s'inscrit dans deux types de scénario :

- « La **prématurité spontanée**, qui est souvent la conséquence d'une rupture prématurée des membranes ou d'un travail prématuré spontané.
- La **prématurité induite**, décidée par l'équipe obstétricale en raison des risques pour la mère et/ou l'enfant. »⁵

³ PREMA QUEBEC. La prématurité [en ligne]. *Prema Québec* [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2wjnxpL>

⁴ A. LARONE JUNEAU. Le bébé prématuré [en ligne]. *Naître et Grandir*, Août 2015. [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2QsMiH7>

⁵ SOS PREMA. Op.Cit

L'accouchement prématuré peut donc être inopiné ou au contraire programmé. Les études scientifiques ont permis de mettre en évidence des facteurs de risques. Ceux-ci ont été listés sur le site Canadien, Naître et grandir :

- *Une fausse couche ou un accouchement prématuré lors d'une grossesse précédente*
- *De mauvaises habitudes de vie (tabac, drogues, alcool, stress, mauvaise alimentation)*
- *Des conditions de travail difficiles (longues heures, debout, à des températures extrêmes, de façon intense)*
- *L'âge (moins de 18 ans ou plus de 35 ans)*
- *La violence physique ou psychologique*
- *Certaines conditions touchant l'utérus et causant la dilatation prématurée du col ou l'empêchant de demeurer fermé*
- *Une infection dentaire, urinaire, vaginale ou utérine*
- *Un faible poids chez la mère avant la grossesse ou un gain de poids insuffisant durant la grossesse*
- *Le placenta qui s'implante et se développe sur le col de l'utérus (placenta prævia)*
- *Une grossesse multiple*
- *La rupture prématurée des membranes du sac amniotique ou la fuite de liquide amniotique avant que le bébé ne soit à terme*
- *Des problèmes de santé chez la mère (hypertension, diabète)*
- *Des anomalies chez le fœtus.* ⁶

Ces facteurs de risques renseignent sur les étiologies possibles de la prématurité. Néanmoins, certaines situations restent sans explication.

La population que je propose d'étudier dans ce travail de recherche est une population dite « *déracinée* », loin de ses repères culturels. Nous pouvons évoquer, au regard de cette recherche préalable, le cas des familles en situation de migration ou d'expatriation.

En effet, les flux migratoires se mondialisent. Les femmes, inscrites dans cette dynamique, peuvent, au cours de leur périple ou à leur arrivée, être exposées à une multitude de risques. Ainsi, ces futures mères peuvent être victimes de violences physiques ou psychologiques, subir des conditions de vies difficiles, des carences alimentaires...

⁶ R. PICHE. Le travail et l'accouchement prématuré [en ligne]. *Naître et Grandir*, Mars 2020. [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/33q2Fte>

Ces situations d'expatriation, de migration, sont source de stress dans un moment de grande vulnérabilité : la grossesse. Ces femmes, fragilisées et parfois sans suivi médical de grossesse, sont donc exposées au risque de menace d'accouchement prématuré (MAP).

Je vous propose dans la partie suivante d'étudier l'aspect épidémiologique de ce sujet.

2.1.2 Données épidémiologiques

Entre 5% et 12% des naissances surviennent avant le terme normal de la grossesse dans les pays industrialisés. En France, elles sont 60 000 chaque année, dont 10 000 (1,2%) avant 32 semaines d'aménorrhée et leur nombre a régulièrement augmenté. Un bébé sur 5 né avant terme est un grand prématuré.

Depuis l'an 2000, la France connaît [...] une hausse du taux de natalité de plus de 9%. Sur la même période, le nombre d'enfants nés de grossesses multiples est passé d'environ 21 000 en 1996-1997 à 33 000 en 2001 : ils représentent ainsi plus de 4% des naissances. Ces deux facteurs - augmentation des naissances et augmentation des grossesses multiples - entraînent un accroissement important du nombre de naissances prématurées.⁷

Ces données font écho à une évolution en termes de procréation. En effet, la natalité française augmente et les caractéristiques de la population à l'origine de celle-ci, changent.

On observe un « vieillissement de la population des femmes qui accouchent⁸ ». La France occupe ainsi la 14^{ème} place du classement européen, « avec 20,6% de femmes ayant 35 ans et plus en 2015.⁹ » De plus, « l'âge moyen au moment de devenir mère est passé de 26,5 ans en 1977 à 30,4 ans en 2016.¹⁰ »

Les écrits relatent également une population plus fréquemment obèse ou en surpoids¹¹.

Ces paramètres sont en lien avec le nombre de demande d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP). Ainsi, un enfant sur trente-deux est né grâce aux techniques de soutien en matière de

⁷ EPIPAGE2. Etat des connaissances, 2013 [en ligne]. *EPIPAGE* [Consulté le 18 Mars 2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/2WmDN3U>

⁸ Communiqué – Salle de Presse INSERM. *Photographie de la santé périnatale en France et en Europe en 2015*, [en ligne]. *INSERM*, Octobre 2017. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3b87ABx>

⁹ Ibid

¹⁰ M.GRYNBERG. Assistance médicale à la procréation : Des techniques pour aider les couples infertiles [en ligne]. *INSERM*, Mars 2018. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3a4egR4>

¹¹ Communiqué – Salle de Presse Inserm. *La santé des mères et des nouveau-nés : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2016* [en ligne]. *INSERM*, 11 Octobre 2017. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2J0EGYd>

procréation. Ce « *taux augmente légèrement chaque année depuis 2009* ¹² ». Les techniques employées en cas d'AMP sont, dans certains cas, à l'origine de grossesses multiples. Afin de réduire les complications maternelles et fœtales inhérentes à ces grossesses, le nombre d'embryon transféré diminue globalement. En 2012, 16,2% des Fécondations In Vitro (FIV) étaient à l'origine de grossesses gémellaires, contre 13,8% en 2015¹³.

« *La consommation de tabac pendant la grossesse reste stable (16,3% de femmes au 3^{ème} trimestre [...]) alors que la tendance est à la baisse dans presque tous les autres pays* ¹⁴ » européens.

Enfin, une étude réalisée en 2003, permet de mettre en perspective un lien entre les caractères socio-économiques d'une famille et la prématurité de leur enfant. L'étude décrit la situation de Paris et de sa couronne. Elle dépeint une répartition inégale des populations selon les quartiers de résidence. Ainsi, la première couronne est habitée par des familles aux caractéristiques suivantes : 80% des femmes sont nées en France, 60% ont un niveau d'étude supérieur au bac. Les quartiers de périphérie présentent des populations aux caractéristiques différentes : 50% des femmes sont nées à l'étranger, 8% ont un niveau d'études supérieur au bac. Ces données sont croisées avec celles des naissances de grands prématurés. Le risque de naissance avant terme « *varie avec les caractéristiques socio-économiques des quartiers [...] moins cet environnement est favorable, plus le risque de naissance très prématurée est élevé* ». Il est notamment fortement corrélé aux professions ouvrières, plus fatigantes, et au niveau d'études primaires¹⁵.

Ces données épidémiologiques, considérées dans leur ensemble, brossent un portrait représentatif de la prématurité en France. Je vous propose dans la partie suivante d'approfondir les notions physiologiques inhérentes à l'immaturité.

¹² AGENCE BIOMEDECINE. Le rapport médical et scientifique de l'AMP et de la génétique humaine en France [en ligne]. *Agence Biomédecine*, 2016. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2QsMnul>

¹³ Ibid.

¹⁴ INSERM. Op.Cit.

¹⁵ L.LASBEUR, M. KAMINSKI, P. ANCEL, C. DU MAZAUBRUN et al. ANALYSER LES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE SANTÉ À PARTIR DES DONNÉES DU RECENSEMENT L'exemple de la grande prématurité à Paris-Petite couronne. *Institut national d'études démographiques* [en ligne], 2006/4 Vol. 61 | pages 567 à 584 [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3a7xDc4>

2.1.3 Spécificités physiologiques

Lorsqu'une grossesse évolue jusqu'à son terme, le fœtus se développe pendant 37 à 41 semaines dans un environnement conçu à cet effet. En cas d'accouchement avant terme, l'enfant présente un degré d'immatunité qui dépend de son âge gestationnel. Le bébé prématuré est porteur de spécificités physiologiques qui sont essentielles à la compréhension de son développement.

La peau du nouveau-né prématuré ne joue pas, comme elle le devrait, sa fonction barrière. En effet, celle-ci, dépendant du niveau d'immatunité, est trop fine. Elle est très perméable. L'acquisition des propriétés matures se fait au cours des deux ou trois premières semaines de vie. Passé ce délai, le prématuré a une peau dont les compétences sont similaires à celles d'un nouveau-né à terme. Il est donc essentiel de prévenir les pertes hydriques transcutanées, de proscrire l'application de substances non adaptées et de prévenir les éventuelles lésions iatrogènes durant ce laps de temps¹⁶.

Le cerveau est un organe dont l'immatunité peut avoir des répercussions permanentes et handicapantes. En effet, c'est entre la 24^{ème} et la 32^{ème} SA que le cerveau du fœtus connaît des étapes primordiales dans sa maturation. En somme, un cerveau immature est extrêmement sensible aux stimuli environnementaux. Ceux-ci doivent, dans l'idéal, être maîtrisés afin d'approcher ceux d'un environnement in-utero.

Lorsqu'une naissance prématurée est anticipée, une injection de corticoïde permet de réduire le risque d'hémorragie cérébrale. L'administration de sulfate de magnésium, est réalisée pour diminuer le risque de paralysie cérébrale¹⁷.

Les poumons sont également impactés par la naissance avant terme. En effet, le surfactant est une substance tensioactive produite par le poumon. Elle est nécessaire à l'expansion pulmonaire ainsi qu'à la qualité des échanges gazeux. Le poumon acquiert la capacité de produire le surfactant autour de 32 SA. Néanmoins, cela reste très variable d'un enfant à l'autre. Quoiqu'il en soit, à la naissance, si les alvéoles pulmonaires ne sont pas tapissées par ce tensioactif,

¹⁶ SOS PREMA. Le nouveau-né prématuré [en ligne]. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3dizrBd>

¹⁷ P.Y ANCEL. *Prématurité : ces bébés qui arrivent trop tôt* [en ligne]. INSERM, Décembre 2015. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3a4Ia7U>

l'enfant sera en détresse respiratoire. Une corticothérapie anticipée permet la maturation accélérée des poumons. Lorsque cela n'est pas suffisant ou que la naissance est inopinée, du surfactant exogène peut être administré à l'enfant. Un support ventilatoire peut également être nécessaire.

Le nouveau-né prématuré peut, du fait de l'immatunité de la commande neuro-respiratoire, faire des apnées. Celles-ci sont traitées par l'assistance ventilatoire, des traitements médicamenteux (citrates de caféine, chlorhydrate de doxapram), mais également grâce aux soins de support qui seront développés ultérieurement¹⁸.

La prématurité est à l'origine de ralentissement de la fréquence cardiaque. En effet, le système de contrôle du rythme cardiaque, immature, est très sensible à toute variation.

Le cœur de tous fœtus présente de manière physiologique, pendant la vie utérine, un canal artériel. Il s'agit d'un shunt vasculaire entre l'aorte et l'artère pulmonaire. A la naissance, chez un enfant à terme, ce canal se referme spontanément. En outre, en cas de prématurité, il peut persister et nécessiter un traitement médicamenteux (ibuprofène).¹⁹

Le système digestif du nouveau-né prématuré fait, lui aussi, l'objet d'une attention particulière. Celui-ci ne tolère, avant 32 SA, que du lait maternel. La fonction de coordination, succion, déglutition, respiration n'atteint sa maturité qu'à partir de 34 ou 36 SA. Là encore, c'est un paramètre fort variable d'un enfant à l'autre. Néanmoins, tant que cette fonction est immature, le bébé sera nourri par le biais d'une sonde nasogastrique. Par la suite, ces enfants présentent souvent des cas de reflux gastro-œsophagiens qui disparaissent spontanément avec le temps.

Les prématurés peuvent présenter de grosses difficultés digestives. Celles-ci se présentent sous la forme d'un inconfort, d'un transit ralenti, et/ou de météorisme. La digestion est donc particulièrement surveillée. La complication la plus grave, relative à cette immaturité, est l'entérocolite ulcéro-nécrosante. Bien que rare, elle est à l'origine de plaques de nécrose intestinale et peut entraîner le décès de l'enfant²⁰.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

Le foie immature a lui aussi des difficultés à assurer l'ensemble de ses fonctions. Il occupe notamment un rôle essentiel dans l'élimination de la bilirubine, résultant de la dégradation de l'hémoglobine. Ainsi, de nombreux prématurés sont atteints d'ictère à bilirubine libre non cholestatique, qui nécessite une prise en charge par photothérapie.

Les reins, qui assurent diverses fonctions majeures, sont eux aussi immatures. Le volume de filtration, ainsi que l'équilibre ionique des prématurés, doivent donc faire l'objet de surveillances adaptées. La production de certaines hormones rénales, comme l'érythropoïétine, est également impactée. Elle est nécessaire à la production adéquate de globules rouges et est administrée de manière exogène afin de suppléer un rein en cours de développement.

Enfin, le système immunitaire du nouveau-né prématuré est lui aussi peu préparé à affronter un environnement ex-utero. Le passage de certains anticorps maternels ne se fait que tard durant la grossesse. C'est vers 36 SA que le fœtus acquiert la majorité des immunoglobulines G maternelles²¹.

Cette liste exhaustive des caractéristiques physiologiques d'un nouveau-né prématuré nous donne la mesure de la fragilité de ces derniers. Aussi, il semble essentiel de leur proposer une approche de soins adaptée à leur niveau de maturation. Je vous propose, dans la partie à venir, d'évoquer les soins de développement pensés pour cette population spécifique.

2.1.4 Soins de développement

Nous l'avons précédemment évoqué, les nouveau-nés prématurés nécessitent un accompagnement adapté, tout au long de leur développement. Ainsi, en appui sur la « *théorie synactive* », proposée en 1986 par Heidelise Als, une nouvelle philosophie de soins a vu le jour.

Elle considère que le développement du bébé se fait au travers de cinq sous-systèmes : système autonome (respiration, digestion, équilibre thermique, coloration...), système moteur, système veille-sommeil, système attention-interaction et système autorégulation. De sa conception jusqu'à sa 52e semaine de vie, le fœtus puis le bébé trouve petit à petit un équilibre dans chaque système, en commençant par le système autonome pour les plus jeunes jusqu'au système attention-interaction pour les plus matures. Ces systèmes communiquent entre eux et ont un impact les uns sur les autres. Dans chaque système, le bébé manifeste qu'il tolère le stimulus par des signes « d'approche » ou de bien-être, ou

²¹ É. ELEFANT. Le passage placentaire des immunoglobulines [en ligne]. *Académie de médecine*, Mai 2013. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2x91G4u>

bien qu'il n'est pas encore prêt à recevoir ce stimulus par des signes de « retrait » ou de stress.²² »

La stratégie de soins a pour objectif de soutenir les compétences du nouveau-né, éviter les stimulations qui dépasseraient ses capacités de régulation et, de donner aux parents une place privilégiée auprès de leur enfant. Ces soins, issus de la médecine néonatale, prennent le nom de soins de développement. Ils représentent « *l'ensemble des stratégies non médicamenteuses qui ont pour objectif d'améliorer le confort de l'enfant né avant terme et de soutenir son développement dans ses aspects physiologique, neurologique, comportemental et relationnel*²³ ». Plusieurs programmes existent à travers le monde : le NIDCAP (Newborn Individualised Developmental Care and Assesment Program), l'approche sensorimotrice, le MITP (Mother Infant Transaction Program) en Norvège, le Close Collaboration with Parents en Finlande ou le Family Nurture Intervention testé aux Etats-Unis²⁴.

Le développement de ces soins, ainsi que leur application, font suite à la mise en évidence de difficultés cognitives et comportementales chez les enfants anciens prématurés. En effet, « *lors d'une naissance prématurée, il existe une rupture entre les attentes sensorielles du nouveau-né et les stimulations atypiques de l'univers de réanimation auxquelles il est exposé [...]* ²⁵». Le cerveau immature n'a pas la capacité de gérer l'ensemble de ces sur stimulations et son développement peut être mis à mal. Ainsi, par le biais de stratégies environnementales et comportementales, mais aussi grâce à l'intégration de la famille auprès de leur enfant, la médecine néonatale tend vers un accompagnement toujours plus adapté à la prématurité.

Pour poursuivre le raisonnement, nous verrons le rôle de la puéricultrice, ainsi que la manière dont elle met en œuvre cette philosophie de soins, au regard des contraintes environnementales, en lien avec la famille du nouveau-né.

²² S. LESCURE. Soutenir le développement du nouveau-né prématuré : l'exemple du programme NIDCAP, une nouvelle philosophie de soins centrée sur l'enfant et sa famille. *Empan* [en ligne]. Mars 2018, n°111 [Consulté le 23 Mars 2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/2QEG8n9>

²³ N. RATINSKY, S. MINGUY, B KELEROUX. Les soins de développement au nouveau-né prématuré. *Soins pédiatrie/puériculture*, Novembre/Décembre 2017, n°299, pp32-35

²⁴ Ibid

²⁵ S. LESCURE. Op.Cit

2.2 La Puéricultrice en néonatalogie

Dans cette seconde partie, je vous propose de mettre l'infirmière puéricultrice au centre de notre réflexion. Je réaliserai un court exposé relatif à son environnement de travail. Puis nous concentrerons nos efforts de recherche autour de son rôle auprès de l'enfant prématuré et de sa famille. Enfin, nous envisagerons la notion d'accompagnement à la parentalité à travers le prisme de la néonatalogie.

2.2.1 Son environnement

L'infirmière puéricultrice diplômée d'état (IPDE) évolue dans le service de néonatalogie. Comme son nom l'indique, il est spécialisé dans l'accueil des « *enfants nés prématurés, des bébés trop petits [...]* » et de ceux « *[...] nés à terme mais qui sont malades à la naissance ou dans les jours qui la suivent*²⁶ ».

Toutes les maternités de niveau II et III possèdent une néonatalogie. Les maternités de niveau IIA accueillent uniquement les enfants de soins standards. Les IIB proposent également des soins intensifs. Enfin, les maternités de niveau III ont en complément, un service de réanimation. L'IPDE évolue dans un environnement à la technicité variable et dépendante du niveau de soins. Elle est amenée à prendre en charge deux enfants en réanimation, trois en soins intensifs et jusqu'à neuf lorsqu'ils relèvent des soins standards.

La professionnelle doit appréhender un univers de soins spécifiques à la population accueillie. Elle doit adapter la réalisation de ces soins aux dispositifs médicaux qui suppléent le développement harmonieux des nouveau-nés. Ceux-ci sont en nombre conséquent : incubateur, table chauffante, respirateur, sonde nasogastrique, cathéter veineux, KTECC (cathéter épicutanéocave), etc.

