

Laura NYDEGGER
Tatiana SAMSON

Volée Bachelor Automne 2007

PROGRAMME DE FORMATION BACHELOR EN SOINS INFIRMIERS

**LE ROLE INFIRMIER DANS LA PROMOTION DE
L'ATTACHEMENT EN NEONATOLOGIE**

**Comment peut-on utiliser les stratégies infirmières optimisant le lien
d'attachement entre une mère et son enfant prématuré dans un
service de soins intensifs de néonatalogie ?**

Travail de Bachelor présenté à la
Haute Ecole de la Santé La Source

LAUSANNE

2010

Béatrice Posse

Remerciements

Nous souhaitons particulièrement remercier Madame Béatrice Posse, pour sa disponibilité, son suivi et ses précieux conseils.

Nous remercions également, Aurélie LeBerre, notre experte de terrain, pour sa disponibilité et son enthousiasme à lire notre travail.

Enfin, nous remercions nos familles pour leur soutien et la relecture de notre travail.

Résumé

Question :

Comment peut-on utiliser les stratégies infirmières optimisant le lien d'attachement entre une mère et son enfant prématuré dans un service de soins intensifs de néonatalogie ?

Contexte :

Le contexte de notre revue de littérature correspond à un service de néonatalogie de niveaux de soins II et III. Le niveau II est caractérisé par un soutien respiratoire invasif ou non, et le niveau III accueille des nouveaux-nés nécessitant une ventilation mécanique et une surveillance accrue.

La revue de littérature regroupe des articles issus de divers pays du monde.

Résultats :

Au travers des articles consultés, plusieurs stratégies ont été relevées comme influençant le processus d'attachement entre une mère et son enfant prématuré. Tout d'abord, la promotion de la proximité entre ces deux personnes devrait être dans l'esprit des infirmières. Il est également nécessaire d'informer régulièrement la mère quant au quotidien de son enfant au sein de l'unité. Ceci, en plus de l'incitation à la participation aux soins par les infirmières, permet à la mère de se sentir impliquée. Le partenariat entre la mère et l'infirmière crée une relation qui permet notamment à l'infirmière de renforcer les compétences maternelles. Ces interventions infirmières ont un impact sur le processus d'attachement. De plus, une connaissance des comportements d'attachement permet de se rendre compte de l'évolution du processus d'attachement.

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute école de la santé La Source.

Table des matières

1	Introduction	1
2	Problématique	2
	2.1 <i>Origine de la question</i>	2
	2.2 <i>Pertinence</i>	2
	2.3 <i>Cadre conceptuel</i>	3
3	Méthode	5
4	Résultats	6
5	Analyse critique des articles	7
	5.1 <i>The Nature of Attachment in a Neonatal Intensive Care Unit</i>	7
	5.2 <i>Room for family-centered care – a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project</i>	8
	5.3 <i>Attachment Behaviors in Mothers of Premature Infants: A Descriptive Study in Thai Mothers</i>	9
	5.4 <i>Reconceptualizing the Nurse’s Role in the Newborn Period as an “Attacher”</i>	10
	5.5 <i>Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses</i>	11
	5.6 <i>Mothers’s Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis</i>	12
	5.7 <i>“Chatting”: an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries</i>	12
6	Comparaison des résultats	14
7	Discussion et perspectives	21
	7.1 <i>Réponses à notre problématique</i>	21
	7.2 <i>Consensus et divergences</i>	22
	7.3 <i>Propositions</i>	23
	7.4 <i>Limites de la revue de littérature</i>	24
	7.5 <i>Perspectives de recherche</i>	25
8	Conclusion	25
9	Bibliographie	27
10	Annexe	

1 Introduction

La néonatalogie est une spécialité de la pédiatrie qui se consacre à l'étude et aux traitements des nouveaux-nés (MEDIADICO, en ligne). Afin de prendre en charge ces enfants, il est important de savoir que la majorité d'entre eux se trouvent dans un incubateur. Cet élément peut altérer le processus d'attachement, alors que la proximité entre l'enfant et ses parents est un attribut essentiel. C'est pourquoi, nous avons souhaité faire un bref résumé de l'historique de la place des parents dans un service de néonatalogie.