De plus, nous l'avons détaillé dans la partie précédente, les hôpitaux français ont adopté l'application des soins de développement au sein des services de néonatalogie. Cet engagement a des répercussions notoires sur l'environnement de travail des équipes soignantes. En effet, si

²⁶F. BERREGARD-GRILLERE, M. BLIDI. L'hospitalisation en néonatalogie [en ligne]. *Sparadrap*, Septembre 2018. [Consulté le 23 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2UfCCcd>

nous prenons l'exemple du programme NIDCAP proposé au CHU de Toulouse, il revêt un ensemble de stratégies environnementales.

Celles-ci recommandent un niveau lumineux ambiant ajustable, ne dépassant pas les 2 000 lux pendant les soins et, compris entre 60 et 100 lux en dehors²⁷. Concrètement, l'intensité lumineuse doit être la plus basse possible, dans la mesure où la puéricultrice est en capacité de réaliser des soins de qualité, en sécurité. Les enfants sont protégés de la lumière grâce à des couvertures incubateurs, de simples draps, mais aussi grâce à la sollicitude des parents et des équipes médicales et paramédicales.

Les soins de développement préconisent également de maintenir un niveau sonore en dessous des 45 décibels (dB). Des pics pouvant aller jusqu'à 70 dB sont tolérés²⁸. Pour se représenter la signification de ces chiffres, je vous propose deux exemples : 45 dB c'est le bruit que fait un lave-vaisselle en activité, 70dB c'est le niveau sonore atteint lorsqu'on est passager d'un train. Ces images peuvent vous paraître plutôt conséquentes en matière de nuisances sonores. Pourtant en néonatalogie, ces seuils sont très vite atteints. Certains appareils comme les couveuses et les respirateurs, fonctionnent sans interruption et participent au fond sonore qui peut rapidement dépasser les recommandations. A cela, s'ajoutent des bruits ponctuels : alarmes, aérosols, passage dans le couloir, ouverture et fermeture de porte, conversations...

En somme, la puéricultrice doit être vigilante et bien connaître son environnement. Ainsi, elle favorise le sommeil des nouveau-nés et participe à leur stabilité physiologique. L'installation d'un climat de soins serein permet aux parents de trouver plus aisément leur place dans cet environnement impressionnant.

Ainsi, l'environnement dans lequel l'IPDE évolue est un outil de soin qu'elle doit appréhender. La maîtrise environnementale s'inscrit dans ses compétences spécifiques en néonatalogie. Je vous propose d'axer les recherches suivantes sur le rôle de cette dernière auprès de l'enfant et de sa famille.

²⁷ N. RATINSKY, S. MINGUY, B KELEROUX. Op.Cit

²⁸ N. RATINSKY, S. MINGUY, B KELEROUX. Op.Cit

2.2.2 Son rôle

L'IPDE « *se préoccupe de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé de l'enfance et de la famille* ». Elle « *évalue les besoins spécifiques du nouveau-né [...]* », contribue « *à la prévention et au dépistage précoce de ce qui risque de perturber leur développement [...]* ». Elle met « *en œuvre les thérapeutiques dans une démarche de soins [...]* » et élabore des « *projets d'action à visée éducative en matière de santé tant au plan individuel que collectif*²⁹ ».

L'ensemble des compétences mobilisées par la puéricultrice en néonatalogie s'inscrivent dans deux dimensions : l'une technique et l'autre humaine.³⁰ L'enjeu pour l'IPDE est donc le suivant : « *humaniser la prise en charge du nouveau-né*³¹ ».

La compétence est une « *accumulation de savoirs [...], elle englobe les capacités requises pour l'exercice d'une activité, mais encore l'ensemble des comportements, facultés d'analyse, de prise de décision, de transmissions, etc. jugées nécessaires pour la pleine maîtrise de l'activité*³² ». Pour atteindre cet objectif, la professionnelle s'appuie sur un bagage de connaissances théoriques acquises en formation. L'expérience vient s'ajouter à ce savoir, et apporte plus-value et singularité à l'accompagnement. Ainsi, la technique fait majoritairement appel à des notions théoriques, quand le caractère « *humain* » de la prise en charge demande une implication personnelle. Ces deux composantes nous amènent à penser le rôle de l'IPDE comme un processus dynamique gravitant entre théorie et plus-value expérientielle.

Le rôle de la puéricultrice, s'inscrit dans une dynamique de pluridisciplinarité. En effet, les soins réalisés auprès des nouveau-nés prématurés font intervenir de nombreux acteurs médicaux et paramédicaux : pédiatres, infirmières, kinésithérapeutes, anesthésistes, cardiologues, urologues, chirurgiens, stomathérapeutes, psychologues, éducateurs de jeunes enfants... Les professionnels sociaux, tels que les assistants sociaux, sont également amenés à collaborer avec les IPDE. Certaines associations peuvent aussi entrer dans le cadre de collaborations. En ce sens, nous pouvons évoquer SOS Prema, Petit cœur de beurre, Les mamies tricoteuses, la maison des

²⁹ J. GASSIER, C.de SAINT-SAUVEUR, B. CHEVALLIER et al. Le guide de la puéricultrice 3^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008. 1145p.

³⁰ Ibid (page)

³¹ Ibid (page)

³² AFPA. *Vocabulaire des formateurs*. Formation professionnelle, 1992

parents financée par la fondation Ronald McDonald... Finalement, la puéricultrice a un rôle complémentaire dans l'accueil et le soin des enfants prématurés. Elle a le devoir de connaître l'ensemble de ces ressources humaines, afin de proposer aux nouveau-nés et à leurs familles, un réseau soutenant, efficient et dont les acteurs se potentialisent.

Enfin, le partenaire privilégié de l'IPDE dans la prise en soins humaine du bébé prématuré est sa famille. Son rôle est de les impliquer, de les accompagner vers une parentalité nouvelle. Nous verrons cette notion dans la sous partie suivante.

2.2.3 L'accompagnement à la parentalité

Devenir parents, c'est se projeter, imaginer, rêver une vie nouvelle avec son enfant. Au cours des neuf mois de grossesse, le couple change de statut pour atteindre celui de futurs parents. *« Ils font une place à l'enfant pour qu'il puisse s'inscrire dans l'histoire familiale. C'est le temps de la grossesse, [...] qui permettra ce changement, ainsi que l'apparition de la fameuse « préoccupation maternelle primaire » décrite par Winnicott³³. »*

La naissance prématurée met à mal ce processus constructif par lequel les futurs parents passent. Elle est soudaine et parfois traumatisante. La littérature scientifique fait état de cas de stress post traumatique à la suite des accouchements avant terme. Les mères seraient symptomatiques, en lien avec le fait même d'avoir un nouveau-né prématuré, *« qu'il soit gravement malade ou pas³⁴ »*. *« Le corps a cédé, il n'a pas pu supporter la grossesse jusqu'à la fin : culpabilité et dangerosité sont prédominantes et prennent la forme de peur de faire du mal au bébé³⁵ »*. Les pères *« réagissent particulièrement à la gravité du risque périnatal de l'enfant³⁶ »*. Ainsi, on peut voir émerger une relation complémentaire entre le père et la mère. Ce dernier, moins impacté psychiquement, surtout lorsque l'enfant présente peu de complications, peut faciliter la rencontre entre le bébé et sa compagne. La mère peut alors se sentir soutenue et considérée. Elle

³³ L.PEDESAN. Attachement et prématurité [en ligne]. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 32, 2004, pp716–720. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2UABNCy>

³⁴ S. GAMBA SZIJARTO, M FORCADA GUEX, A. BORGHINI, et al. Etats de stress post traumatique chez les mères et les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* n°57, 2009, pp 385-391.

³⁵ PERUSSI.M. De la grossesse à haut risque au risque de prématurité du bébé : quel travail préalable lors d'une possible rencontre anticipée [en ligne]. *Poche-Psychanalyse*, 2018, pp 213-228. [Consulté le 24 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/39gfveE>

³⁶ S. GAMBA SZIJARTO, M FORCADA GUEX, A. BORGHINI, et al. Op.Cit

peut nonobstant trouver que le père prend une place trop envahissante auprès de l'enfant et se sentir écartée³⁷.

Le bébé imaginé fait place au bébé réel. Le chevauchement de ces deux bébés peut sembler déstabilisant, tant ils sont différents. Après le choc de la naissance prématurée, les parents sont confrontés à l'univers de la néonatalogie. C'est donc dans ce contexte inconnu, stressant et opaque que les prémices de la relation d'attachement vont devoir opérer. Les interactions parents-bébé sont court-circuitées par l'omniprésence des dispositifs médicaux. Le nouveau-né prématuré est parfois très différent du nouveau-né rêvé : sa peau est fine, ses yeux sont clos, ses pleurs sont faibles... Les parents peuvent se sentir perdus et dans une incompréhension angoissante de leur enfant. Cela peut conduire à une « *diminution du toucher maternel, des vocalisations et du regard* »³⁸.

En somme, la naissance avant terme signifie aussi, « *une parentalité dont les parents ont été dessaisis en partie par nécessité médicale* »³⁹. La puéricultrice est un tiers, une pièce rapportée à cette relation initialement prévue pour être vécue à trois. Son rôle est celui de médiateur, de traducteur. Elle va donner aux jeunes parents la conscience de leurs compétences parentales en devenir.

Ainsi, l'IPDE doit proposer un accompagnement individualisé de ces familles, vers le devenir de parent. Chaque couple doit être considéré dans sa complexité. Les vulnérabilités des uns ne sont pas celles des autres. Elles doivent être prises en considération par l'équipe soignante. De même, les ressources parentales doivent être mises en valeur. L'objectif étant d'adapter l'accompagnement afin de permettre la rencontre et l'attachement entre ces enfants prématurés et de leur famille.

Ainsi, en lien avec les ressources et les difficultés parentales, l'IPDE propose aux parents d'occuper une place privilégiée auprès de leur enfant. Les écrits récents emploient le terme de « *primary caregiver* ». Les soins de développement que nous avons largement évoqués antérieurement, poussent « *les soignants à abandonner leur position souvent inconsciente de*

³⁷S. GAMBA SZIJARTO, M FORCADA GUEX, A. BORGHINI, et al. Op.Cit

³⁸K. MINDE, A. WHITELAW, J. BROWN, et al. Developmental outcome as a function of goodness of fit between the infant's cry characteristics and the mother's perception of her infant's cry. *Pediatrics*, 1995, pp 16-21.

³⁹E. DEVOUCHE, A. BUIL, M.C GENET, et al. *Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité*. Soins pédiatrie/puériculture n°299, Novembre/Décembre 2017, pp15-19.

« toute-puissance » [...] au profit de celle de « guide du soin » en investissant davantage la dimension relationnelle⁴⁰ ». Pour se faire, sans brusquer les familles, la puéricultrice encourage les pères et les mères à rencontrer leur enfant. Elle les intègre aux soins, lorsque cela est possible, et valorise leurs aptitudes. Les PAP, source de bienfait physiologique pour le prématuré, représentent également une opportunité de contact physique nécessaire au lien, au « *bonding* » selon D.W. Winnicott.

L'intégration du nouveau-né à l'histoire familiale est notamment un élément important dans l'accompagnement à la parentalité. En ce sens, s'il y a une fratrie, celle-ci devra être introduite auprès de l'enfant. Le respect des rites et des coutumes accompagnant la naissance peut être envisagée comme un vecteur de construction familiale et identitaire. L'expression culturelle peut être considérée comme un élément facilitateur de l'attachement et de la parentalité. Cette composante culturelle, peu exploitée, pourrait s'avérer être un véritable levier dans la création du lien parent/enfant. Je m'attacherai, dans la partie suivante, à la définir et à la contextualiser, de manière à proposer une réflexion pertinente et nouvelle.

⁴⁰ E. DEVOUCHE, A. BUIL, M.C GENET. Op.Cit.

2.3 La culture familiale

Nous avons évoqué ensemble l'enfant prématuré et les éléments qui en font un être au développement sensible. Faisant l'objet d'une attention particulière, ce développement doit être encouragé par les soignants qui favorisent un environnement propice. Celui-ci va au-delà des composantes lumineuses, sonores et des techniques de soins. Il est intimement lié à la présence parentale et à la qualité des liens qui se tissent entre eux. Cette troisième et dernière partie contextuelle de mon étude s'attachera à détailler la composante culturelle familiale. Celle-ci pourrait se révéler être un catalyseur du « *bonding* » et ainsi favoriser le développement harmonieux du nouveau-né prématuré.

2.3.1 Définition

Denys Cuche décrit dans son livre l'apparition du mot « *culture* », ainsi que son évolution sémantique. « *Issu du latin cultura qui signifie ce soin apporté aux champs et au bétail, il apparaît vers la fin du XIIIe siècle pour désigner une parcelle de terre cultivée*⁴¹ ». Ce n'est qu'à l'approche du siècle des lumières que le mot prend son sens figuré. Il entre dans le Dictionnaire de l'Académie Française en 1718 et est alors souvent suivi d'un complément : « *culture des arts* », etc.

D. Cuche explique que le mot culture est ensuite employé, au XVIIIe, au singulier. « *La culture est le propre de l'Homme, au-delà de toute distinction de peuples ou de classes.*⁴² » Le terme consacre alors l'idée de progrès, d'éducation.

C'est à un anthropologue britannique, Edward Burnett Tylor que l'on doit la première définition de la culture au sens ethnologique : « *tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société.*⁴³ ». D. Cuche, fait remarquer à juste titre, dans son ouvrage, que cette définition suppose que la culture s'acquiert, s'apprend au cours de la vie.

⁴¹ D.CUCHE. La notion de culture dans les sciences sociales, 4^{ème} édition. Paris : La Découverte, 18 Mars 2010 (160 p). Collection Grands repères

⁴² Ibid (page)

⁴³ Ibid (page)

Cette définition occulte le caractère inconscient de cette dernière. Il ajoute : « *si toutes les populations humaines possèdent le même stock génétique, elles se différencient par leurs choix culturels, chacune inventant des solutions originales aux problèmes qui se posent à elle.*⁴⁴ » Ainsi, son propos met en perspective l'idée suivante :

*Les différences qui pourraient sembler les plus liées à des propriétés biologiques particulières, comme, par exemple, la différence des sexes, ne peuvent elles-mêmes jamais s'observer « à l'état brut » (naturel) car, pour ainsi dire, la culture s'en saisit « immédiatement » : la division sexuelle des rôles et des tâches dans les sociétés humaines résulte fondamentalement de la culture, et c'est pourquoi elle varie d'une société à l'autre.*⁴⁵

Bien que de nombreuses définitions aient été proposées, elles consacrent à l'unanimité une caractéristique propre à l'Homme. La culture donne « *la possibilité de concevoir l'unité de l'homme dans la diversité de ses modes de vie et de croyances.*⁴⁶ »

D'ailleurs, la thématique culturelle, bien qu'elle n'ait été identifiée par une terminologie spécifique que tardivement, interpelle depuis la nuit des temps. On s'interroge sur l'aspect visible de celle-ci, le langage. Le pharaon Psamtik 1^{er} s'interrogeait à son époque à propos de l'existence d'un langage universel. Plus tard, Frédéric II de Prusse mena une expérience auprès de vingt-trois nourrissons. Il les éleva dans le silence, afin de laisser apparaître « *la langue des langues* ». Celle-ci ne lui apparut jamais, puisque les enfants décédèrent dans les quarante premiers mois de leur vie⁴⁷.

En somme, la culture est polysémique. Jean-Michel Guy apporte des éléments d'enquête sur les représentations de la culture dans la population française. L'étude qu'il a menée en 2016, donne à la culture une raisonnée plurielle⁴⁸. « *Arts, savoirs, valeurs, anthropologie, agriculture* » sont « *les cinq acceptions spontanées de la culture.*⁴⁹ »

⁴⁴ Ibid (page)

⁴⁵ Ibid (page)

⁴⁶ Ibid (page)

⁴⁷ M.DUGNAT, N. ALOTH DIJON, M. ANDRE, et al. Bébés et cultures. Editions érès. Toulouse : 2008 (280 pages)

⁴⁸ ANNEXE I

⁴⁹ J.M. GUY. Les représentations de la culture dans la population française. *Culture études* [en ligne] 2016 n° 1. [Consulté le 25 Mars 2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/2vOJtsP>

Le cadre contextuel relatif à la culture est donc posé. Nous allons voir dans la partie suivante, les notions essentielles en matière de laïcité dans les établissements de santé. En effet, ces deux composantes pour s'imbriquer, doivent être comprises de tous.

2.3.2 La laïcité dans les établissements de santé

A la question « *Qu'est-ce que la laïcité ?* », le président de l'Observatoire de la laïcité, monsieur Jean-Louis Bianco répond :

« La laïcité garantit la liberté de conscience. De celle-ci découle la liberté de manifester ses croyances ou convictions dans les limites du respect de l'ordre public. La laïcité implique la neutralité de l'Etat et impose l'égalité de tous devant la loi sans distinction de religion ou conviction.

La laïcité garantit aux croyants et aux non-croyants le même droit à la liberté d'expression de leurs croyances ou convictions. Elle assure aussi bien le droit d'avoir ou de ne pas avoir de religion, d'en changer ou de ne plus en avoir. Elle garantit le libre exercice des cultes et la liberté de religion [...]

La laïcité n'est pas une opinion parmi d'autres mais la liberté d'en avoir une. Elle n'est pas une conviction mais le principe qui les autorise toutes, sous réserve du respect de l'ordre public.⁵⁰ »

Pour comprendre le sens du mot laïcité, nous l'envisagerons au regard de l'histoire de France. C'est Constantin 1^{er}, un empereur romain, qui le premier se convertit au christianisme, au IV^e siècle, et lia la France au clergé. Puis, le baptême du roi Clovis en 498 inscrit le catholicisme comme la religion nationale. « *Cet acte décisif fit du roi des Francs le seul souverain catholique de l'Occident et lui donna, de ce fait, un rôle prépondérant dans un monde où les évêques représentaient la seule force morale et la plus grande puissance économique du temps⁵¹.* » S'en suivront une lignée de roi de France catholiques, liés avec le Vatican.

La religion est néanmoins mise à distance lors de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, du 26 Août 1789 : « *Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre établi par la loi.* »

⁵⁰ J.L BIANCO. Qu'est-ce que la Laïcité ? [En ligne]. *Gouvernement.fr* [Consulté le 25 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2UOfQjV>

⁵¹ J. BONNET. Le baptême de Clovis (entre 496 et 506) [en ligne]. *Le Point*, Juillet 2013. [Consulté le 25 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/33P4zDN>

C'est en 1905, grâce à l'adoption de la loi de séparation des Eglises et de l'Etat, portée par Aristide Briand, que l'histoire de France prend un virage notoire⁵². Les deux premiers articles en résument les axes essentiels.

Article 1 : « *La République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public.* »

Article 2 : « *La République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte* ⁵³»

Les hôpitaux français portent également une histoire étroitement liée à la religion. Le clergé fait construire depuis le IV^e siècle « *des maisons d'hospitalité pour les malheureux et les malades.*⁵⁴ ». Par la suite, royauté et clergé s'entremêlent et créent des lieux d'accueil pour les personnes dans le besoin : orphelinats, léproseries, hospices, hôtel des invalides... Les hôpitaux portaient le nom d'hôtel Dieu, de maladrerie. Ils étaient tous financés par l'Eglise. Cette mainmise sur les soins dura jusqu'à 1790. Les hôpitaux sont alors confisqués à l'Eglise et nationalisés⁵⁵. En outre, il faudra des années pour réellement observer le désengagement du clergé dans les établissements de santé.