Les premières couveuses apparaissent pour la première fois en 1889, suite à l'idée d'un accoucheur du nom de Tarnier. Ce dernier met en place des règles de base pour les soins des prématurés, telles qu'une hygiène irréprochable et un isolement des enfants dans un milieu humide et à température constante. En effet, on craignait une contamination des enfants par des germes. Ces règles vont amener les nouveaux-nés prématurés à être séparés de leurs parents pendant une période s'étendant sur plusieurs semaines. Ce n'est qu'à partir des années 1960, lorsque l'idée que la séparation entre les parents et leur bébé est néfaste pour ces derniers, que l'interdiction des parents aux services de néonatalogie s'estompe. En effet, ces unités commencent à s'ouvrir aux parents et ceux-ci commencent à participer aux soins de leur enfant, pour ce qui est de la toilette ou du biberon, par exemple. A cette époque, les parents étaient bienvenus durant de brèves périodes pendant la journée, c'est-à-dire quelques heures, comme c'est le cas pour les visites dans les services de soins intensifs adultes. En effet, il était inimaginable que les soins se prodiguent sous le regard attentif des parents. Durant les années 1980, les services de néonatalogie ouvrent leur porte presque sans limite aux parents, car l'importance de la relation entre les parents et leur enfant devient évidente. Certains services laissent les parents rester auprès de leur enfant, même durant la nuit. Ces changements demandent une réorganisation des soins qu'il faut également repenser. La prise en charge des parents en néonatalogie débute. Les professionnels se doivent de tenir compte de ce que vivent les parents, notamment en terme de stress psychologique. Aujourd'hui, les services de néonatalogie sont totalement accessibles aux parents et commencent à s'ouvrir à d'autres membres de la famille, dont la fraterie (Peters, 2001 ; Vollenweider, Nicastro, Sabeh, Lambiel & Pala, 2004, p. 2).

De plus, selon Greisen & al. (2009), les réglementations concernant l'accès au service de néonatalogie pour les parents varient considérablement entre les pays du nord et du sud de l'Europe. En effet, les pays du sud, notamment l'Italie et l'Espagne autorisent moins de temps de présence pour les parents que le Danemark, les Pays-Bas ou encore le Royaume-Uni. Malgré l'augmentation du temps de présence parentale dans un service de néonatalogie, le processus d'attachement demeure encore difficile. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place diverses stratégies infirmières l'optimisant.

Dans ce travail, nous allons, tout d'abord, présenter notre questionnement. Puis, nous développerons divers concepts théoriques permettant d'étayer notre problématique. Ensuite, nous expliciterons la méthodologie que nous avons utilisée avant d'entrer dans l'analyse des résultats. Nous finirons par une discussion des résultats émergents des articles retenus.

2 Problématique

Comment peut-on utiliser les stratégies infirmières optimisant le lien d'attachement entre une mère et son enfant prématuré dans un service de soins intensifs de néonatalogie ?

2.1 *Origine de la question*

Lors de notre formation, nous avons reçu peu de cours touchant à la néonatalogie. Mais durant ces quelques cours, il a été précisé que l'attachement pouvait être altéré dans certaines conditions. L'attachement est un concept que nous avons régulièrement travaillé durant notre formation, mais pas dans le contexte de la néonatalogie. Nous nous sommes posées la question en quoi l'attachement est-il important en néonatalogie ? En quoi peut-il être altéré ? C'est pourquoi, nous avons souhaité poursuivre notre réflexion dans ce domaine.

Laura, ayant le projet professionnel de travailler dans un service de néonatalogie, sait qu'elle sera confrontée à des situations avec des enfants prématurés et leur parents. Ainsi, l'attachement sera une composante importante du rôle infirmier et donc à intégrer à ses soins. Cette recherche est donc une façon de mieux s'y préparer. Au travers de discussions au sujet des projets professionnels avec Laura, Tatiana s'est rendue compte qu'elle sera amenée à rencontrer des situations similaires dans le contexte des urgences, service dans lequel elle souhaite travailler.