Aujourd'hui, la laïcité est un principe fondateur des pratiques soignantes. La circulaire du 13 Avril 2007, relative à la charte de la laïcité dans les services publics, est garante de l'accueil « *des personnes de toute origine sociale, ethnique et religieuse.* ⁵⁶» Celle-ci indique la conduite à tenir pour les usagers du service public, les patients, ainsi que pour les agents du service public, les soignants.

Pour l'hôpital, cela implique que les patients soient « *traités de la même façon*⁵⁷ », sans distinction de religion, d'ethnie. Ceux-ci ne doivent pas « *douter de la neutralité des agents* ⁵⁸». L'établissement doit être en mesure de « *respecter les croyances et les convictions des*

⁵² G. VINDT. Que disait vraiment la loi de 1905 qui a instauré la laïcité ? *Alternatives Economiques*, Octobre 2016, n°361, pp 94-95.

⁵³ Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat [en ligne]. *Legifrance.gouv* [consulté le 25 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2UhtigT>

⁵⁴ J.P CHOURY, D. GRIMAUD. La Laïcité dans les établissements de santé. *Adsp*, Juin 2016, n°95, pp 5-10.

⁵⁵ M.O SAFON. Les réformes hospitalières en France. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé* [en ligne]. Octobre 2019. [Consulté le 29 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/33KOUWh>

⁵⁶J. P CHOURY, D. GRIMAUD Op.Cit

⁵⁷ C.G RUCHE. La diversité et la laïcité. *Soins cadre*. Supplément n° 106, pp14-16

⁵⁸ Ibid

*personnes accueillies*⁵⁹ ». Cet item a été réaffirmé à la rédaction, en 2011, de la circulaire relative à la charte des aumôneries dans les établissements. Ces droits doivent être compatibles avec le bon fonctionnement du service. Ils « *s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit.*⁶⁰ ». Vous trouverez en annexe, la charte de la laïcité dans les établissements publics⁶¹.

En somme, ce principe de laïcité est à mettre en exergue avec celui de « *diversité ethnoculturelle*⁶² ». En effet, celui-ci caractérise parfaitement les enjeux de la relation entre l'IPDE et les familles aux cultures variées. Cette notion reflète la complexité de la culture, elle sous-entend : langues, rites, croyances, religions, traditions, coutumes, liens de parenté, morale, vie, mort, maladie... La laïcité est un principe moral fondateur permettant de mettre à distance les préjugés et représentations d'une culture vis-à-vis d'une autre. Elle bannit le concept d'ethnocentricité pour laisser une place à chaque culture.

Nous venons de définir la culture, puis l'avons envisagé au regard du principe de laïcité. Ainsi, ces notions dessinent le socle du travail de recherche, vis-à-vis de la culture familiale, dans le contexte hospitalier. La dernière sous partie de ce cadre contextuel, sera dédiée à l'identification des enjeux psychologiques de ces maternités et parentalités en situation d'exil. Nous allons voir que la culture occupe une place indispensable dans cette naissance à la fonction parentale.

2.3.3 Maternité, parentalité en Exil

*Parce que naître à la parentalité n'est pas une maladie, mais une affaire de société, qu'elle a à voir avec les us et coutumes, les croyances, les cultures du milieu socio-économique des petits de l'humain, il appartient à notre conscience citoyenne de participer activement à l'aménagement d'un berceau culturel qui soit respectueux des besoins fondamentaux des bébés et de ceux qui les engendrent.*⁶³

La maternité est une période de vie marquante dans la vie d'une femme et d'un couple. La future mère connaît des changements hormonaux, physiologiques, mais est également sujette à des

⁵⁹Ibid

⁶⁰ C.KINTZLER. *Penser la laïcité*. Paris : Minerve 2014.

⁶¹ ANNEXE II

⁶² S. YAKOUB. La diversité ethnoculturelle en milieu de santé. *Soins cadre*. Supplément n°106, pp 11-13

⁶³ N. ALOTH DIJON. Bébés et cultures : *Berceaux, berceuses. D'un soin de groupe, « les berceuse » au portage de la doula*. Editions érès. Toulouse : 2008 (280 pages)

bouleversements psychiques. M. Bydlowski parle de « *transparence psychique*⁶⁴ », une période de grande vulnérabilité durant laquelle, la future mère est psychiquement déstabilisée, à nu. Elle revit d'anciens conflits, se remémore son enfance, laisse son inconscient s'exprimer. Cette période dessine les interrogations de la filiation maternelle et, par son intermédiaire, celle du futur enfant. « *L'arrivée d'un enfant vient symboliser le cycle de l'existence et la place de chacun.* »⁶⁵ Les futurs parents vont inconsciemment penser l'inscription transgénérationnelle de leur enfant. Michel Dugnat écrivait d'ailleurs : « *nos bouilleurs de cru de parents ont tenté à leur façon unique et singulière, d'extraire la part des anges de leur histoire et de nous la transmettre.* »⁶⁶

Les familles en situation de migration ou d'expatriation sont dans un cadre culturel auquel elles ne s'identifient pas. Cet aspect, parfois majoré par de la solitude, de l'insécurité, accentue la vulnérabilité psychique liée à la grossesse. Marie-Rose Moro et Hawa Camara parlent de rupture de « *l'enveloppe contenant* ». La rupture est « *culturelle à la suite de la migration* » et « *corporelle du fait des modifications physiques de la grossesse*⁶⁷. » En quittant leur pays, ces couples ne bénéficient pas de la « *reconnaissance sociale du groupe [...] et des faveurs que cela engendre*⁶⁸ ». Le groupe, au lieu d'être rassurant et soutenant, les met en exergue, les marginalise.

En période post-partum, les cultures attribuent des rôles différents au cercle familial. Certaines cultures non occidentales imposent à la mère une période de quarantaine après l'accouchement de trente à quarante jours. Ce temps permet à la parturiente de se reposer. Le groupe prend le relais des tâches domestiques et porte la nouvelle mère dans son rôle naissant. Le père occupe alors une place « *périphérique* ». Les sociétés modernes occidentales prônent

⁶⁴ M. BYDLOWSKI. Le roc de la maternité : la transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes* n°32. 1991, pp135-42.

⁶⁵ H. CAMARA, M.R MORO. Attendre, accueil et faire grandir son bébé, entre ici et là-bas. *Sages-femmes*. Janvier-Février 2020, n°1, pp 25-27.

⁶⁶ M.DUGNAT, N. DIJON, M. ANDRE, et al. *Bébé et cultures* Editions érès. Toulouse : 2008 (280 pages)

⁶⁷ Ibid (page 179)

⁶⁸ Ibid (page 179)

un modèle très différent. Le couple a une grande importance. Le père occupe une place impliquée dans la naissance. Il soutient sa femme⁶⁹.

En situation migratoire, tout est question de trouver la juste place de chacun. Le groupe social qui apporte connaissances ethniques, reconnaissance sociale et qui porte le couple vers la parentalité, peut manquer. Les mères et les pères déracinés peuvent se sentir perdus, dépassés, incompetents. Dépossédés de leur « *enveloppe culturelle* », dans un milieu de soins prépondérant et face à leur nouveau-né prématuré, ces parents immigrés ou expatriés doivent faire l'objet d'un accompagnement bienveillant et soutenant. Marie-Aimée Hays et Christine Millet écrivaient : « *l'hospitalisation pendant de longues semaines, dans un univers adapté pour répondre aussi bien que possible aux besoins du développement somatique et d'une bonne santé, pourrait évoquer une culture hors sol.* »⁷⁰

Il est du rôle de la puéricultrice de prendre en considération la singularité ethnoculturelle de chaque famille, afin de les guider à travers le développement de leurs compétences parentales. L'équipe soignante accompagne et porte ces nouveaux parents un peu déboussolés dans ce long périple qu'est la prématurité.

2.4 Conclusion du cadre contextuel

Nous avons, grâce aux recherches évoquées tout au long de ce cadre contextuel, répertorié l'ensemble des notions fondamentales pour comprendre le sujet de l'intégration de la culture familiale en néonatalogie. Ainsi, nous avons dans une première partie, relaté les données épidémiologiques de la prématurité. Nous avons vu que certains facteurs, en lien avec l'immigration ou l'expatriation, peuvent majorer le risque de MAP. Nous avons ensuite élaboré nos recherches pour définir la prématurité, comprendre les tenants et les aboutissants de cette condition. Enfin, pour conclure la première partie de la revue de littérature, nous nous sommes intéressés à une prise en soin de l'enfant prématuré, respectueuse de ses multiples immaturités,

⁶⁹ B. GOGUIKIAN, A. SHARPOVAC, C. PEREIRA, et al. ACCUEILLIR SON BÉBÉ LOIN DES SIENS Dépistage précoce de la dépression du post-partum chez les mères migrantes. *L'autre*, 2016, volume 17, n°1, pp 80-90.

⁷⁰ M.A HAYS, C. MILLET. Bébé et culture. *La culture des bébés en néonatalogie : un groupe parents-bébés « paroles et chansons » pour aborder le traumatisme*. Editions érès. Toulouse : 2008 (280 pages)

et des étapes de développement. Nous avons identifié les soins de développement comme novateurs et source d'intégration et d'investissement familial.

Dans la deuxième partie, nous avons concentré nos recherches autour de l'IPDE. Nous avons décrit son environnement et l'avons défini comme un outil de la prise en soins des prématurés. Nous avons vu que la puéricultrice détenait des compétences spécifiques dans la gestion des ressources de son environnement. Puis, nous avons détaillé le rôle de cette dernière. Nous avons pu mettre en perspective deux domaines de compétences essentiels et interdépendants : la technique et l'humain. Enfin, nous avons précisé la façon dont la professionnelle accompagne les familles vers la parentalité. Elle guide les pères et les mères dans leur rôle de « *primary caregiver* », et s'affranchit de sa toute-puissance soignante. Elle se veut médiatrice et facilite la rencontre entre les parents et l'enfant prématuré.

La troisième et dernière partie de notre cadre contextuel a établi avec exhaustivité la polysémie du terme culture. Nous avons vu qu'il renvoyait à de nombreuses résonnances et était le propre de l'Homme. Nous avons pu ensuite développer en lien avec cette notion de culture, la laïcité dans les établissements de santé. Nos recherches ont montré qu'elle est étroitement liée à l'histoire de France et qu'elle s'appuie aujourd'hui sur des textes officiels. La laïcité est un principe fondateur de la république. A ce titre, elle s'applique dans les hôpitaux et bannit l'ethnocentricité réductrice. Enfin, nous avons essayé de décrire le vécu de ces familles en exil, afin de comprendre la manière dont les soignants ajustent leurs pratiques à ces dernières.

Marie-Rose Moro et Rahmeth Radjack formulaient, de manière plutôt acerbe, leur opinion vis-à-vis des propositions de soins pour ces familles en situation transculturelle :

Au nom d'une universalité vide et d'une éthique réductionniste et abstraite, nous n'intégrons pas ou pas assez ces logiques complexes, qu'elles soient sociales ou culturelles dans nos dispositifs de prévention et de soins, dans nos manières de penser et de faire. Nous nous interrogeons rarement sur la dimension culturelle de la parentalité mais surtout, nous ne considérons pas que ces modalités variées sont utiles pour établir une alliance, comprendre, prévenir, soigner.⁷¹

⁷¹ M.R MORO, R. RADJACK. Devenir parents, faire famille en situation transculturelle. *Sud/Nord*, 2019, n°18, pp 173 à 182

Bien que troublants, ces propos amènent un questionnement bien d'actualité. Nous avons vu que les compétences de la puéricultrices tant humaines que théoriques accompagnaient les familles d'enfant prématurés dans leurs construction affective. Nous avons démontré l'aspect individuel de ces accompagnements à la parentalité.

Néanmoins, intégrons-nous assez le patrimoine culturel et familial des parents en néonatalogie ? Comment les professionnels accompagnent ces familles ? Comment s'adaptent-ils à la différence ? Ont-ils développé des compétences spécifiques ? Ces compétences nouvelles, font-elles une différence notoire dans l'accompagnement à la parentalité ?

Afin d'aller plus loin dans nos réflexions, nous nous appuierons sur **la question de recherche provisoire** suivante :

Comment les soins de développement en néonatalogie permettent-ils un accompagnement à la parentalité dans un contexte transculturel ?

PARTIE III : Cadre conceptuel

Afin de répondre à cette question de recherche provisoire ainsi qu'aux propos de mesdames M.R Moro et R. Radjack, il paraît nécessaire d'approfondir deux concepts fondamentaux : celui de la parentalité en contexte de transculturalité, ainsi que celui des soins de développement. En somme, nous envisagerons l'accompagnement à une parentalité déracinée en orientant nos investigations autour des soins de développement, socle théorique de la prise en charge des prématurés en néonatalogie.

3.1 La parentalité dans un contexte de transculturalité

« *La parentalité est une part de rêve, un abîme insondable aussi où l'intime et le collectif s'entremêlent.* ⁷²»

3.1.1 Bébés et culture du désir

Partons d'un postulat, une opinion de sens commun. M.R Moro écrivait dans son ouvrage : « *L'art de faire naître de beaux enfants est universel : partout, on cherche à avoir des enfants beaux, en bonne santé et bien à leur place.* ⁷³ » En anthropologie, on appelle cela la « *callipédie* ». Cet art de faire de beaux enfants est universel bien qu'il emprunte des chemins différents. Ici, la femme enceinte fait connaître ses moindres désirs : une envie de crème glacée en pleine nuit, des fraises en janvier... L'entourage est aux petits soins, le père est encouragé à poser ses mains sur le ventre arrondi de sa compagne, à parler au bébé. Ailleurs, les femmes cachent leur grossesse des regards envieus, sont attentives aux signes extérieurs qui pourraient être de bons ou de mauvais présages, s'appuient sur le savoir des chamanes et guérisseurs. La fabrique de nos enfants poursuit un rêve commun, c'est une quête idéaliste. « *Ici et ailleurs* », nous désirons de beaux enfants.

⁷² M.R MORO. *Aimer ses enfants ici et ailleurs : histoires transculturelles*. Odile Jacob, Février 2007. 15 rue Soufflot, 75005 Paris. (Page 107)

⁷³ Ibid. (page 17)

La notion de désir est intéressante à questionner. Elle est un fondement essentiel à la naissance de la parentalité. Elle est à l'origine même de la procréation.

En occident, depuis la loi de 1975 portée par Simone Veil et légalisant l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, l'émancipation de la femme n'a eu de cesse de s'accroître. L'occident a développé sa médecine autour du contrôle de la procréation. Ainsi, la question de faire un enfant relève de l'intimité du couple. « *L'impératif de reproduction s'est évanoui en tant qu'impératif social.*⁷⁴ » De même que les hommes et les femmes ont accès à une multitude d'options contraceptives, la médecine peut soutenir certains couples en difficulté. La PMA s'est développée, tant par ses techniques opérationnelles que par son cadre législatif. Les pays occidentaux proposent différents cadres d'application de la PMA. La France est notamment en mouvance vis-à-vis de ce sujet. En effet, le sénat a adopté en deuxième lecture, dans la nuit du 31 Juillet au 1^{er} Août 2020, la loi de la PMA pour toutes. Cette loi de bioéthique vient compléter les textes existants et permettra à terme un accès au parcours PMA pour les femmes seules et pour les couples lesbiennes.

La question du désir d'enfant est d'autant plus complexe. Elle interroge également la question du « *non-désir d'enfants* », soulevée par Geneviève Serre. Le désir de grossesse, le désir d'enfant pourrait être envisagé comme un processus naturel, un accomplissement de la femme, l'évolution logique d'un couple vers une famille. Pourtant, l'évolution sociétale propose une nouvelle interprétation, un changement de paradigme. Et s'il n'était plus nécessaire d'enfanter pour s'accomplir ?

La procréation en occident est devenue un choix. La pression sociétale autour de cette thématique s'est estompée. Aujourd'hui, désirer un enfant est certes pétri de normes, de représentations, de stéréotypes : « *le désir d'enfant [...] conditionne le bonheur et l'avenir des enfants sans parler de celui de la femme elle-même*⁷⁵. » En outre, d'autres influences ont modifié ce cheminement. Les femmes se sont émancipées et s'accomplissent de diverses manières. La maternité n'est plus une condition invariable à la féminité, à la reconnaissance et au bonheur. « *La famille n'est plus une institution normée et normative, mais simplement un contenant provisoire, un cocon, un havre qu'on espère de paix et de relations affectives*

⁷⁴ Ibid (page 20)

⁷⁵ Ibid (page 25)

*partagées.*⁷⁶ » Désirer un enfant relève maintenant de l'intime. Les couples, les femmes se libèrent de la pression du groupe. En somme, en occident les enfants sont rêvés, imaginés, ils sont profondément désirés.

Ailleurs, « *les femmes non occidentales, parce qu'elles sont pétries d'autres mythologies et d'autres images sur la condition infantine ou la fonction de la femme, de la mère ou de la famille, mettent nécessairement en scène d'autres scénarios [...] 77* ». Le désir d'enfant n'est pas une condition nécessaire à la procréation. Parfois, la logique s'inverse « [...] *le désir vient de l'enfant comme le disent certaines femmes dans d'autres régions du monde et non de la mère [...] 78* ». En ce sens, certaines cultures portent des croyances faisant intervenir un monde invisible dans la conception. Chez les Mossi d'Afrique de l'Ouest, les ancêtres ou les génies interviennent dans la procréation. De même, « *chez les Baruya, peuple de Nouvelle-Guinée, les enfants sont, comme partout, engendrés par un homme et une femme, mais avec l'intervention inévitable du soleil [...] 79* ». Ces deux exemples témoignent de représentations tout à fait singulières. Fabriquer des enfants revêt un aspect mystique qui transcende les générations. Le processus psychologique qui accompagne les femmes et les couples vers la conception est tout autre. La notion de désir n'est pas évidente et surtout pas nécessaire à la maternité. Façonner un nouveau-né n'est pas seulement intime, cela requiert l'intervention du collectif, visible et/ou invisible.

Si le désir ou le non-désir d'enfant est une norme en occident, cela ne l'est donc pas forcément ailleurs : « *le désir d'enfant tel qu'on l'exprime en occident n'est qu'une forme singulière, contextualisée, une forme possible parmi d'autres.*⁸⁰ » Ainsi, il pourrait s'agir d'une norme culturelle. Nous sommes formatés à s'y référer, pourtant elle peut mettre à mal les familles déracinées qui ne se reconnaissent pas dans cet apanage occidental.

⁷⁶ Ibid (page 28)

⁷⁷ Ibid (page 26)

⁷⁸ Ibid (page 21)

⁷⁹ Ibid (page 19)

⁸⁰ Ibid (page 27)

3.1.2 De la parenté à la parentalité

Nous avons vu que le désir d'enfant s'imposait en occident sans être une condition invariable dans la quête callipédique universelle. Cela doit s'inscrire dans l'accompagnement de ces familles issues d'autres cultures, où l'enfant n'est pas forcément désiré, mais toujours aimé. La contextualisation est primordiale, se figurer que notre norme n'est pas la leur : *« ignorer cette altérité, c'est non seulement se priver de l'aspect créatif de la rencontre, c'est aussi prendre le risque que les femmes ne s'inscrivent pas dans notre système de prévention et de soins, les contraindre à une grande solitude.⁸¹ »*

Une naissance suffit à la parenté, à la filiation. Il est aisé de concevoir un enfant, au sens biologique, l'exception étant faite des parcours PMA. Engendrer un fils ou une fille permet de poursuivre la filiation, d'ajouter une branche à l'arbre généalogique. L'enfant s'inscrit dans la lignée familiale transgénérationnelle et acquiert un statut de descendant. Nonobstant, elle ne suffit pas à la construction de la parentalité.