Laura, ayant effectué un stage aux soins intensifs de néonatalogie, a rencontré des situations qui l'ont questionnée. Elle a constaté que, selon l'infirmière avec qui elle collaborait, l'importance accordée à l'attachement variait. De plus, des stratégies sont utilisées pour favoriser l'attachement, notamment les soins de Kangourou ou le sein de contact, une information régulière pour les parents par les infirmières et les médecins selon leur champ de compétence, et un espace réservé à la famille. Après en avoir discuté ensemble, nous nous sommes demandées si ces moyens mis en place sont suffisants ? Est-il possible d'en amener d'autres ? Et comment intégrer le concept d'attachement dans le rôle infirmier autonome ?

2.2 *Pertinence*

Nous commençons par nous assurer que notre questionnement se trouve dans le champ clinique infirmier. Pour cela, nous nous référons au métaparadigme infirmier avec ses quatre concepts centraux.

La personne, dans notre problématique, correspond à la dyade mère-enfant. Nous ne pouvons pas écarter un des membres de cette dyade, car l'attachement induit une interaction entre deux individus. Le choix de la mère s'est fait en fonction de la littérature à disposition. En effet, au début, nous étions intéressées par l'attachement entre les parents et leur enfant, mais en vue des articles existants, nous avons décidé de nous centrer sur la mère.

Le soin que nous traitons dans notre problématique, est l'optimisation du lien d'attachement. En effet, nous pensons qu'un lien d'attachement altéré peut avoir des conséquences néfastes. Au travers de nos diverses lectures, nous avons constaté que la qualité du lien d'attachement influence le développement de l'enfant (Kennell & McGrath, 2005 ; Schenk, K., Kelley & Schenk, P., 2005). Sachant que la prématurité a des conséquences sur le développement de l'enfant à long terme, nous nous demandons s'il est possible de rattacher l'origine de ces troubles du développement soit à l'altération de

l'attachement, soit à la prématurité. Toutefois, il n'est possible d'agir que sur le processus d'attachement.

La prématurité de l'enfant correspond, dans notre recherche, à la santé. En effet, nous pensons que l'état de santé instable de l'enfant influence le processus d'attachement, de par la séparation à la naissance, des appareillages dont l'incubateur, et de la nécessité de fournir des soins et des surveillances constantes à l'enfant. De plus, selon Bialoskurski, Cox & Hayes (1999), le comportement d'un enfant prématuré peut être désorganisé, ce qui peut perturber les interactions avec sa mère. En effet, l'enfant est moins réceptif aux sollicitations de sa mère.

L'environnement dans lequel se trouve la dyade mère-enfant est le service de soins intensifs de néonatalogie. De par notre expérience et nos lectures, nous savons qu'un environnement bruyant, lumineux, technologique, impersonnel et inconnu est impressionnant pour les mères et peut influencer le processus d'attachement (Johnson, 2008).

Par la suite, nous proposons quelques données épidémiologiques, afin de connaître l'ampleur du phénomène de la prématurité en Suisse. Comparée aux autres pays européens, elle se trouve dans la moyenne supérieure en matière de naissances prématurées, après l'Autriche et l'Allemagne.

En Suisse, les naissances prématurées (22-36 semaines de gestation) représentent 7.5 % de la totalité des naissances, en 2008 ; contre 91.9 % de naissances à terme. Il faut savoir que les jumeaux présentent 10 fois plus de risques de naître prématurément que les enfants uniques, mais ils ne représentent que le tiers, soit 27%, de la totalité des naissances prématurées (OFS, en ligne).

L'attachement est un lien affectueux des enfants à leurs parents, caractérisé par un désir de proximité. Il se développe au sein de la relation mère-enfant et est influencé par la qualité des interactions. Les premières interactions mère-enfant permettent à l'enfant d'acquérir une compréhension des relations sociales, favorisent l'attention, l'acquisition du langage et facilitent le contrôle émotionnel (Bozette, 2007, p. 50).

Les avancées technologiques de maintien en vie auprès d'un enfant prématuré ont tendance à séparer l'enfant de leur mère, ce qui altère la proximité nécessaire à l'attachement (Davis, Mohay & Edwards, 2003 cité par Johnson, 2008, p. 254). Les conséquences d'un attachement altéré sont, par rapport aux compétences parentales, la négligence et la maltraitance ultérieures (Belsky, 1993 & Minister of Health of Quebec, 1993 cité par Goulet & al, 1998, p. 1078). Et concernant le développement de l'enfant, on observe une estime de soi altérée et de la difficulté à entrer en relation avec d'autres personnes (Karen, 1994 cité par Goulet et al., 1998, p.1078).

2.3 Cadre conceptuel

Afin que la compréhension de la problématique soit claire, nous vous présentons les concepts principaux émergeant de notre questionnement.

Stratégie infirmière

La définition de la stratégie selon Chandler permet d'exprimer ce que nous entendons par stratégie infirmière : « la stratégie consiste à déterminer les objectifs et les buts fondamentaux à long terme d'une organisation puis à choisir les modes d'action et d'allocation des ressources qui permettront d'atteindre ces buts et objectifs »

(Geronim.free.fr, 2009, en ligne). En effet, elle regroupe les trois questions suivantes, qui illustrent parfaitement notre questionnement :

- Que produire ?
- Comment faire pour réaliser cette production ?
- Avec quels moyens ?

Pour nous, la stratégie infirmière fait partie du rôle propre infirmier que Lothaire définit comme « le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie ainsi qu'une capacité de jugement et d'initiative pour prodiguer des soins globaux, individualisés, responsables et créatifs à chaque patient » (2006, en ligne). Ainsi, le « rôle représente une ligne de conduite, un ensemble d'attitudes requises pour soigner » (Collière cité par Caverzasio, 2007, p. 66).

Attachement

C'est ce qui maintient la proximité et le sentiment de sécurité. Une « figure d'attachement est une figure vers laquelle l'enfant dirigera son comportement d'attachement. Sera susceptible de devenir une figure d'attachement toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée avec le bébé et durable, et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approches » (Guedeney & Guedeney, 2006, p. 13-15).

Le lien est une relation unique entre deux individus, spécifique et qui dure dans le temps. Le lien correspond au lien émotionnel allant des parents à l'enfant, tandis que l'attachement renvoie au lien allant dans la direction opposée, de l'enfant aux parents (Kennell & McGrath, 2005, p. 775).

Le concept d'attachement comprend des attributs qui sont la proximité, la réciprocité et l'engagement. La proximité se définit par une attitude physique et psychologique des parents cherchant à être proche de leur enfant. La réciprocité concerne les capacités de l'enfant à faire réagir ses parents. Pour cela, les parents doivent être sensibles et répondre aux besoins de leur enfant. Pour terminer, les parents prennent connaissance de leur rôle et de leurs responsabilités envers leur enfant, ce qui amène à placer l'enfant au centre de la vie parentale, donc à l'engagement (Goulet & al., 1998, p. 1075-1076).

Prématurité

La prématurité est la naissance avant 37 semaines de gestation (March of Dimes cité par Kelly, 2006, p. 238). La limite de viabilité d'un enfant prématuré se situe entre 22 à 25 semaines de gestation. En Suisse, la société suisse de néonatalogie l'a fixée à 24 semaines de gestation (Micheli & al., 2009). On distingue trois types de prématurité selon l'âge gestationnel :

- La prématurité moyenne : de 32 à 37 semaines de gestation.
- La prématurité sévère : de 27 à 32 semaines de gestation.
- La prématurité extrême : moins de 27 semaines de gestation.

Un enfant prématuré est caractérisé par une immaturité de tous ses systèmes et organes, ce qui provoque des difficultés dans son développement et un risque de mortalité plus élevé que l'enfant né à terme.

Un nouveau-né prématuré est généralement de plus petite taille et d'un poids moindre. Sa peau est fine, rouge et recouverte d'un « duvet », le lanugo. Ses membres sont fins et son abdomen est proéminent (Vollenweider, Nicastro, Sabeh, Lambiel & Pala, 2004, p. 2

à 9). De plus, la prématurité a des complications immédiates et à long terme (Ladewig, London, Moberly, Olds, 2003, p. 720-721).

Soins intensifs de néonatalogie

Afin de mieux comprendre le type de service de néonatalogie, nous avons choisi de différencier les divers niveaux d'unité néonatale, et plus spécifiquement les niveaux II et III, qui correspondent à l'environnement de notre questionnaire.