Envisager la parentalité aujourd'hui suppose d'accepter que ce phénomène humain comporte l'intrication d'éléments biologiques, psychologiques et culturels. C'est une notion qui contient un paradoxe, puisqu'elle est à la fois naturelle sur le plan biologique et du point de vue de l'organisation sociale, mais aussi extrêmement complexe sur les plans psychique et culturel. Il s'agit, au fond, d'un processus transgénérationnel à l'origine de l'être humain.⁸²

Quelle définition pouvons-nous attribuer à ce concept de parentalité ? Comment rendre compte de la complexité de ce lien ?

Ce serait un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de

⁸¹ M.R MORO. Op.Cit (page 90)

⁸²L.SOLIS-PONTON. Sur la notion de parentalité développée par Serge Lebovici. *ERES : Spirale [en ligne]*. 2001/1 no 17 | pages 135 à 141. [Consulté le 01/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3hYOKQN>

*l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant.*⁸³

Devenir parent est un processus dynamique, le fil rouge d'une vie. Il commence là même où le fantasme naît. De nombreux ingrédients sont indispensables à la fabrication de parents. « Certains sont collectifs [...] ceux-là sont historiques, juridiques, sociaux et culturels [...]. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients [...]. Et puis, il est une autre série de facteurs qui appartiennent à l'enfant lui-même qui transforme ses géniteurs en parents.⁸⁴ »

Cette parentalité est donc façonnée par des facteurs d'influence collectifs, les aspirations et expériences individuelles, mais elle fait également intervenir l'interaction parent/enfant. Le bébé n'est pas une figure passive du processus. Il en est un acteur essentiel. La prématurité est un obstacle notoire à la « parentisation » par l'enfant de ses parents. Thomas Berry Brazelton disait : « Madame, quand vous portez votre enfant dans les bras, il fait de vous une mère en dix minutes. »

« Le devenir père ou mère confronte aux ressources narcissiques propres⁸⁵ » En outre, la prématurité de l'enfant met à mal cette projection narcissique de l'adulte. Des sentiments ambivalents peuvent émerger et mettre en péril la construction parentale. « Un bébé apathique est un bébé moins gratifiant, qui exige plus d'efforts de la part des parents déjà mis à mal narcissiquement.⁸⁶ » L'enfant prématuré a besoin de ressources très énergivores pour entrer en contact avec ses parents. Son immaturité, sa fragilité, peuvent faire de lui un petit être qui semble inaccessible.

Cette émergence du maternel et du paternel à travers les compétences de l'enfant est un élément clé de l'accompagnement à la parentalité. La prématurité est certes un facteur de vulnérabilité. Malgré tout, le bébé conserve des compétences de « parentisation » qu'il est bon de mettre en perspective.

⁸³ COMITE NATIONAL DE SOUTIEN A LA PARENTALITE. *Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité du 10 novembre 2011* [en ligne]. Consulté le 01/08/2020. Disponible sur internet : <https://bit.ly/39Q6ZFK>

⁸⁴ M.R MORO. Op.Cit. (Page 88)

⁸⁵ A. RAVIER ; J.L PEDINIELLI. *Prématurité et parentalité*. Enfance & psy [en ligne]. 2015/1 N° 65 | pages 145 à 157. [Consulté le 3/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3idGeOf>

⁸⁶ Ibid (page6)

L'héliocentrisme de l'enfant, précieux en occident, n'a pas toujours été la règle. Son statut a évolué avec l'histoire et la société. Il a été symbole d'alliance et de pouvoir. On présentait l'enfant au père dès la naissance, qui le reconnaissait ou l'exposait⁸⁷. L'enfant né était considéré comme fragile, chétif, sa survie était incertaine. Avec son « *corps mou* », « *son crâne inachevé* », ses « *jambes recroquevillées* », le bébé est « *peu attirant* », « *il ressemble trop à un petit animal*⁸⁸ ». Par peur qu'il ne poursuive pas son développement et ne devienne pas adulte, on le manipule, on l'emmailote, on le nourrit selon les normes de l'époque. L'aspect physique de l'enfant n'est pas seul à être dénoncé. Leur caractère « *futile* », « *déraisonnable* », « *impulsif* » ou « *capricieux* » est également montré du doigt. C'est à l'évolution sociétale occidentale que l'on doit l'individualisation et la valorisation du nouveau-né. On en observe les prémices avec la publication en 1762 de L'Emile ou de l'éducation de J.J Rousseau. Avec cet ouvrage, « *Rousseau montre d'une façon très convaincante que, dès la naissance, le petit enfant est beau et bon.*⁸⁹ » Les enfants, jusqu'alors confiés aux nourrices, occupent une place centrale dans la famille, auprès de leurs parents. Le nombre de naissances et la mortalité infantile vont de pair décroître. C'est l'émergence de la préoccupation de la place et du bien-être de l'enfant dans la constellation familiale.

Si la parentalité est un corolaire indissociable du lien parent/enfant, elle n'en est pas moins plurielle. L'occident a une histoire singulière en matière de considération du statut infantile. Ailleurs, toutes les représentations sont envisageables. Lorsque ces parents d'ailleurs enfantent, ils emportent avec eux un bagage culturel conséquent. C'est en composant avec le collectif, l'individuel et l'enfant que l'on devient parent. C'est un parcours du combattant qui demande patience, ajustement et travail. « *Il n'y a plus de structure transcendante, plus d'ordre sacré, plus de norme garante d'une prétendue bonne santé des enfants ; ne reste plus que la nécessité absolue de chercher des points fixes à l'intérieur des structures du quotidien et de soi et de les penser sans préjugés.*⁹⁰ ».

⁸⁷ L.SOLIS-PONTON. Op.Cit. (Page 6)

⁸⁸ M.DUGNAT, N. ALOTH DIJON, M. ANDRE. Op.Cit (page27)

⁸⁹ M.DUGNAT, N. ALOTH DIJON, M. ANDRE. Op.Cit (page 32)

⁹⁰ M.R MORO. Op.Cit (page 125)

A cela, s'ajoute le challenge de « *l'idéologie hypermoderne*⁹¹ » et de son impact sur la parentalité. En occident, on assiste à la valorisation de « *l'individualisme* » et de la « *réalisation de soi* ». L'impact sur la parentalité est profond. La conception, l'attente, puis l'accueil de l'enfant sont des périodes de grande vulnérabilité pour les futurs parents. Ces phases de transparence psychique appellent un portage émotionnel groupal. En outre, avec l'hypermodernisation sociétale, on observe un isolement des individus, un soutien familial fragile ou inexistant et une véritable fragilisation parentale face à « *l'injonction de devenir autonomes*⁹² ». A l'arrivée d'un enfant, les parents doivent réaliser un travail de « *contenance physique et psychique*⁹³ » de leur nouveau-né. Ils mettent en jeu la « *préoccupation parentale primaire* »,aturent leurs pensées de la satisfaction des besoins de leur bébé. La mère, pour accomplir son rôle, fait intervenir la constellation de personnes ressources qui l'entourent dans cet accès à la maternité. Le père qui joue un rôle de « *couverture psychique nécessaire*⁹⁴ », chapote la rencontre entre la mère et l'enfant et assure la sécurité de cette nouvelle triade. Celui-ci s'appuie de même sur sa filiation, sur le groupe pour assurer son équilibre physique et psychique.

En somme, il n'existe pas une recette sacrée pour accéder à la parentalité. D'ailleurs, on parle de parentalités plurielles. « *Ici et ailleurs* », nous ne sommes pas les mêmes parents. Certains facteurs sont néanmoins des invariables : l'influence collective, les représentations intimes, et l'interaction avec l'enfant.

La construction parentale est une co-construction qui, amputée du groupe soutien, s'avère bancale. L'hypermodernisation de la société ou le déracinement lié à la migration sont deux situations que l'on pourrait juxtaposer. L'isolement qui en résulte plonge les parents en devenir dans un état d'incompréhension et de détresses qui fragilise leur réalisation.

⁹¹ D. VENNAT, D. PANAGIOTOU, D. MELLIER. *Idéologies hypermodernes, quels enjeux dans la construction de la parentalité ?* Bulletin de psychologie [en ligne]. 2018/4 Numéro 556 | pages 749 à 757 [consulté le 02/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3gndcem>

⁹² Ibid (page 1)

⁹³ Ibid (page 4)

⁹⁴ D.W WINNICOTT

3.1.3 Berceau culturel

Précédemment, nous avons défini la notion de culture du désir à l'occidentale. Les enfants d'ici sont rares et précieux et ceux venant d'ailleurs, parfois nombreux, le sont tout autant. Il n'existe pas une façon d'être parent. Il en existe de nombreuses. Certaines sont proches de nos propres conceptions de la parentalité. D'autres s'en éloignent grandement, nous bouleversent dans nos représentations paradigmatiques et idéalistes. « *Un enfant a besoin de parents, d'une famille, la sienne, pas celle des autres érigée en norme universelle.* »⁹⁵

L'accession à la parentalité est conditionnée par la création d'un lien d'attachement indéfectible. Michel Dugnat reprend dans son ouvrage Bébé et cultures les propos de D.W Winnicott. Ce dernier publiait, en 1988, son travail de psychanalyse pédiatrique : Home is where we start from. Cette expression anglaise, reprise mainte fois, fait référence à nos origines. Sa traduction fidèle en français n'est pas aisée. M. Dugnat propose « *c'est de la maison que nous partons* »⁹⁶. En ce sens, chacun possède un « *lieu de réserve* »⁹⁷, un lieu psychique intrinsèque permettant à chacun d'accumuler ses expériences et sa culture. « *Ce lieu ne peut exister que si une place lui a déjà été déterminée dans l'histoire de la famille et de l'enfant.* »⁹⁸ Ainsi, le lien d'attachement si important au développement du nourrisson, est teinté des douces couleurs culturelles et expérientielles de sa famille.

La culture, commune, singulière, intime ou partagée permet à l'individu de construire son identité, d'occuper une place qui est sienne, en adéquation contextuelle. Le nouveau-né porte à la naissance cette enveloppe culturelle rassurante, enveloppante. Elle est façonnée par la transmission parentale et environnementale. Elle est transgénérationnelle et foncièrement unique. Sa perte ou son altération ne peuvent être compensées. M. Dugnat évoque les phénomènes modernes de « *déculturation* » et « *d'acculturation* ». Le premier terme caractérise l'oubli, la perte et le délitement de notre enveloppe culturelle. L'évolution sociétale et environnementale engendre des mouvements de biens, de connaissances et de population. Cette mouvance sépare les groupes d'appartenance les uns des autres, isole et finalement estompe la culture originelle. Les hommes et les femmes déboussolés perdent le lien les unissant à ce « *lieu*

⁹⁵ M.R MORO. Op.Cit (page 77)

⁹⁶ M.DUGNAT, N. ALOTH DIJON, M. ANDRE Op.Cit. (Page11)

⁹⁷ D.W WINNICOTT

⁹⁸ M.DUGNAT, N. ALOTH DIJON, M. ANDRE Op.Cit. (Page11)

de réserve ». « *Home* » perdrait-il son essence ? Ne serait-il pas en passe de s'inscrire comme une notion abstraite, floue et oubliée ?

« *L'acculturation* » propose une approche pertinente des accumulations et chevauchements de cultures. C'est la rencontre de plusieurs cultures qui rend possible un tel phénomène. Ces populations déplacées découvrent la culture d'accueil, l'adoptent partiellement. Mais serait-ce au détriment de la leur ? Certains aspects sont conservés, d'autres rejetés, d'autres encore ajoutés. On assiste à l'émergence de cultures en mosaïque, belles, colorées et diversifiées mais parfois lacunaires.

Nous devons le terme de « *transculturalité* » à l'anthropologue et ethnologue Fernando Ortiz Fernández. Le préfixe latin « *trans* » juxtaposé au terme de la culture propose une approche en mouvement de cette dernière : aller au-delà, traverser, transcender. Alain Pichon, directeur de l'institut Transcultural à Paris propose une explication de ce concept central :

Le concept de transculturalité doit être clairement distingué du concept d'interculturalité. Le transculturel se réfère à l'universel, il implique la possibilité d'arriver à un point de vue commun, renouvelant la connaissance anthropologique à partir d'une prise en compte réciproque de la rencontre de points de vue culturels différents dans la vision, la représentation, la conceptualisation, la modélisation du monde comme réalité.⁹⁹

Finalement, cette citation permet une interprétation nouvelle de la famille en contexte de transculturalité. Elle suppose que la culture de l'un et de l'autre n'est ni abolie ni remplacée, mais qu'elles ont su se rendre complémentaires. A. Pichon introduit l'idée de « *connaissance réciproque¹⁰⁰* ». « *Ici et ailleurs* », selon l'expression de Marie Rose Moro, nous connaissons suffisamment autrui pour faire de cette altérité une force. L'acceptation et la connaissance réciproque des cultures de l'humanité ne serait que l'accumulation de valeurs ajoutées.

Si ce concept de transculturalité me paraît idéaliste, considérant la détresse et l'incompréhension dans laquelle sont plongées les familles déracinées, celui de d'interculturalité me semble plus approprié. Car, lorsque deux cultures se rencontrent, elles se jaugent, se comparent, sans pouvoir

⁹⁹ A. PICHON. *Stratégies transculturelles pour un monde multipolaire*. Alliage [en ligne]. N°55-56 - Mars 2004. [Consulté le 3/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2PI95Dy>

¹⁰⁰ Ibid (page 2)

se détacher du prisme culturel qui est le leur. Cela entraîne des phénomènes de « *dyslecture* ¹⁰¹», des malentendus. Avec le préfixe « *inter* », la culture prend une dimension plus hachurée. Sa délimitation reste floue. Les cultures s'entremêlent, se juxtaposent, s'interposent et sont responsables de ces « *dyslectures* » des uns et des autres.

« Ainsi dans la fable où la grenouille essaie d'expliquer les choses terrestres à son ami le poisson qui ne peut pas quitter l'eau. Le poisson considère alors l'oiseau comme une sorte de poisson volant et rien de plus. Le même poisson perçoit une charrette comme un poisson avec quatre roues qui lui sortent du ventre¹⁰². »

Lorsque M.R Moro évoque le « *berceau culturel* » dans lequel l'enfant sera accueilli, elle considère avec réalisme la complexité et la discontinuité du bagage culturel de chacun.

La manière dont on pense les enfants, dont on se prépare à les accueillir, à les aimer, à les protéger, à les éduquer, à se séparer d'eux est profondément culturelle et donc collective. Ce berceau culturel est profondément ancré à l'intérieur de nous et, dans un même temps, nous différencie les uns des autres, d'un groupe culturel à l'autre. Pourtant, à l'intérieur d'un groupe, cela nous semble profondément naturel et évident, comme s'il n'y avait qu'une seule manière de faire.¹⁰³

La période périnatale est un moment de grande vulnérabilité pour les parents. L'exil, la migration, exacerbent la « *transparence psychique* » des futurs parents. On assiste à une « *reviviscence des conflits et l'expression des émotions¹⁰⁴* » ainsi qu'à une attention focalisée sur les « *représentations culturelles, [...] manières de faire et de dire propres à chaque culture.¹⁰⁵* ». Cette hypersensibilité, cette « *transparence culturelle¹⁰⁶* », réactive la dimension patrimoniale en chacun de nous pourtant éteinte jusqu'alors. Elle joue un rôle primordial et soutient la création d'une place pour cet enfant à naître. Ce berceau contient une langue, des rites, un groupe, une filiation, une affiliation, des odeurs, des goûts, des habits... Il est rassurant, contenant et soutient la famille dans cette rencontre déstabilisante.

¹⁰¹ Y. DAIYUN, A. LE PICHON, U.ECO et al. *La licorne et le dragon : les malentendus dans la recherche de l'universel*. Presse universitaire de Pékin. Edition Charles Léopold Mayer. Paris, 2003.

¹⁰² Ibid (page 18)

¹⁰³ M.R MORO. *Leçons apprises de la diversité culturelle et de l'anthropologie pour bien s'occuper de tous les bébés et de leurs parents*. L'autre [en ligne]. 2019/3 Volume 20 | pages 240 à 251 [consulté le 4/08/2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/33n15dt>

¹⁰⁴ M.R MORO. Op.Cit (page 91)

¹⁰⁵ Ibid

¹⁰⁶ Ibid

Le groupe d'appartenance est garant du berceau ; il est « *un noyau de sens*¹⁰⁷ ». Nous comprenons somme toute, que la notion de culture partagée est rassurante. Le groupe social enveloppe les futurs parents et les guide dans leur construction parentale. C'est donc à nous, soignants, d'accompagner ces familles d'ailleurs, de les envelopper, afin qu'ici elles puissent se sentir moins seules.

3.2 Les soins de développement

En envisageant la fonction parentale à travers le prisme de la culture, nous avons déconstruit certains stéréotypes. Se limiter à une norme universelle de ce concept est un non-sens à bannir. Penser la parentalité dans son contexte d'interculturalité, c'est regarder à travers la lunette d'un kaléidoscope, découvrir des nuances colorées, des motifs beaux et variés. C'est aussi se rendre compte qu'avant de regarder par ce petit trou, notre vision était tristement monochrome.

3.2.1 Observer le bébé prématuré pour mieux le comprendre

Serge Lebovici disait : « *Tout l'enjeu c'est de transformer les compétences de l'enfant en performances.* »

Un invariant du développement du nourrisson, prématuré ou non est l'attachement, le « *bonding* ». C'est John Bowlby qui est à l'origine de cette théorie. A l'époque, il s'intéressait aux travaux de ses contemporains, notamment à ceux de Konrad Lorenz un éthologue. Celui-ci développe le « *concept d'empreinte*¹⁰⁸ ». Il s'agit d'un attachement instantané de l'oisillon lors de son l'éclosion, au « *premier individu sur lequel il pose son regard.*¹⁰⁹ » Bien que simpliste, cette théorie est une véritable source d'inspiration et les prémices de travaux qui transcenderont les époques.

¹⁰⁷ Ibid (page 92)

¹⁰⁸ R DUGRAVIER, A.S BARBEY-MINTZ. *Origines et concepts de la théorie de l'attachement*. *Enfances & Psy* [en ligne] .2015/2 (N° 66), p. 14-22 [Consulté le 3/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/39ObBvI>

¹⁰⁹ Ibid

Pour J. Bowlby, le bébé naît avec des capacités innées ; il est prédisposé à s'attacher. Ce lien est un besoin primaire pour l'enfant. Ses « *figures d'attachement* » se distinguent grâce à la répétition rassurante d'interactions positives, prévisibles, sécurisantes et réciproques. Cette relation privilégiée permet l'émergence du concept de « *caregiver* ». L'individu en question répond à trois critères : « *il s'agit d'une personne prenant soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, ayant une présence importante et régulière dans sa vie et l'investissant émotionnellement.* ¹¹⁰ » Le parent entre donc, dès la naissance, dans un rôle de « *dispensateur de soins* ». Il apprend à répondre de manière adéquate à l'ensemble de ses besoins physiologiques et affectifs.