- niveau I : soins de base
- niveau II : soins spécifiques
- niveau III : soins intensifs

Le niveau I s'adresse aux enfants dont les risques sont bas et qui ne présentent pas un état de santé nécessitant des soins néonataux plus aigus. Généralement, il n'accueille pas d'enfant né à moins de 35 semaines de gestation.

Le niveau II s'occupe d'enfants dont l'état de santé va probablement s'améliorer rapidement et dont les complications liées à la prématurité et à la maladie sont limitées. Normalement, il s'agit d'enfants de plus de 32 semaines de gestation et dont le poids de naissance dépasse 1500g, ou d'enfants récupérant d'une maladie grave ayant été traitée dans une unité de niveau III. Il existe deux types d'unité de niveau II. En effet, certaines n'ont pas la possibilité de soigner des enfants avec une ventilation mécanique, alors que d'autres le peuvent pour une durée de moins de 24 heures. Elles peuvent également s'occuper d'enfants ayant un traitement de CPAP (continuous positive airway pressure).

Le niveau III est caractérisé par la présence et la disponibilité constante du personnel offrant un soutien à la vie aussi longtemps que nécessaire.

Il existe encore des subdivisions pour le niveau III, mais il ne nous semble pas pertinent de les détailler dans le cadre de cette recherche. Selon la subdivision, les unités accueillent des enfants avec une ventilation mécanique plus ou moins longue et des enfants nécessitant des interventions chirurgicales plus ou moins lourdes (American Academy of Pediatrics, 2004).

3 Méthode

Dans le cadre de notre travail, nous avons principalement utilisé la base de données Cinhal, car elle répertorie des articles de sciences infirmières. Nous avons complété nos recherches par d'autres bases de données, telles que Medline et Science Direct. Au fur et à mesure de nos recherches, les mêmes articles ressortaient et c'est à ce moment que nous changions de mots-clés et éventuellement de bases de données.

Mots-clés	Medline	Cinhal	Science Direct	Bibliographie
Premature Birth, intensive care, parents		1		
Professional-family relations, NICU ¹		8		
Attachment, NICU		2		
Attachment, parents, NICU		2		
NICU, mothers		2		

¹ NICU : Neonatal Intensive Care Unit

Attachment, strategy, NICU		6		
Nurses role, parent-infant attachment, NICU		2		1
Tool, attachment		3		
Instrument, NICU		1		
Optimize, attachment, NICU		1		
NICU, mother-neonate			5	1
NICU, nurses' strategies			2	
Improve, mother-neonate relation			3	
NICU, family centered care		1		
Object attachment, mother-child relations, NICU	1, articles en lien: 6			
Parent-infant bonding, attachment, NICU		1		
Parent-infant relation		1		
Maternal-infant attachment, NICU		1		
Mother-infant interaction, premature			1	

4 Résultats

Nos recherches se sont avérées fructueuses. Toutefois, nous avons connu des phases difficiles en début de recherche, car les mots-clés utilisés ne menaient pas à des résultats pertinents. Après un affinement des mots-clés, les articles trouvés nous ont semblé adaptés à notre questionnement.

Dans un premier temps, nous avons sélectionné une cinquantaine d'articles, dont nous avons lu le résumé et survolé le contenu de l'article. Afin de vérifier que les articles se trouvent dans la sphère clinique infirmière, nous avons utilisé le métaparadigme. Suite à cette première lecture, nous en avons finalement conservé vingt-quatre. Nous avons, par la suite, lu ces articles de manière plus approfondie. De cette lecture, nous avons éliminé les articles s'écartant de notre thématique, pour finalement en retenir onze. Afin de retenir les plus pertinents en regard de notre problématique, nous les avons évalués en fonction de nos critères d'inclusion et d'exclusion établis préalablement.

Critères	
Inclusion	Exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Contexte d'unité de néonatalogie de niveau II ou III • Nouveau-né prématuré • Article dont au moins un des auteurs est infirmier • Formation des auteurs démontrant une certaine expertise • Les thèmes de l'article doivent toucher soit le concept d'attachement, soit donner des pistes d'application pour la 	<ul style="list-style-type: none"> • Article datant de plus de dix ans • Article dont le champ disciplinaire est purement médical, psychologique ou autres qu'infirmier • Méthodologie difficilement compréhensible • Références non proportionnelles à l'article et non actuelles • Eviter que tous les articles ne viennent du même pays, par rapport aux autres

pratique • Prise en considération de l'aspect éthique	publications
--	--------------

Suite, à cette évaluation, nous en avons sélectionné sept qui font partie de notre revue de littérature. Cependant, pour certains articles nous n'avons pas appliqué ces critères de manière stricte. En effet, certains articles ne répondaient pas à la totalité de nos critères d'inclusion, mais ils apportaient des éléments importants de réponse. Ceci sera plus détaillé dans l'analyse critique de nos articles.

Nos articles retenus diffèrent quant à leur contenu, car nous avons souhaité faire apparaître une complémentarité entre chacun, afin d'avoir une vision globale de notre problématique.

Les articles ne faisant pas partie de notre sélection finale, ont été utilisés afin de développer notre cadre conceptuel et d'étayer notre réflexion.

5 Analyse critique des articles

Dans cette partie du travail, nous allons, tout d'abord, exposer le but de l'article, puis un bref résumé du cadre théorique et de la méthodologie. Par la suite, nous critiquerons l'article au travers de la date de parution, du parcours des auteurs, des références utilisées et du respect de l'éthique. Finalement, nous expliciterons les raisons de l'inclusion de l'article dans notre recherche. Pour ceci, nous nous sommes basées sur notre grille d'analyse qui se trouve en annexe de ce travail.

5.1 *The Nature of Attachment in a Neonatal Intensive Care Unit*

Cette étude qualitative (Bialoskurski, Cox, & Hayes, 1999) explore le phénomène d'attachement en soins intensifs de néonatalogie de niveau III. Elle affirme que le contexte des soins intensifs de néonatalogie a le potentiel de contrecarrer la relation entre les parents et leur enfant. La qualité de la relation entre la mère et l'enfant commence avec l'établissement d'un lien pendant le développement fœtal. Cependant, l'attachement peut devenir problématique en néonatalogie, car l'enfant est isolé physiquement de ses parents, de par les interventions technologiques et infirmières.

L'étude interroge vingt-cinq mères d'origines ethniques différentes provenant d'un milieu socio-économique défavorisé de la périphérie de Londres. La méthodologie utilisée est celle de « l'ethnonursing » de Leninger. Cette dernière postule que les soins et la santé sont imbriqués dans une vision du monde, de valeurs et de pratique de personnes ayant une culture particulière.

Cet article est paru dans le « Journal of Perinatal and Neonatal Nursing », en 1999. Nous nous rendons bien compte que la date dépasse nos critères d'inclusion. Cependant, cette étude a été citée dans de nombreux articles en tant que cadre de référence relatif à l'attachement en néonatalogie. Nous avons choisi cette recherche, car elle explore le concept d'attachement en se focalisant sur les soins intensifs de néonatalogie. De plus, l'auteure, M. Bialoskurski, est aussi citée dans de nombreux ouvrages. Il s'agit d'une infirmière en soins généraux, qui a obtenu un diplôme post-grade et un master. Ceci nous permet de penser que l'étude est crédible.

Les auteures utilisent pour leur cadre théorique des références connues, telles que Goulet, Erickson, Bowlby et Klaus & Kennell. En effet, ces auteurs sont réputés pour avoir développé des concepts liés à l'attachement et au développement de la personne.

Afin de préserver les droits éthiques des participants, les chercheurs ont établis des critères d'inclusion, préalablement négociés avec le comité d'éthique de l'arrondissement. Les participants devaient être âgés d'au moins dix-huit ans, être capable de parler en anglais, ne pas avoir l'air en détresse et devaient donner leur consentement.

5.2 Room for family-centered care – a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project

Cette recherche qualitative (Beck, Weis, Greisen, Andersen & Zoffmann, 2009) a pour but d'observer comment une intervention sur l'aménagement physique du service de néonatalogie a un impact sur les parents et les professionnels de la santé.

Les chercheurs ont constaté qu'actuellement, beaucoup de services de néonatalogie utilisent les soins centrés sur la famille comme conception des soins. Les principes de ce modèle incluent la reconnaissance de la famille comme une constante dans la vie de l'enfant et comme sa ressource de soutien la plus importante. Les concepts se référant à ce modèle sont la dignité, le respect, le partage d'information, la participation et la collaboration.