Si les parents d'un enfant né à terme ont eu le temps de se projeter dans ce nouveau rôle, ce n'est pas forcément le cas des parents d'un nouveau-né prématuré. Le troisième trimestre de la grossesse permet à la mère et au père de considérer l'enfant à naître comme un être à part entière. Lorsque la grossesse prend fin prématurément, les parents sont sidérés dans leur processus psychique « *d'individuation* ¹¹¹ » du bébé.

La naissance prématurée met à mal la rencontre entre les parents et l'enfant. Ce bébé réel renvoie une image angoissante, tant elle est éloignée de celle du bébé fantasmé. Son immaturité est manifeste. Un nourrisson à terme sourira, fixera, tètera. Il participera naturellement à « *l'interaction réciproque* » et au « *bonding* ». L'enfant prématuré initiera avec difficultés cette interaction indispensable à l'investissement parental. La puéricultrice est un catalyseur de la relation, son rôle est de permettre la rencontre entre le bébé et ces parents sidérés.

L'observation est à l'origine de théories et d'outils centrés sur l'accompagnement de ces enfants ainsi que de leur famille. Esther Bick proposait, dès 1963, une observation psychanalytique du développement du bébé dans sa famille. Plus tard, en 1973, Thomas Berry Brazelton insiste sur l'importance de la compréhension des comportements du nouveau-né pour le « *développement de l'attachement et l'émergence de l'intersubjectivité.* ¹¹² » La naissance prématurée d'un enfant

¹¹⁰ Ibid

¹¹¹ A. RAVIER ; J.L PEDINIELLI. Op.Cit (page 4)

¹¹² J. SIZUN, N BRUSCHWEILER-STERN. *L'empreinte de Brazelton sur le monde des bébés et de leur famille.* Devenir [en ligne]. 2018/3 Vol. 30 | pages 205 à 207. [Consulté le 3/08/2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/3k8aNXi>

« *peut générer des comportements difficiles à comprendre*¹¹³ ». Afin de permettre aux professionnels médicaux et paramédicaux d'intervenir précocement sur ces incompréhensions, T.B Brazelton propose une échelle d'observation (Neonatal Behavioral Assessment Scale) en lien avec les grands principes théoriques suivants :

*Le nouveau-né est un être compétent, social et organisé dès le début de la vie.
Il interagit dans une relation dynamique et active avec son environnement physique et humain.
La période néonatale, phase fondamentale du développement de la parentalité, est le moment idéal des interventions thérapeutiques ou de soutien guidé par la lecture du comportement individuel*¹¹⁴.

Forts de ces notions novatrices, la communauté scientifique considère désormais le nouveau-né comme un être compétent et actif. « *La notion de seuil de tolérance à la stimulation a permis une toute nouvelle lecture empathique des signaux de désorganisation et en particulier des pleurs*¹¹⁵. » Les soins de développement s'appuient sur ces fondements et vont plus loin pour répondre aux besoins spécifiques des prématurés. Nous l'avons évoqué dans le cadre contextuel, ce courant théorique des soins de développement regroupe divers courants de pensée et diverses approches. Toutes ces propositions d'interventions précoces, auprès des nouveau-nés prématurés, servent un même objectif : accompagner le développement neurocomportemental harmonieux en répondant à leurs besoins spécifiques en collaboration avec la famille.

C'est Heidelise Als qui a fondé le NIDCAP à Harvard. Aujourd'hui, il s'illustre dans une vingtaine de service de néonatalogie en France. Il s'appuie sur la « *théorie synactive* » et dénonce le postulat suivant : l'environnement ex-utero propose un ensemble de stimulations nociceptives et sensorielles inadaptées aux stades de développement des prématurés. Afin de corriger ces dystimulations environnementales, les équipes des unités de néonatalogie appliquent ce programme de soins, adapté aux singularités des bébés, de leurs familles et de la prématurité. Nous avons détaillé, dans le cadre contextuel, le rôle propre de la puéricultrice ainsi que la manière dont cette dernière s'appropriait les recommandations NIDCAP. Néanmoins, l'un des outils que nous avons peu développé est celui des grilles d'observation.

¹¹³ Ibid

¹¹⁴ Ibid

¹¹⁵ Ibid

Ces observations sont réalisées par des puéricultrices formées, lors d'un soin, souvent en présence des parents. La puéricultrice reste en retrait, elle n'intervient pas, observe, note et fera un compte-rendu plus tard à la famille. L'objectif est de repérer les compétences et les signes de retrait manifestés par l'enfant. Lorsque celui-ci n'est plus en mesure de réguler la stimulation qui lui est proposée, il peut l'exprimer en se mettant en hyperflexion, en faisant une apnée, en palissant... L'observer c'est apprendre à décrypter les signaux, c'est apprendre à adapter les soins à ses compétences.

Grâce à cette observation, la puéricultrice est à même de proposer aux parents un guide rassurant, un tuteur de l'interaction. Ces données sont une main tendue, une manière de montrer que leur enfant est en mesure de s'exprimer. Lorsque la stimulation est adaptée et donc bénéfique à son développement, il est calme, détendu, stable sur le plan hémodynamique. C'est par exemple un bébé cocooné, en position physiologique dans son lange, maintenu en proclive par sa mère qui murmure une mélodie enfantine. Le bébé ouvre les yeux, regarde en direction de sa mère, ses paramètres sont stables, l'interaction opère. Lorsque la stimulation dépasse ses capacités de régulation, le nourrisson s'agace, fait une pause respiratoire, bradycardise... La puéricultrice est présente pour aider les parents à comprendre ce qui se passe. Elle propose son aide pour un retour au calme, en contenant l'enfant à quatre mains par exemple, en collaboration avec la famille.

Si l'attachement est un besoin primaire de l'enfant, il peut devenir un véritable challenge dans le contexte de la prématurité. Les parents sidérés, apeurés, éprouvent des difficultés à interagir et à investir ce bébé, si loin de celui rêvé. Grâce à l'observation des nouveau-nés, les philosophies de soins ont évoluées pour coller aux besoins singuliers des prématurés. En observant et en proposant une interprétation jusqu'alors opaque des signes du bébé, la puéricultrice se pose en interprète et rend possible le « *bonding* ».

3.2.2 Co-construction parentale en néonatalogie par le toucher

« Une grande part des problèmes rencontrés en matière de parentalité vient de cette difficulté à laisser de la place, assez de place, pour qu'émergent les potentialités parentales.¹¹⁶ »

Observer le bébé prématuré c'est démystifier l'étrangeté, c'est l'humaniser afin de permettre à la magie du lien parent/enfant d'opérer. Grâce au NIDCAP, on regarde ces bébés singuliers, on leur permet de se révéler. L'ensemble des stratégies mises en place concourent à faire des parents les co-régulateurs de leur enfant, de fins connaisseurs de leurs habitudes, réactions, émotions. C'est comme passer un relai. Au départ, les parents sont submergés par des sentiments ambivalents à l'égard de leur nourrisson : peur, colère, honte, culpabilité. Puis, la puéricultrice propose une grille de lecture. Elle accompagne et guide les parents vers leur rôle indispensables de « *first caregiver* ». A terme, ils occupent la place la plus privilégiée auprès de leur enfant. Ils ont appris à interpréter ses gestes, ses réactions et à réagir en conséquence. Ils se sont liés au bébé, l'ont investi, se construisent en tant que parents et figure d'attachement. Le lien pour la vie est initié, la puéricultrice s'efface, sans jamais disparaître, pour donner de l'espace à cette famille en devenir.

Accompagner ces familles à travers ces événements traumatiques qui caractérisent l'hospitalisation en néonatalogie, va au-delà de l'observation. Se construire et évoluer vers la parentalité passe par la réhabilitation de la « *peau psychique*¹¹⁷ » du bébé. Cette enveloppe est constituée par les liens qui se tissent entre les parents et l'enfant. La solidité de cette peau va dépendre de : « *l'histoire personnelle de la mère, son vécu de la grossesse, du déroulement de la naissance et de la rencontre avec son bébé, du soutien de l'équipe soignante [...]*¹¹⁸ ». On imagine aisément qu'une naissance prématurée, qui plus est en situation d'interculturalité, peut être fort déstabilisante dans le maintien de cette enveloppe psychique parentale. L'entrée dans la parentalité est

¹¹⁶ M.R Moro. Op. Cit (page 84)

¹¹⁷ D. SANDRE. *La peau du bébé né prématurément : une enveloppe si fragile*. ERES : Spirale [en ligne]. 2019/1 N° 89 | pages 107 à 115 [Consulté le 4/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3i4582p>

¹¹⁸ Ibid (page 9)

précipitée, bousculée. Lorsque la « *peau psychique* » est abimée, il est bon d'initier la rencontre charnelle des parents avec leur nouveau-né.

Le toucher est, à bien des égards, culturel. La peau du prématuré peut être extrêmement fragile, et les sensations très éloignées des nôtres. La puéricultrice prend donc de nombreuses précautions dans son accompagnement. Néanmoins, lorsque les parents se sentent prêts, le contact avec leur enfant sera bénéfique dans cette entreprise de la réhabilitation de l'enveloppe psychique, puis dans la construction de leur identité de parents. Ce contact est souvent progressif. On propose à la famille de nous confier un vêtement que l'un des parents a porté. Il sera déposé dans la couveuse, au contact du nourrisson, pour lui permettre de sentir des odeurs corporelles familiales et rassurantes. C'est en quelque sorte un objet transitionnel qui fera le lien entre le bébé et sa famille. Souvent, les parents posent leurs mains contenantes sur le corps du bébé pendant que la puéricultrice réalise un soin. Puis, lorsque ceux-ci sont en confiance le PAP est réalisé. C'est un moment de tendresse où le parent et l'enfant sont dans une bulle affective. Le contact direct des peaux est à l'origine d'une stabilité hémodynamique et respiratoire remarquable du prématuré. Il est également le siège d'une rencontre intime et sensorielle, valorisante et forte de signification dans la construction parentale.

M. Mauss, oppose deux mondes : « *le monde à berceau* » et « *le monde sans berceau*¹¹⁹ ». Le premier, qui renvoie à la culture occidentale, est un monde dans lequel les échanges visuels et auditifs sont valorisés. « *Regarder son bébé avec tendresse est un des paradigmes des interactions mère-bébé. Il n'est qu'à voir toutes ces Vierges à l'enfant, qui regardent l'enfant Jésus, et se veulent les prototypes d'une maternité resplendissante et assumée.*¹²⁰ » Les livres qui font l'apologie de la communication avec l'enfant fleurissent en occident. Ce sont des « *bébés très regardés, à qui on parle comme à des grands*¹²¹. » Ils sont peu portés, peu massés et finalement tenus à distance du corps de la mère. Ce terme de « *monde à berceau* » renvoie à une culture dans laquelle l'enfant couche dans son lit, et où les relations avec l'adulte sont « *distales*¹²²».

¹¹⁹ M.R MORO. *Leçons apprises de la diversité culturelle et de l'anthropologie pour bien s'occuper de tous les bébés et de leurs parents*. L'autre [en ligne]. 2019/3 Volume 20 | pages 240 à 251 [consulté le 4/08/2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/33n15dt>

¹²⁰ Ibid (page 6)

¹²¹ Ibid

¹²² Ibid

Le « monde sans berceau » renvoie à « l'ailleurs ». Dans cet univers, on valorise le registre « corporel et kinesthésique ¹²³ ». L'enfant est peu regardé. Un regard trop insistant pourrait être celui d'une femme envieuse, jalouse. Le bébé est précieux, plutôt caché pour ne pas attirer le mauvais œil. En outre, si ces enfants sont préservés des regards indiscrets, ils sont massés, bercés, portés, lavés... Je me souviens de cette mère qui berçait énergiquement son nourrisson, posé dans un hamac, suspendu au porche de sa maison sur pilotis dans les campagnes cambodgiennes. En Afrique, les bébés sont portés au dos, durant de longues heures, ils sont « associés à tous les travaux quotidiens de la mère ¹²⁴ ». Le gynécologue-obstétricien Frédéric Leboyer a décrit de manière presque poétique, dans son ouvrage Shantala : Un art traditionnel, le massage des enfants, les massages vigoureux et rigoureux réalisées par les mères indiennes de cette région. Pour ces femmes, les massages ont une symbolique particulière :

Il est essentiel de rétablir l'équilibre. Et de nourrir le dehors avec autant de soins que le dedans. Pour aider les bébés à traverser le désert des premiers mois de la vie, pour qu'ils n'éprouvent plus l'angoisse de se sentir isolés, perdus, il faut parler à leur dos, il faut parler à leur peau qui ont soif et faim autant que leur ventre¹²⁵.

Dans ce « monde sans berceau », c'est le « corps de la mère ou des adultes qui servent de berceau, avec cette composante tonique que cela implique pour que l'enfant soit ajusté au corps de l'adulte, à ses rythmes, à ses courbures, à sa cambrure. » Mais l'ensemble de ces gestes quotidien n'ont de sens que grâce à l'environnement. Ils font partie du « berceau culturel », sont transmis, accompagnés, appris et validés par le groupe. Sans ce portage groupal, la mère n'est pas sûre de savoir comment porter son propre bébé.

Dans nos services occidentaux de néonatalogie, la puéricultrice est co-constructrice de la parentalité. Elle aide les parents à rencontrer leur enfant, à le toucher pour sauvegarder la « peau psychique » de ce dernier. Les familles issues du « monde sans berceau », arraché à leur culture, à leur famille et à leurs repères quotidiens, ont besoin d'être accompagnées dans leur singularité. La puéricultrice accepte de ne pas tout comprendre, de ne pas avoir de sens pour tel ou tel geste. Elle est bienveillante, soutien les parents dans cet univers médicalisé qu'elle connaît bien, sans

¹²³ Ibid (page 7)

¹²⁴ Ibid

¹²⁵ F. LEBOYER. *Shantala : Un art traditionnel, le massage des enfants*. L'Isle d'Espagnac : édition Seuil, septembre 2018 (152 pages)

jamais adopter une position trop « *paternaliste* » auprès de ceux-ci. Elle initie, puis laisse cette enveloppe rassurante se développer, lier l'enfant et ses parents grâce à cette nourriture affective qu'est le toucher.

3.2.3 La médiation culturelle

« [...] nous avons besoin de la complexité de la connaissance des enfants et de leurs parents, du savoir des sciences humaines et de celles de la vie. [...] Nous avons besoin d'une science ouverte sur le monde et qui se laisse affecter par lui, pas d'une science monadique et autiste¹²⁶. »

Les soins de développement proposent une approche adaptée aux prématurés. Ils encouragent les nouveaux parents à s'approprier, en douceur, la place qui est naturellement la leur auprès du nourrisson. Les puéricultrices des services de néonatalogie se sont appropriées cette philosophie de soins. C'est par leur rôle propre qu'elles mettent en place nombre des préceptes de la méthode.

La notion de médiation culturelle, associée à ces soins de développement, me paraît tout indiquée à l'évocation des unités néonatales occidentales. Si ce concept n'est pas énoncé clairement en tant que tel, il a pourtant un rôle central lorsqu'il s'agit d'accompagner les familles en contexte d'interculturalité. En effet, elle est « *alors pensée comme une entremise entre deux parties à l'enracinement culturel différent qui vise à concilier ou à réconcilier les points de vue sur une problématique donnée*¹²⁷. »

Précédemment, nous avons évoqué que la compréhension mutuelle n'était pas une nécessité absolue dans l'accompagnement des parents venus d'ailleurs. Certains gestes, symboles, qui ne sont pas accessibles à nos représentations occidentales, peuvent s'inscrire dans la sphère de l'intime. Un intime qui appartiendrait à la famille, un jardin secret auquel on pourrait ne pas avoir accès. Nous en avons tous un, alors pourquoi ces familles n'en auraient pas ?

¹²⁶ M.R MORO. Op.Cit (page 221)

¹²⁷ S. BOUZNAH. La médiation transculturelle : pratiques et fondements théoriques. Pensée sauvage : l'Autre [en ligne]. 2020/1 Volume 21 | pages 20 à 29 [Consulté le 4/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3gyJRxO>

Pour paraphraser et adapter les propos de Michael White et David Epton à la néonatalogie, la « *médiation transculturelle* » permet de co-construire avec la famille un nouveau récit qui va leur permettre d'occuper, dans l'épreuve qu'ils subissent, une position d'acteur¹²⁸. C'est en quelque sorte donner la parole à ces parents pour qu'ils puissent interpréter la prématurité de leur enfant, à travers le prisme de leur culture originelle. Ce n'est pas leur demander de nous expliquer, car « *il n'y a pas à expliquer*¹²⁹ ». C'est susciter en eux « *un désir de comprendre ou de s'approprier quelque chose*¹³⁰ ». C'est un moyen d'initier la relation avec leur bébé, de l'humaniser en l'enracinant dans leurs représentations culturelles.

Le médiateur culturel est un rôle représenté dans de nombreuses disciplines. On le trouve dans le monde de l'art, en économie, en marketing, en politique. La mouvance des peuples implique la rencontre de l'altérité. Avec ce phénomène, on assiste à l'émergence de conflits latents, parfois visibles, parfois discrets. Et si, quelle que soit la discipline, nous avons besoin d'un guide, d'un intermédiaire bienveillant pour nous apprendre à évoluer dans l'altérité, avec l'altérité ? Nous avons d'ores et déjà envisagé la complémentarité des cultures. Cet idéal de transculturalité pourrait être atteint grâce à la « *connaissance réciproque* ».

Il me paraît incroyablement juste de considérer la puéricultrice comme un médiateur culturel. Si les soins de développement sont un outil qu'elle sollicite auprès de ces familles déracinées, pour leur permettre de se connecter à leur nouveau-né, son intelligence émotionnelle, sa connaissance pointue des relations humaines sont une plus-value indéniable de la médiation. Il ne s'agit pas de transmettre des informations, il n'y a d'ailleurs pas de notion d'autorité. La puéricultrice est un tiers facilitateur des interactions parent/enfant. Elle se met à la portée de la famille, dans une attitude respectueuse et bienveillante et propose un « *espace de négociations à la recherche de solutions originales au blocage repéré*¹³¹ »

¹²⁸ Ibid (page 6)

¹²⁹ B. PEQUIGNOT. *SEGE CHAUMIER ET FRANCOIS MAIRESSE, La médiation culturelle*. L'Harmattan : sociologie de l'art [en ligne]. 2015/1 OPuS 23 & 24 | pages 179 à 187. [Consulté le 4/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2PoKyhe>

¹³⁰ Ibid

¹³¹ S. BOUZNAH. Op.Cit (page7)

Nous venons de poser les fondamentaux théoriques de la médiation culturelle. Certains hôpitaux ont travaillé ces notions nouvelles. Dans l'unité parent/bébé du centre hospitalier de Montfavet, c'est le « *soin berceuses*¹³² » qui sert cette médiation culturelle.

*La berceuse est une pratique de maternage universelle et intemporelle qui prend source aux origines même de l'humanité. Elle est un élément de lien à multiples facettes qui relie un individu à sa culture par son contenu symbolique, à la société par l'utilisation qu'il en fait, à sa famille par la transmission intergénérationnelle, et aussi à sa langue par sa construction musicale et prosodique*¹³³.

Ainsi, le travail proposé par l'équipe de Montfavet est fondé sur la théorie d'Esther Bick que nous avons décrite plus tôt. Basé sur l'observation du bébé, le chant des parents crée une enveloppe sonore qui participe à la réhabilitation de la « *peau psychique* » du nouveau-né. A travers ces mélodies et ces paroles symboliques, héritées et signifiantes, les trios parents/enfant s'ajustent, s'accordent « *dans la relation précoce*¹³⁴ ».

J'avais pu évoquer, au commencement de mon travail de mémoire, l'une de mes expériences professionnelles. Si vous vous souvenez, j'avais décrit une interaction entre une famille chinoise et son bébé. Le papa fredonnait sur une tonalité grave et profonde des chants bouddhistes pour son enfant. Cette atmosphère monastique déstabilisait mes représentations. Pourquoi donc ce papa et cette maman ne prenaient-ils pas leur bébé dans les bras ? Quelle signification pouvaient bien avoir ces prières que je trouvais si sérieuse pour un nouveau-né ?

Aujourd'hui, ma lecture de cet instant est transformée. Ces parents investissaient pleinement leur enfant. Ils lui chantaient ses racines, le berçait dans sa culture. Dans cette situation, c'est le papa qui a été le médiateur culturel dont nous parlions plus tôt. C'est lui qui, par le dialogue, m'a invité à connaître la culture de son bébé.

Le concept de « *transculturalité* » insiste sur cette notion de « *connaissance réciproque* ». J'imagine donc qu'il est possible d'envisager la notion de médiateur culturel comme un rôle réciproque et inter changeable.

¹³² T. SAUPIC. *Le soin berceuses : dynamique d'un dispositif de soin psychocorporel mère-bébé*. ERES : Empan [en ligne]. 2018/3 n° 111 | pages 51 à 54 [Consulté le 4/08/2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/2Pqd4yJ>

¹³³ Ibid (page 2)

¹³⁴ Ibid (page 4)

3.3 Problématique

Mon premier constat professionnel, comme évoqué précédemment, décrivait un décalage culturel. Je n'étais pas en mesure de comprendre ce qui se jouait entre cette famille et leur nouveau-né. Je n'avais ni l'expérience, ni les bons outils pour adapter ma réponse à la situation.

C'est ainsi que mon travail de recherche avait débuté. Ensemble nous avons commencé par vouloir répondre à une interrogation vaste : **comment la puéricultrice intègre-t-elle la culture familiale à la prise en soins de l'enfant prématuré ?**

Les recherches avaient alors permis de contextualiser la question. Nous avons, grâce à ce premier temps d'investigation, pu affirmer que la puéricultrice amorce un travail individualisé en lien avec la triade papa/maman/bébé. Ses compétences techniques, ainsi que sa connaissance parfaite de l'environnement, sont des ressources indéniables dans l'unité de néonatalogie. Le cadre contextuel, tout en apportant une part de réponse, ouvrait de nouvelles pistes d'exploration.

Étais-ce suffisant ? N'allions-nous pas plus loin dans l'accompagnement de ces familles à la culture différente ? Les soins de développement prônent une individualisation des accompagnements, un renforcement des liens parent/bébé. Cela ne passait-il pas par la culture ? Quelles compétences la puéricultrice pouvait-elle bien avoir développé au contact de l'altérité ? De quelle manière encourageons-nous la parentalité enracinée, « *enculturée* » loin du groupe et de ses repères ?

Ma deuxième interrogation, faisait alors un zoom sur une composante essentielle du développement du prématuré. C'est à la loupe que nous décidions ensuite d'interroger la parentalité en contexte de transculturalité : **Comment les soins de développement en néonatalogie permettent-ils un accompagnement à la parentalité dans un contexte transculturel ?**

Pour répondre à cette question de recherche provisoire, le premier concept que je trouvais pertinent était celui de la parentalité dans son contexte de transculturalité. Où commençait cette construction parentale ? Quand ? Comment ?

M.R Moro proposait une réflexion fort intéressante à ce sujet. Dans son ouvrage Aimer ses enfants ici et ailleurs, elle interroge la notion de désir. Si dans notre culture occidentale, le désir d'enfant est un préalable indispensable à sa conception, ce n'est pas forcément le cas « *ailleurs* ». Pourtant, elle corrige sans plus attendre le corollaire simpliste qui aurait pu être fait. Ces enfants d'ailleurs ne sont pas forcément désirés au sens où, nous occidentaux, l'entendons. Pourtant « *ici et ailleurs* », qu'ils soient rares ou nombreux, ces bébés sont profondément aimés. Le désir est une culture occidentale, pas une norme universelle.

Ainsi, le désir peut être un point de départ de la parentalité, pourtant il n'est pas indispensable. Alors où commence cette construction pour ces parents venus « *d'ailleurs* » ?

D'abord, il y a la parenté. On devient père, mère en inscrivant un fils ou une fille dans une lignée généalogique. La parentalité est un processus dynamique, le fil rouge d'une vie. Son origine naît du fantasme. Puis elle se construit sans suivre d'évolution linéaire. Elle est imprévisible et complexe, collective et intime : « *les ingrédients de la parentalité s'enracinent dans le désir, dans la filiation et dans la culture.*¹³⁵ » Pour accéder à ce statu de parent, ceux-ci doivent investir leur bébé. Cet investissement implique des « *interactions réciproques* » avec le nourrisson. Mais cette naissance à la parentalité n'est ni aisée, ni évidente. La prématurité peut s'avérer être un obstacle à « *l'interaction réciproque* ». Les parents peuvent se trouver en difficulté et ne pas atteindre l'état de la « *préoccupation primaire* ».

Il paraît également important de souligner que la parentalité s'exprime au pluriel. En occident, nous nous la représentons de telle ou de telle manière. « *Ailleurs* » toutes les représentations sont envisageables. Son évolution est géographique et temporelle, elle n'est pas figée. Le groupe est garant de « *l'enveloppe psychique* » parentale. Il est un élément facilitateur du lien parent/enfant. Alors, coupé du groupe, que ce soit par la migration ou lié à la mutation sociétale, la co-construction parentale devient bancal.

Pour parfaire notre compréhension de la parentalité en contexte de transculturalité, nous nous sommes évertués à comprendre le rôle que pouvait avoir la culture lors d'une naissance. Il s'est avéré que ce terme de « *transculturalité* » décrivait un idéal utopique. En effet, il suppose une « *connaissance réciproque* » de l'un vis-à-vis de la culture de l'autre et vice versa. La réalité

¹³⁵ M.R MORO. OP.Cit (page 89)

témoigne malheureusement de nombreux malentendus. Le terme « *d'interculturalité* », synonyme, plus brouillon, d'un joyeux mélange de compréhension et d'incompréhension semble plus représentatif.

Qu'apporte cette culture à la parentalité ? En somme, la culture est une enveloppe rassurante. Elle guide les parents dans un maternage dont ils ont hérité. M.R Moro propose le concept de « *berceau culturel* ». Ce dernier dessine les contours de l'accueil du bébé, de son portage et de cette naissance à la parentalité. Il se veut naturel et profondément culturel. Le groupe est garant de sa transmission, il accompagne et valide. Coupé du groupe, le berceau est fragilisé et plonge les parents dans un isolement angoissant.

L'étude de ce premier concept nous ouvre le champ des possibles et apporte certains éléments de réponse. J'avais imaginé mes propos grâce à la métaphore du kaléidoscope. En regardant par la lunette, je découvrais un dessin superbe, coloré et inattendu. Toutes ces investigations m'ont ouvert les yeux. Il n'existe pas une, mais une multitude de parentalité. Tous ces bébés, si précieux sont destinés à « *naître au monde et à la culture* ¹³⁶ ». Pour accompagner ces parents, dans le contexte de l'interculturalité, la puéricultrice doit prendre conscience de ses représentations afin d'être en mesure de s'en éloigner. Elle doit pouvoir envisager la parentalité comme un camaïeu infini et magnifique.

En deuxième partie, je décidais d'explorer l'accompagnement parental en néonatalogie grâce à une philosophie de prise en charge adaptée : les soins de développement. Je choisissais de centrer mes recherches autour du NIDCAP, très représenté dans les unités néonatales françaises. Afin d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche provisoire, je choisissais de développer deux aspects essentiels de l'accompagnement en néonatalogie : l'observation et le toucher.

L'attachement ou le « *bonding* » est un invariant de la construction parentale. Nous l'avions évoqué en amont. Investir ce bébé nécessite des « *interactions réciproques* ». En outre, le bébé prématuré, plus fragile, moins démonstratif, peut sembler inatteignable aux nouveaux parents. Le rôle de la puéricultrice est donc de mettre en avant toutes les compétences de l'enfant. Grâce

¹³⁶ M.DUGNAT. Op.Cit (page 9)

à l'observation NIDCAP, ainsi qu'aux connaissances fines des professionnels, les parents sont en mesure d'apprendre à décrypter leur bébé. C'est en l'observant que la famille pourra aller au-delà de l'image impressionnante et angoissante de ce bébé si médicalisé. C'est observer pour mieux comprendre, mieux apprendre. La puéricultrice donne au père et à la mère, la clé qui les sortira de la torpeur. Elle leur donne accès à leur statut en devenir de « *co-régulateur* » et de « *first caregiver* ». En ce sens, la puéricultrice est une traductrice experte, un lien rassurant et un professeur bienveillant.

Si j'ai choisi de travailler sur l'observation, c'est qu'elle me paraissait être une notion fondamentale des soins de développement. C'est une expertise de la puéricultrice en néonatalogie. Observer c'est entrer en contact, c'est apprendre de l'autre, prendre de la distance. En regardant les prématurés et en prenant ces parents sidérés par la main, pour les encourager à faire de même, la puéricultrice s'efface modestement au profit de l'émergence des compétences parentales.

En réfléchissant aux soins de développement, le deuxième principe qui me paraissait primordial à interroger était celui du toucher. Il n'y a rien de plus culturel que le toucher. D'ailleurs, c'est à Marcel Mauss que j'ai emprunté les mots pour rendre compte de ce constat. Si l'occident est représenté comme « *un monde à berceau* », « *l'ailleurs* » en est un « *sans berceau* ». Je m'explique. En occident, les bébés dorment séparés de leurs mères, dans des berceaux. Ils sont regardés, adorés. On leur parle comme à des grands.

Les familles en situation d'interculturalité, viennent souvent du « *monde sans berceau* ». Là-bas, on masse, on berce, on porte... Le rapport au corps du bébé et au toucher y est différent. Cet ensemble de gestes du quotidien est transmis par le groupe et fait partie du « *berceau culturel* » du nouveau-né. Ce maternage est souvent porté par le collectif. On comprend donc aisément que ces familles issues de l'immigration, isolées de leur groupe, se retrouvent en difficulté.

L'hospitalisation d'un bébé prématuré implique un environnement médical envahissant, infantilisant. L'intimité est mise à mal. C'est donc la puéricultrice qui, progressivement, encouragera le contact avec le bébé. Elle prend le temps, s'adapte à la famille dans sa singularité sans jamais occuper une position « *paternaliste* ».

Le toucher est une rencontre intime. Pour ces familles issues de cultures où ce sens est inextricable du maternage, l'accompagnement passe par ce canal. Le toucher peut guérir une enveloppe psychique abîmée. Il crée un lien entre le bébé, la famille et sa culture. Pour la puéricultrice, il s'agit d'un levier formidable dans l'accompagnement à la parentalité, par l'enracinement culturel. C'est reconnaître un savoir-faire, un savoir-être avec les bébés différents des nôtres.

A nouveau, il est question de co-construire une parentalité interculturelle, dans la bienveillance et le respect de chacun. C'est donner à ces parents la possibilité de toucher leur bébé comme des générations avant eux l'ont fait. C'est respecter qu'ailleurs on ne devient pas parent de la même façon qu'ici. C'est aussi accepter de ne pas tout comprendre et de se laisser surprendre.

Pour la dernière partie de mes recherches, j'avais envie de proposer une approche originale des soins de développement et du rôle de la puéricultrice. J'ai introduit la notion de médiation culturelle qu'on a l'habitude d'associer à de nombreux domaines : l'art, l'économie, la politique. Car médier c'est permettre la rencontre, c'est proposer un espace intermédiaire où la négociation devient possible. N'étais-ce pas le but de l'accompagnement à la parentalité en contexte d'interculturalité pour les parents de prématurés ? La puéricultrice ne pouvait-elle pas utiliser la culture familiale au profit de l'émergence des compétences parentales ? Pouvait-elle être ce « *no man's land* » entre le bébé et ses parents ?

Certains services ont d'ores et déjà monté des projets en ce sens. J'ai évoqué l'exemple du « *soin berceuses* », mais on pourrait aussi imaginer un atelier qui ferait intervenir le massage. Si la culture est rassurante, son expression, son partage sont une invitation à l'interaction. Ces échanges pourraient opérer entre une mère et son bébé, entre un père et une mère, entre une famille et une puéricultrice, entre deux familles... On peut tout imaginer dès lors que la culture sert de tremplin ou d'une bulle rassurante au service de l'ouverture à l'autre.

Si au départ j'envisageais la puéricultrice comme la seule médiatrice dans cette relation bébé/parent/soignant, je me rendais rapidement compte qu'elle pouvait ne pas être la seule. Le médiateur est au même niveau que ses interlocuteurs. Il incite au dialogue, au compromis. En somme les parents du bébé peuvent aussi occuper cette position.

Finalement, la culture est au centre d'un processus de médiation qui peut émaner de la puéricultrice, de sa famille et même du nourrisson prématuré.

Au terme de l'étude des soins de développement, je retenais donc que l'observation et le toucher, aux connotations culturelles évidentes, pouvaient être des atouts essentiels dans l'accompagnement à la parentalité interculturelle. Mieux que ça, la puéricultrice pouvait faire de cette approche sensorielle et culturelle un levier à l'émergence naturelle des compétences parentales. En somme, la culture, centrale et indispensable, fait le lien entre le bébé et ses parents. Elle est porteuse de sens et d'identité. Elle aide chacun à trouver sa juste place dans la dynamique familiale.

Nous venons donc d'apporter de nombreux éléments de réponse à la question de recherche provisoire. En tant que future puéricultrice, je me projette totalement dans ces pistes de réflexion. Néanmoins, il me semble que quelque chose se joue, dans cet accompagnement à la parentalité, auquel je n'aurais pas encore pensé.

L'étude des concepts m'a permis de prendre du recul vis-à-vis de mes représentations. J'ai pu envisager, sous un angle nouveau, l'accompagnement à la parentalité auprès de ces familles venues « *d'ailleurs* ». Cette théorie du culturocentrisme bouscule nos idéaux occidentaux. Elle nous invite à co-construire avec les parents une relation bienveillante, où confiants, ils pourront laisser libre court à l'expression de leurs rites, coutumes maternantes, à leurs différences singulières identitaires. C'est ainsi qu'ils investiront pleinement leur enfant, le feront « *naître au monde et à la culture* ».

Ce travail en lien avec la famille n'est pas aisé. Il faut trouver un juste équilibre dans la relation. Initialement ceux-ci sont apeurés, angoissés, distants. La puéricultrice doit être leur pilier. Elle est rassurante, bienveillante. Elle prend le temps de les guider dans la découverte d'un univers qu'elle maîtrise parfaitement. Elle est présente, enveloppante et adapte son approche à la singularité de chaque couple parent/bébé. Puis petit à petit, quand les liens se tissent, quand les parents commencent à se positionner, la puéricultrice s'efface. Elle laisse la place à la relation naissante. Mais s'effacer, n'est pas disparaître.

Alors, comment arrive-t-on à un tel résultat ? Comment la puéricultrice passe de cette position centrale, nécessaire à la réassurance des premiers temps, à cette posture modeste et rassurante d'où elle veille au juste équilibre des interactions ? Adapte-t-elle sa posture professionnelle à la dynamique relationnelle évolutive ? Va-t-elle plus loin que dans l'accompagnement ?

3.4 Question de recherche définitive

Maela Paul propose dans son article de recherche¹³⁷, de réfléchir à la définition « *d'accompagner* ». Voici son postulat : accompagner c'est « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui* ». Elle élabore ensuite une réflexion sur ce qu'implique cette définition. Pour accompagner il faut « *être avec* » et « *aller avec* ».

Mais que signifie « être avec » quelqu'un ? Dans mon cas, comment « être avec » ces familles interculturelles ?

Et s'il s'agissait de disponibilité, d'ouverture à l'autre. M. Paul le suggère bien : « *être là, seulement là, mais aussi interpellant l'autre par le « je suis là, et vous ?* ¹³⁸ ». » Être là avec ces familles déracinées, c'est écouter les besoins de l'autre, c'est être bienveillant, être patient et présent. C'est aussi être ouvert à la différence, ne pas toujours comprendre. C'est, le moment venu, leur tendre la main et les inciter à se positionner auprès de leur bébé.

Comment appréhender cette notion « *d'aller avec* » ? Comment la puéricultrice va de concert avec ses familles ? Est-ce elle qui met les familles en mouvement ou suit-elle la marche ?

En fait, il semblerait que l'élan soit motivé des deux côtés. La puéricultrice s'appuie sur les ressources de la famille et celle-ci s'appuie sur la professionnelle compétente. « *Par l'accompagnement, on se trouve donc davantage dans la « sollicitation » que dans la «*

¹³⁷ M.PAUL. *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient*. Recherche en soins infirmiers. [en ligne] 2012/3 N° 110 | pages 13 à 20 [consulté le 6/08/2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/3kg89Pa>

¹³⁸ Ibid (page 3)

sollicitude » ». Chacun est un acteur dans le cheminement. Chacun a des compétences et est perçu comme tel. Ainsi, la coopération, la co-construction parentale est possible.

Accompagner est donc une fonction essentielle de la puéricultrice dans la prise en soin du nourrisson et de sa famille en néonatalogie. Cet accompagnement doit évidemment tenir compte du bagage culturel familial, s'il se veut adapté.

Mais qu'un professionnel se voit attribuer par son institution une fonction d'accompagnement, parce que ladite institution a reçu mission de mettre en œuvre une logique d'accompagnement, ne garantit rien sur la posture qu'il prendra ou pas. Or l'accompagnement n'est pas un métier. Il ne réfère pas à un cursus de formation identifié comme tel. La fonction d'accompagnement est confiée à des professionnels dont le métier est d'être soignant, enseignant, consultant... et à qui on demande de procéder à une autre manière d'être et de faire. La posture, en effet, désigne une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude « de corps et d'esprit¹³⁹ »

N'est-ce pas cela que nous devrions questionner lorsqu'il s'agit d'accompagner ces familles interculturelles en néonatalogie ? L'ensemble de ces réflexions m'amènent à la question de recherche définitive suivante :

Comment la posture professionnelle de la puéricultrice en néonatalogie opère-t-elle l'émergence des compétences parentales, en contexte d'interculturalité ?

¹³⁹ Ibid (page 5)

3.5 Hypothèses

Afin de répondre à cette question de recherche, je propose deux hypothèses que nous essaierons, par la suite, de vérifier.

Hypothèse 1 :

Si la puéricultrice en unité néonatale adopte une posture professionnelle adaptative à la culture familiale, alors ceux-ci seront dans un environnement propice à l'émergence des compétences parentales.

Hypothèse 2 :

Si les familles en contexte d'interculturalité sont accompagnées dans l'expression culturelle de leur parentalité, alors la confiance suscitée sera un levier de l'interaction réciproque parent/bébé.

Partie IV : Devis de recherche

La dernière partie de mon projet professionnel sera consacrée à la réflexion autour d'un outil qui me permettrait hypothétiquement de répondre à la question de recherche que nous avons définie plus tôt : **Comment la posture professionnelle de la puéricultrice en néonatalogie opère-t-elle l'émergence des compétences parentales, en contexte d'interculturalité ?**

Les hypothèses 1 et 2 sont des pistes de réflexions sur lesquelles nous allons nous appuyer. La création de l'outil visera donc à confirmer ou infirmer ces spéculations sur le terrain.

5.1 Population cible

Le préalable de la recherche suppose de savoir qui pourrait apporter ces éléments de réponse. La question de recherche implique deux catégories de protagonistes : les puéricultrices qui exercent en néonatalogie ainsi que les parents de bébés prématurés en situation d'interculturalité.

L'objectif général serait donc double. Il faudrait recueillir des éléments de réponse auprès des professionnelles, mais également auprès des familles concernées. Cela n'aurait pas de sens d'envisager une étude unilatérale puisqu'on aborde la co-construction parentale, la notion de partenariat. Ainsi, nous n'aurions pas une, mais deux populations cibles.

La première serait celle des puéricultrices en unité de néonatalogie. Elles répondraient de leur pratique quotidienne et décriraient leurs compétences expertes. Pour ne pas mettre en difficulté les professionnelles interrogées, nous nous assurerions que ces dernières justifient au minimum d'une année d'expérience dans le service. De cette façon, elles seraient en mesure de décrire la manière dont elles adaptent leur pratique à la singularité du bébé et de ses parents. C'est cette attitude « *de corps et d'esprit* » qui serait au centre de nos interrogations. Nous pourrions ainsi explorer cette fameuse posture professionnelle à laquelle nous faisons allusion dans la question de recherche.

La deuxième population cible serait celle des parents qui vivent la prématurité de leur bébé dans un contexte d'interculturalité. Ceux-ci pourraient être entendus sur leur vécu et leur expérience. Ils témoigneraient, avec leurs mots, du ressenti qu'ils ont eu de cette naissance loin de leur culture. Pour inclure les parents dans la recherche, il suffirait que l'un d'eux soit porteur d'une culture différente de la culture française et qu'ils souhaitent participer. Cela se fera sur la base du volontariat et ne devra en aucun cas être imposé. La participation d'interprètes serait envisageable dès lors que l'expression en français ou en anglais ne serait pas possible ou ne rendrait pas justice à ce qui serait signifié.

Les caractéristiques des populations cibles sont ainsi définies. Pour pouvoir obtenir des résultats représentatifs, il serait nécessaire d'envisager de réaliser la recherche auprès d'un échantillon conséquent. Ainsi, il serait composé de trente professionnelles et de trente familles. Pour diminuer le risque de biais et rendre l'étude la plus objective possible, elle serait proposée à trois centres hospitaliers universitaires (CHU) différents.

5.2 Objectifs de la recherche

L'objectif général des investigations sur le terrain serait : Démontrer comment, grâce à sa posture, la puéricultrice encourage l'émergence des compétences parentales, en contexte d'interculturalité.

Objectif intermédiaire n°1 : Identifier, avec les professionnels, les attitudes adaptatives qui opèrent lors de l'accompagnement des familles interculturelles.

Objectif intermédiaire n°2 : Identifier, avec ces familles qui ont vécu une naissance prématurée, en contexte d'interculturalité, le rôle que la puéricultrice a joué dans l'accompagnement à la parentalité.

Questionnaire aux puéricultrices :

- **Objectif opérationnel n°1 : Identifier le parcours professionnel de la puéricultrice**

Cet objectif est nécessaire à la retranscription des résultats. Ainsi, il sera possible de mettre en perspective un lien entre la posture et l'expérience professionnelle, s'il y en a un. Il s'agit peut-être d'une question d'expérience personnelle, de sensibilité... Tout est envisageable.

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter en décrivant votre parcours professionnel ?

Questions de relance :

- En quelle année avez-vous été diplômée ?
- Quels sont les services dans lesquels vous avez exercé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en néonatalogie ?

- **Objectif opérationnel n°2 : Identifier sa compréhension du terme « famille en contexte d'interculturalité », ainsi que les représentations qu'elle y rattache.**

Cette question est l'opportunité de s'assurer que la professionnelle comprend bien l'expression « *famille en contexte d'interculturalité* » au sens où on l'entend pour l'étude. Elle est nécessaire pour éviter tout quiproquo. Elle permet également d'appréhender les représentations qui pourraient y être rattachées. Au terme de cette question n°2, je proposerai une définition simple et objective de la famille en contexte d'interculturalité.

Question n°2 : Que vous évoque le terme de famille en contexte d'interculturalité ?

Questions de relance :

- Accueillez-vous, dans le service, des familles en situation de migration ou d'expatriation ?
- Avez-vous déjà été en lien avec des familles dont la culture et le maternage étaient différents des pratiques occidentales ? Si oui, donnez un exemple.

- **Objectif opérationnel n°3 : Identifier la singularité de l'accompagnement à la parentalité, en contexte de transculturalité.**

Cet objectif vise à mettre en perspective l'adaptation des professionnelles à la culture. Leur pratique est certainement influencée par ce décalage culturel. Avec cette interrogation, on donne un espace de parole aux puéricultrices. Elles vont pouvoir exprimer la manière dont elles perçoivent le lien entre culture et parentalité, l'importance qu'elles y accordent dans leur accompagnement.

Question n°3 : Quelle place occupe la culture dans votre accompagnement à la parentalité de ces familles ?

Questions de relance :

- Pensez-vous que la culture parentale influence votre accompagnement ?
- Pensez-vous que votre accompagnement observe toujours le même schéma ?

- **Objectif opérationnel n°4 : Identifier la manière dont la culture est perçue par les professionnelles dans la création du lien parent/bébé : obstacle ou ressource.**

Cette question permettra de faire un point sur les représentations des professionnelles. Le précédent objectif aura mis en avant la probable influence de la culture dans l'accompagnement à la parentalité. Grâce à la question 4, nous serons à même de dire si les puéricultrices se servent de cette culture comme d'une ressource, ou si, au contraire, les divergences sont à l'origine d'incompréhensions qu'elles ont du mal à dépasser.

Question n°4 : Dans quelle mesure diriez-vous que la culture puisse influencer la création du lien parent/bébé ?

Questions de relance :

- Pensez-vous que l'expression de la culture puisse être une ressource dans la création du lien parent/bébé ?

- Pensez-vous au contraire que la culture puisse être une source de difficulté pour ces parents isolés de leur groupe d'appartenance ?

▪ **Objectif opérationnel n°5 : Conscientiser l'adaptation de la posture professionnelle lors de l'accompagnement de ces familles en contexte d'interculturalité.**

La question 4 nous renseigne sur les représentations et sur la perception qu'elles ont de la culture dans l'accompagnement à la parentalité. La question 5 permettra de conscientiser des pratiques inconscientes. Finalement, c'est l'occasion de permettre aux professionnelles d'adopter une posture réflexive vis-à-vis de leur pratique quotidienne. Si elles perçoivent la culture parentale comme une ressource à l'émergence des compétences parentales, la notion de posture est évidente. Modifient-elles leur comportement afin d'accompagner au mieux ces familles déracinées ? Que font-elles de non conscient qui les rend expertes dans l'accompagnement ? Peut-on mettre en évidence une « *attitude de corps et d'esprit* » spécifique et adaptée à ces familles en contexte d'interculturalité ?

Question n°5 : Comment adaptez-vous votre accompagnement à la parentalité auprès de ces familles déracinées ?

Questions de relance :

- Encouragez-vous les pratiques culturelles de maternage (massage, berceuses...) ?
- Pensez-vous que le manière dont vous vous positionnez auprès de ces familles soit importante ?
- Pensez-vous que ce positionnement puisse se modifier en lien avec la confiance parentale et l'interaction parents-bébé ?

Questionnaire aux familles :

▪ **Objectif opérationnel n°1 : Etablir un premier contact rassurant**

Cette question simple ne les mettra pas en difficulté. C'est l'occasion de les laisser nous parler de leur bébé. La notion de prénom est culturelle. C'est un premier lien à faire avec le « *berceau culturel* » de ces familles. En répondant à la question, elles sont libres de développer leurs explications ou non. C'est montrer l'intérêt que l'on porte à leur histoire singulière, ainsi qu'à la filiation du bébé. L'objectif est de les mettre à l'aise car la forme du recueil d'informations par le questionnaire peut paraître intimidant.

Question n°1 : Pourriez-vous me dire le/les prénom(s) de votre bébé ?

Questions de relance :

- Ce/ces prénoms(s) ont-ils une signification ?
- Comment les avez-vous choisis ?

▪ **Objectif opérationnel n°2 : Identifier le vécu émotionnel lié à la naissance prématurée du bébé en contexte d'interculturalité.**

Cette question a pour objectif de laisser les parents exprimer librement leur ressenti. Elle est ouverte et simple. C'est une manière de les inviter à nous parler du vécu de cette naissance prématurée, mais c'est aussi leur permettre de répondre par des faits factuels s'ils ne souhaitent pas partager leur vécu intime.

Question n°2 : Pourriez-vous me parler de la naissance de votre bébé ?

Questions de relance :

- Est-ce que l'accouchement était programmé ?
- Comment avez-vous vécu cette naissance ?

▪ **Objectif opérationnel n°3 : Identifier le contexte d’interculturalité auquel font face le/les parent(s)**

Avec cette question n°3, je souhaite pouvoir identifier la culture d’origine des parents. De plus, en m’intéressant aux circonstances qui les ont amenés en France (statut de réfugié politique, migration familiale, migration choisie...), cela pourra m’orienter sur les difficultés culturelles qui auront pu être rencontrées en néonatalogie. Evidemment, il ne s’agit pas de catégoriser ou de proposer un panel représentatif des différentes cultures. Il s’agit plutôt de proposer une approche empathique du contexte d’interculturalité auquel font face les familles. Les familles doivent se sentir libres de répondre ou non. C’est pour cela que je ne souhaite pas proposer de question de relance.

Question n°3 : Pouvez-vous me parler de votre pays d’origine, ainsi que des circonstances qui font que vous résidez aujourd’hui en France ?

▪ **Objectif opérationnel n°4 : Identifier les éléments du « berceau culturel » de la famille.**

Avec cette question 4, c’est l’occasion de proposer aux parents de nous expliquer la manière dont les bébés sont maternés dans leur culture. Cette question se veut également libre. Le père et/ou la mère peut/peuvent parler de certains éléments hérités de leur culture d’origine.

Question n°4 : Comment dans votre pays et votre culture les bébés sont maternés ?

Question de relance :

- Comment vous occupez-vous des bébés dans votre culture ?
- Quelles sont les personnes qui sont amenées à s’occuper du bébé ?
- Emmaillotez-vous les bébés ?
- Massez-vous les bébés ?
- Comment nourrissez-vous les bébés ?

- **Objectif opérationnel n°5 : Identifier le rôle attribué à la culture dans la construction de leur parentalité.**

Avec cette question 5, on invite les parents à réfléchir à l'impact que la culture pourrait avoir sur les interactions qu'ils ont avec leur bébé. Est-ce qu'ils y ont déjà pensé ? Est-ce que transmettre cette culture est importante ? Est-ce que leur culture s'exprime dans leur manière de devenir des parents ?

Question n°5 : Dans quelle mesure votre culture influence les interactions avec votre bébé ?

Questions de relance :

- Est-ce que la transmission de votre culture au bébé est importante pour vous ?
- Est-ce que vous pensez que votre culture influence la manière que vous avez d'être sa maman/son papa/ses parents ?

- **Objectif opérationnel n°6 : Identifier le rôle attribué à la puéricultrice dans les représentations parentales.**

Cette dernière question fait le lien entre la transmission culturelle, la parentalité et la puéricultrice. On va interroger la manière dont la puéricultrice est perçue par les parents. L'objectif est de comprendre la dynamique relationnelle qui se joue lors de cette co-construction à la parentalité. Ont-ils conscience de l'accompagnement proposé par la professionnelle ? Est-ce que la puéricultrice est identifiée comme une ressource ?

Question n°6 : Quel rôle la puéricultrice a joué dans la rencontre avec votre bébé ?

Questions de relance :

- Vous êtes-vous sentis soutenus dans votre construction parentale ?
- Pensez-vous que la puéricultrice ait été une ressource ?
- Pensez-vous que la puéricultrice n'a pas eu d'influence dans la construction de votre parentalité ?
- Son rôle a-t-il évolué pendant la prise en soins de votre bébé ?

5.3 Méthode choisie

La méthode sur laquelle j'ai porté mon choix est celle de l'entretien semi-directif. J'ai envisagé de réaliser des questionnaires à distribuer aux parents. Ceux-ci auraient été moins impressionnants et peut-être plus intimes. Néanmoins, la problématique de la langue restait un véritable obstacle, sans évoquer celui de l'écriture et de la lecture. Il faut prendre en considération le fait que certaines familles puissent ne pas être en capacité de comprendre et de rédiger leur pensée. Je ne voulais pas réaliser une étude dans laquelle ceux qui souhaitaient s'exprimer n'auraient pas pu le faire.

Aussi, le format des entretiens semi-directifs, bien que plus formel et plus intimidant, offrait la possibilité de faire appel à des interprètes et ne nécessitait pas de savoir lire et écrire.

De plus, la culture est une thématique sensible. L'entretien semi-directif offre l'opportunité de prendre en compte le langage, verbal et non verbal. Ce qui n'est pas dit oralement peut transparaître par la posture, par le ton de voix, le regard.

Enfin, permettre à ces familles de s'exprimer dans la langue de leur choix rend l'échange plus riche. En effet, si dans une langue d'adoption on cherche les mots, la nuance exacte, dans notre langue maternelle nos propos reflètent fidèlement notre pensée.

La thématique que j'ai décidé de traiter à travers mon projet professionnel est une thématique sensible et profondément intime. Ces entretiens semi-directifs devront être menés avec bienveillance. Les parents peuvent choisir de ne pas répondre à toutes les questions ou de mettre un terme à l'entretien s'ils ne souhaitent pas poursuivre.

Concernant l'entretien semi-directif auprès des professionnelles, il me paraît approprié à la recherche. Grâce à mes questions, j'espère les amener à conscientiser des attitudes professionnelles naturelles. Cette méthode présente les mêmes atouts qu'auprès des parents. Elle permet une lecture verbale et non verbale de la rencontre.

Le cadre de l'anonymat devra être posé avant de débiter l'entretien. Un enregistrement sera réalisé dès lors que les participants auront donné leur accord. Aucune note ne sera prise afin de

favoriser un échange spontané. L'attitude de la personne qui posera les questionnaires devra être bienveillante et respectueuse.

5.4 Biais de la recherche dans la méthodologie choisie

Avec une thématique aussi intime et sensible que celle de mon projet professionnel, les biais sont nombreux.

Nous avons d'ores et déjà évoqué, pour le questionnaire aux parents, la barrière de la langue. Celle-ci pourra être partiellement résolue grâce aux interprètes. En outre, les cultures et les langues parlées à travers le monde sont innombrables. Certaines familles pourraient donc ne pas pouvoir s'inclure à l'étude par manque d'interprète.

De plus, l'interprète ajoute un intermédiaire. Il est possible que les propos ne soient pas retranscrits de manière exacte. Aussi, le français pourrait ne pas être suffisant à la retransmission des mots, des expressions étrangères.

Un autre biais envisageable auprès des parents est celui de la retenue. Ceux-ci pourraient être culturellement ou intimement réservés. La peur d'être jugé ou incompris pourrait également être mise en perspective. Ces familles peuvent avoir un passé difficile. Aussi, il est primordial que ces échanges se fassent sur la base du volontariat.

Il pourrait également y avoir des quiproquos : mes représentations pourraient m'amener à interpréter certains propos de telle ou de telle manière. C'est le phénomène de « dyslecture » que nous avons évoqué dans le cadre conceptuel.

Afin d'amoindrir ces biais, il faudrait envisager l'intervention d'un médiateur culturel. Celui-ci pourrait accompagner la réalisation des entretiens aux parents.

Les entretiens avec les professionnelles comportent des biais organisationnels. En effet, les puéricultrices de néonatalogie travaillent avec des effectifs normés. Le détachement de professionnelles pendant leur temps de travail est donc très difficile à organiser. Pour que celles-ci soient disponibles, il faut prévoir un temps d'entretien en dehors de la prise de poste.

La thématique de la culture peut mettre mal à l'aise les professionnelles. Leurs représentations peuvent influencer leurs réponses. Elles peuvent avoir peur du jugement. Cette problématique est similaire à celle évoquée plus haut.

Pour éviter d'avoir des réponses biaisées par l'organisation institutionnelle, liées à des habitudes de travail, mon questionnaire serait proposé à trois CHU différents.

Enfin, mon travail porte sur la posture professionnelle. Elle est souvent inconsciente. Les professionnelles pourraient ne pas évoquer certains aspects primordiaux de leur pratique.

Ma lecture et ma compréhension des réponses données pourrait également être un biais à ma recherche. La neutralité et le travail d'équipe sont la seule alternative à ce biais.

CONCLUSION

Dix mois plus tard, nous voici proche du point final de ce projet professionnel. Je ne peux qu'être fière du travail accompli. Néanmoins, un travail accompli n'est pas forcément un travail achevé.

La culture s'avère être un thème inépuisable, en mouvance constante, et qui n'a de limite que notre imagination. Il s'agit d'un sujet de recherche passionné et passionnant. La culture est engagée, elle est encrée. Parfois elle s'astreint au compromis, parfois elle reste entière. Parfois encore elle se mélange, prend des uns et des autres, pour aboutir à une somme discontinue, un joyeux mélange, un melting-pot de la diversité. Notre société est composée de tout cela, et nos enfants naissent « *au monde et à la culture* » dans cet environnement en mutation.

La puéricultrice regarde et travaille avec l'altérité. Elle sait que la juxtaposition des différences résulte à une somme de compétences complémentaires. Envisager la parentalité plurielle, envisager ces enfants bercés autrement, c'est respecter et envelopper ces parents d'ailleurs.

Prendre conscience des cultures et du rapports qu'elles entretiennent avec les sherpas que nous sommes, c'est changer de paradigme. La norme n'existe pas. La rivalité est un non-sens. L'altérité est constructrice d'identité. A ce titre, elle doit faire l'objet d'une sauvegarde précieuse, utilisant le biais d'une bienveillance réciproque.

Cette année, quoique particulière, aura été le berceau de mon identité professionnelle de puéricultrice. Toutes ces réflexions engagées autour de la prématurité, de sa famille, de sa culture, auront, à l'évidence, influencé ma posture professionnelle en construction.

La recherche en sciences infirmières est à l'aube de son succès. Ce travail en est une contribution modeste.

Je souhaite conclure mon projet par l'écriture d'un poème découvert à l'occasion de mes recherches, dans une petite librairie Sétoise. C'est un gynécologue-obstétricien, Frédéric Leboyer, qui l'a composé, à l'occasion d'un voyage en Inde. Il nous propose de réfléchir à la notion de naissance et aux savoirs qui transcendent les générations.

Les semaines qui suivent la
naissance
Sont comme la traversée d'un
désert.
Désert peuplé de monstres :

Les sensations nouvelles qui

Du dedans

Montent à l'assaut du corps de l'enfant.

Après la chaleur du sein maternel,

Après la folle étreinte qu'est la naissance,

La solitude glacée du berceau.

Et puis surgit un fauve,

La faim,

Qui mord le bébé aux entrailles

Ce qui affole le malheureux enfant

Ce n'est pas la cruauté de la blessure.

C'est sa nouveauté.

Et cette mort du monde à l'entour

Qui donne à l'ogre

Des proportions immenses.

Comment calmer une telle angoisse ?

Nourrir l'enfant ?

Oui.

Mais pas seulement de lait.

Il faut le prendre dans les bras.

Il faut le caresser, le bercer.

Et le masser.

Ce petit, il faut parler à sa peau

Il faut parler à son dos

Qui a soif et faim

Autant que son ventre.

Dans les pays qui ont conservé

Le sens profond des choses,

Les femmes savent encore tout cela.

Elles ont appris de leur mère,

Elles enseigneront à leurs filles

Cet art profond et simple

Et très ancien

Qui aide l'enfant à accepter le monde

Et le faire sourire à la vie.

*Frédéric Leboyer. SHANTALA : Un art
traditionnel, le massage des enfants.*

BIBLIOGRAPHIE

❖ Articles sur site internet :

AGENCE BIOMEDECINE. Le rapport médical et scientifique de l'AMP et de la génétique humaine en France [en ligne]. *Agence Biomédecine*, 2016. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2QsMnul>

P.Y ANCEL. Prématurité : ces bébés qui arrivent trop tôt [en ligne]. *INSERM*, Décembre 2015. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3a4Ia7U>

F. BERREGARD-GRILLERE, M. BLIDI. L'hospitalisation en néonatalogie [en ligne]. *Sparadrap*, Septembre 2018. [Consulté le 23 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2UfCCCd>

J.L BIANCO. Qu'est-ce que la Laïcité ? [En ligne]. *Gouvernement.fr* [Consulté le 25 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2UOfQjV>

É. ELEFANT. Le passage placentaire des immunoglobulines [en ligne]. *Académie de médecine*, Mai 2013. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2x91G4u>

EPIPAGE2. Etat des connaissances [en ligne]. *EPIPAGE2*, 2013 [Consulté le 18 Mars 2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/2WmDN3U>

M.GRYNBERG. Assistance médicale à la procréation : Des techniques pour aider les couples infertiles [en ligne]. *INSERM*, Mars 2018. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3a4egR4>

Communiqué – Salle de Presse INSERM. Photographie de la santé périnatale en France et en Europe en 2015, [en ligne]. *L'INSERM*, Octobre 2017. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3b87ABx>

Communiqué – Salle de Presse INSERM. La santé des mères et des nouveau-nés : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2016 [en ligne]. *L'INSERM*, 11 Octobre 2017. [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2J0EGYd>

A. LARONE JUNEAU. Le bébé prématuré [en ligne]. *Naître et Grandir*, Août 2015. [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2QsMiH7>

R. PICHE. Le travail et l'accouchement prématuré [en ligne]. *Naître et Grandir*, Mars 2020. [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/33q2Fte>

PLATEFORME CANADIENNE DU CERVEAU NEONATAL (PCCN). Prématurité, Santé et Développement [en ligne]. *PCCN* [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/39ZbrAJ>

PREMA QUEBEC. La prématurité [en ligne]. *Préma Québec* [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2wjnxpL>

SOS PREMA. Prématurité [en ligne]. *Sos Préma* [Consulté le 18 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2J1hEQJ>

SOS PREMA. Le nouveau-né prématuré [en ligne]. *Sos Préma* [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3dizrBd>

❖ **Article de revue version électronique :**

J. BONNET. Le baptême de Clovis (entre 496 et 506) [en ligne]. *Le Point*, Juillet 2013. [Consulté le 25 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/33P4zDN>

S. BOUZNAH. La médiation transculturelle : pratiques et fondements théoriques. *Pensée sauvage : l'Autre* [en ligne]. 2020/1 Volume 21 | pages 20 à 29 [Consulté le 4/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3gyJRxo>

R DUGRAVIER, A.S BARBEY-MINTZ. *Origines et concepts de la théorie de l'attachement*. *Enfances & Psy* [en ligne]. 2015/2 (N° 66), p. 14-22 [Consulté le 3/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/39ObBvI>

J.M. GUY. Les représentations de la culture dans la population française. *Culture études* [en ligne] 2016 n° 1. [Consulté le 25 Mars 2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/2vOJtsP>

L.LASBEUR, M. KAMINSKI, P. ANCEL, C. DU MAZAUBRUN et al. ANALYSER LES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE SANTÉ À PARTIR DES DONNÉES DU RECENSEMENT L'exemple de la grande prématurité à Paris-Petite couronne. *Institut national d'études démographiques* [en ligne], 2006/4 Vol. 61 | pages 567 à 584 [Consulté le 19 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3a7xDc4>

S. LESCURE. Soutenir le développement du nouveau-né prématuré : l'exemple du programme NIDCAP, une nouvelle philosophie de soins centrée sur l'enfant et sa famille. *Empan* [en ligne]. Mars 2018, n°111 [Consulté le 23 Mars 2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/2QEG8n9>

B. PEQUIGNOT. *SEGE CHAUMIER ET FRANCOIS MAIRESSE, La médiation culturelle*. L'Harmattan : sociologie de l'art [en ligne]. 2015/1 OPuS 23 & 24 | pages 179 à 187. [Consulté le 4/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2PoKyhe>

M.R MORO. *Leçons apprises de la diversité culturelle et de l'anthropologie pour bien s'occuper de tous les bébés et de leurs parents*. L'autre [en ligne]. 2019/3 Volume 20 | pages 240 à 251 [consulté le 4/08/2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/33n15dt>

M.PAUL. *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient*. Recherche en soins infirmiers. [en ligne] 2012/3 N° 110 | pages 13 à 20 [consulté le 6/08/2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/3kg89Pa>

L.PEDESAN. Attachement et prématurité [en ligne]. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 32, 2004, pp716–720. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2UABNCy>

PERUSSI.M. De la grossesse à haut risque au risque de prématurité du bébé : quel travail préalable lors d'une possible rencontre anticipée [en ligne]. *Poche-Psychanalyse*, 2018, pp 213-228. [Consulté le 24 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/39gfveE>

A. PICHON. Stratégies transculturelles pour un monde multipolaire. *Alliage* [en ligne]. N°55-56 - Mars 2004. [Consulté le 3/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2PI95Dy>

A. RAVIER ; J.L PEDINIELLI. Prématurité et parentalité. *Enfance & psy* [en ligne]. 2015/1 N° 65 | pages 145 à 157. [Consulté le 3/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3idGeOf>

M.O SAFON. Les réformes hospitalières en France. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé* [en ligne]. Octobre 2019. [Consulté le 29 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/33KOUWh>

D. SANDRE. *La peau du bébé né prématurément : une enveloppe si fragile*. ERES : Spirale [en ligne]. 2019/1 N° 89 | pages 107 à 115 [Consulté le 4/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3i4582p>

T. SAUPIC. *Le soin berceuses : dynamique d'un dispositif de soin psychocorporel mère-bébé*. ERES : Empan [en ligne]. 2018/3 n° 111 | pages 51 à 54 [Consulté le 4/08/2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/2Pqd4yJ>

L. SOLIS-PONTON. Sur la notion de parentalité développée par Sege Lebovici. *ERES : Spirale [en ligne]*. 2001/1 no 17 | pages 135 à 141. [Consulté le 01/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3hYOKQN>

J. SIZUN, N BRUSCHWEILER-STERN. *L'empreinte de Brazelton sur le monde des bébés et de leur famille*. Devenir [en ligne]. 2018/3 Vol. 30 | pages 205 à 207. [Consulté le 3/08/2020] Disponible sur internet : <https://bit.ly/3k8aNXi>

D. VENNAT, D. PANAGIOTOU, D. MELLIER. Idéologies hypermodernes, quels enjeux dans la construction de la parentalité ? *Bulletin de psychologie* [en ligne]. 2018/4 Numéro 556 | pages 749 à 757 [consulté le 02/08/2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/3gndcem>

❖ **Article de revue version papier :**

M.BYDLOWSKI. Le roc de la maternité : la transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes* n°32. 1991, pp135-42.

H. CAMARA, M.R MORO. Attendre, accueil et faire grandir son bébé, entre ici et là-bas. *Sages-femmes*. Janvier-Février 2020, n°1, pp 25-27.

J.P CHOURY, D. GRIMAUD. La Laïcité dans les établissements de santé. *Adsp*, Juin 2016, n°95, pp 5-10.

E. DEVOUCHE, A. BUIL, M.C GENET, et al. Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. *Soins pédiatrie/puériculture* n°299, Novembre/Décembre 2017, pp15-19.

S. GAMBA SZIJARTO, M FORCADA GUEX, A. BORGHINI, et al. Etats de stress post traumatique chez les mères et les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* n°57, 2009, pp 385-391.

B. GOGUIKIAN, A. SHARPOVAC, C. PEREIRA, et al. ACCUEILLIR SON BÉBÉ LOIN DES SIENS : Dépistage précoce de la dépression du post-partum chez les mères migrantes. *L'autre*, 2016, volume 17, n°1, pp 80-90.

K. MINDE, A. WHITELAW, J. BROWN, et al. Developmental outcome as a function of goodness of fit between the infant's cry characteristics and the mother's perception of her infant's cry. *Pediatrics*, 1995, pp 16-21.

M.R MORO, R. RADJACK. Devenir parents, faire famille en situation transculturelle. *Sud/Nord*, 2019, n°18, pp 173 à 182

N. RATINSKY, S. MINGUY, B KELEROUX. Les soins de développement au nouveau-né prématuré. *Soins pédiatrie/puériculture*, Novembre/Décembre 2017, n°299, pp32-35

C.G RUCHE. La diversité et la laïcité. *Soins cadre*. Supplément n° 106, pp14-16

G. VINDT. Que disait vraiment la loi de 1905 qui a instauré la laïcité ? *Alternatives Economiques*, Octobre 2016, n°361, pp 94-95.

S. YAKOUB. La diversité ethnoculturelle en milieu de santé. *Soins cadre*. Supplément n°106, pp 11-13

❖ **Livres version papier :**

D.CUCHE. La notion de culture dans les sciences sociales, 4^{ème} édition. Paris : La Découverte, 18 Mars 2010 (160 p). Collection Grands repères

Y. DAIYUN, A. LE PICHON, U.ECO et al. *La licorne et le dragon : les malentendus dans la recherche de l'universel*. Presse universitaire de Pékin. Edition Charles Léopold Mayer. Paris, 2003.

M.DUGNAT, N. ALOTH DIJON, M. ANDRE, et al. *Bébés et cultures*. Editions érès. Toulouse : 2008 (280 pages)

F. LEBOYER. *Shantala : Un art traditionnel, le massage des enfants*. L'Isle d'Espagnac : édition Seuil, septembre 2018 (152 pages)

J. GASSIER, C.de SAINT-SAUVEUR, B. CHEVALLIER et al. *Le guide de la puéricultrice* 3^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008. 1145p.

C.KINTZLER. *Penser la laïcité*. Paris : Minerve 2014.

M.R MORO. *Aimer ses enfants ici et ailleurs : histoires transculturelles*. Odile Jacob, Février 2007. 15 rue Soufflot, 75005 Paris. (262 pages)

❖ **Loi :**

Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat [en ligne]. *Legifrance.gouv* [consulté le 25 Mars 2020]. Disponible sur internet : <https://bit.ly/2UhtigT>

❖ **Autres :**

AFPA. *Vocabulaire des formateurs*. Formation professionnelle, 1992

COMITE NATIONAL DE SOUTIEN A LA PARENTALITE. Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité du 10 novembre 2011 [en ligne]. Consulté le 01/08/2020. Disponible sur internet : <https://bit.ly/39Q6ZFk>

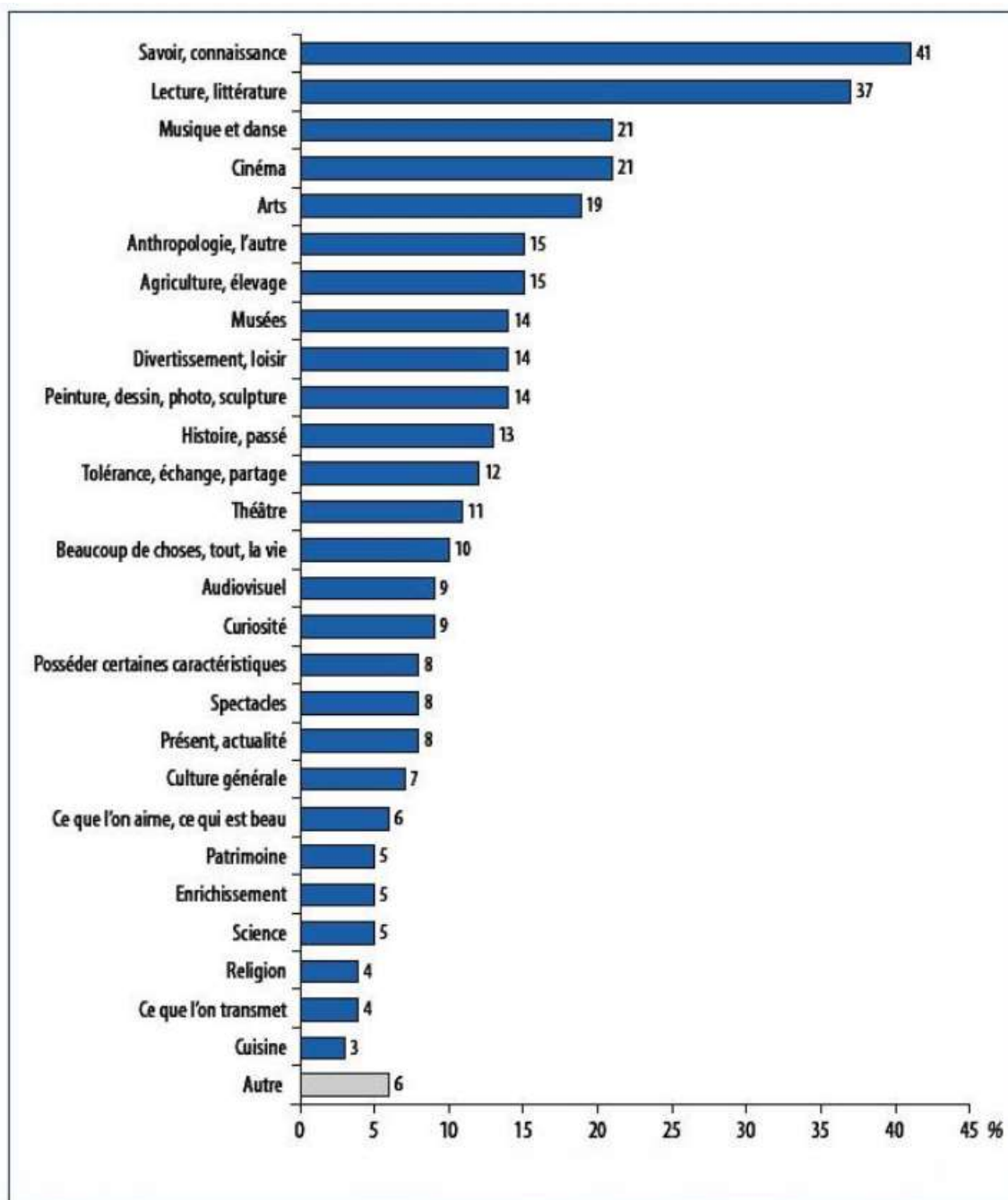
LEDOUX. S, artiste dessinatrice (illustrations en couverture)

ANNEXES

Annexe I : Graphique représentant les résultats d'une étude menée en France, en 2016, par le Ministère de la culture et de la communication : Evocations spontanées du mot « culture » regroupées en 28 registres.

Annexe II : Charte de la laïcité dans les services publics

Annexe I : Graphique représentant les résultats d'une étude menée en France, en 2016, par le Ministère de la culture et de la communication : Evocations spontanées du mot « culture » regroupées en 28 registres.



Annexe II : Charte de la laïcité dans les services publics

CHARTRE de la laïcité

DANS LES SERVICES PUBLICS

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.

Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. La liberté de religion ou de conviction ne rencontre que des limites nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

des agents du service public

Tout agent public a un **devoir de stricte neutralité**. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de **manifester ses convictions religieuses** dans l'exercice de ses fonctions **constitue un manquement à ses obligations**.

Il appartient aux responsables des services publics de **faire respecter l'application du principe de laïcité** dans l'enceinte de ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

des usagers du service public

Tous les usagers sont **égaux** devant le service public.

Les usagers des services publics ont le **droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public**, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent **s'abstenir de toute forme de prosélytisme**.

Les usagers des services publics **ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers**, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent **se conformer aux obligations** qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont **droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte**, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

Marine CALVIAC

PREMATURITE & CULTURE :

Accueillir la culture familiale en néonatalogie

Résumé :

Une naissance prématurée c'est angoissant, sidérant même. L'infirmière puéricultrice accompagne les parents de ces bébés nés un peu trop tôt. Elle les porte, les soutient dans l'émergence de leurs compétences parentales. Elle est un médiateur bienveillant du lien parent/bébé. Mais poussons la réflexion au regard de la mutation sociétale. Dans un monde où la mouvance des populations est certaine, celle de la culture l'est tout autant. Ces bébés, nés en contexte d'interculturalité ont perdu leur « enveloppe culturelle ». Ce sont donc, ces pères et ces mères d'ailleurs, qui ici sont les garants du « berceau culturel », jadis porté par le groupe. Parfois déboussolés, ces parents doivent faire l'objet d'un accompagnement bienveillant et singulier. L'infirmière puéricultrice travaille avec l'altérité. Elle rejette la notion de parentalité universelle au profit d'une posture inclusive et réflexive.

En somme, envisager la parentalité dans son contexte d'interculturalité, c'est regarder à travers la lunette d'un kaléidoscope, découvrir des nuances colorées, des motifs beaux et variés. C'est aussi se rendre compte qu'avant de regarder par ce petit trou, notre vision était tristement monochrome.

Mots-clés : prématurité, culture, puéricultrice, famille interculturelle, accompagnement, parentalité.