L'étude interventionnelle s'est inspirée de la théorie enracinée. Elle interroge cinq parents et onze membres du personnel (médecins et infirmières) d'un hôpital de Copenhague. La configuration de l'environnement physique, lors de l'étude, se compose de trois types de chambres. La première configuration est un espace ouvert, accueillant quatre à sept enfants avec un fauteuil à proximité de l'incubateur pour les parents. La deuxième comprend une chambre accueillant deux à trois enfants avec un nombre égal de lits à disposition des parents. Chaque famille est séparée l'une de l'autre et des professionnels par un rideau. Finalement, la troisième configuration consiste à placer les enfants et les parents dans une chambre individuelle, séparée par une cloison. Les parents ont également un lit à disposition dans cette chambre.

Cet article récent a été publié dans le « Journal of Neonatal Nursing » en 2009. Les auteurs travaillent pour la plupart au département de néonatalogie de l'hôpital universitaire de Copenhague. Les auteurs se composent de quatre infirmières, ayant des postes à responsabilité ou ayant effectué des formations post-grade, et d'un médecin professeur. Ceci nous amène à dire que la recherche est fiable. Les références utilisées sont nombreuses et actuelles, de moins de six ans. Certaines sources sont en danois, donc il nous est impossible de les évaluer. Cependant, nous retrouvons les auteurs suivants : Bialoskurski & Cox, Fenwick, McGrath et Heerman, que nous avons rencontrés au travers de nos lectures.

Concernant les droits d'éthique, les chercheurs ont obtenus la permission d'une autorité supérieure et une garantie de confidentialité et d'anonymat a été assurée. De plus, les participants ont signé un consentement en accord avec la déclaration d'Helsinki². Selon nous, les chercheurs portent une importance à l'éthique, ce qui nous démontre une certaine crédibilité.

Nous avons choisi cette étude, car l'environnement de la néonatalogie a un impact sur le processus d'attachement entre les parents et leur enfant. Nous voulions savoir quelles

² L'Association Médicale Mondiale (AMM) a élaboré la Déclaration d'Helsinki comme un énoncé de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables (2010, en ligne)

dispositions amèneraient les parents à se sentir à l'aise dans leur rôle et ainsi favoriser le processus d'attachement. Ceci est démontré par la mise en évidence des conséquences des divers aménagements sur les parents et les professionnels.

5.3 Attachment Behaviors in Mothers of Premature Infants: A Descriptive Study in Thai Mothers

Cette étude qualitative et descriptive (Tilokskulchai, Phatthanasiriwethin, Vichitsukon & Serisathien, 2002) a investigué les comportements d'attachement démontrés par les mères, lors de leur première visite auprès de leur enfant prématuré, dans une unité de néonatalogie.

Il est important que la mère soit réceptive à l'enfant et réponde à ses besoins physiques et psychologiques, afin qu'une confiance s'installe. Si l'enfant grandit dans des conditions défavorables à l'établissement d'un attachement sécure, il pourrait être affecté dans son développement et avoir un risque de retard au niveau émotionnel, social, cognitif et linguistique. Les mères d'enfant prématuré sont souvent contraintes à retarder la période initiale d'interaction. Lorsqu'elles ont finalement un contact, elles peuvent avoir de la difficulté à développer des sentiments d'attachement pour leur enfant. Généralement, elles démontrent moins de comportements d'attachement que les mères d'enfants à terme, de par certains facteurs, tels que la petite taille et les caractéristiques de l'enfant. Il est nécessaire de considérer les différences culturelles en matière de comportement d'attachement maternel. En effet, le style de comportement varie en fonction de la culture, mais comporte la même valeur.

Dans un hôpital universitaire de Bangkok, les chercheurs ont interrogé trente mères d'enfants prématurés, se trouvant en incubateur et ne présentant aucune complication sévère ou anomalie congénitale. Pour mener à bien leur observation, les auteurs ont accueilli la mère à son arrivée, l'ont informée de l'état de santé de son enfant et l'ont accompagnée auprès de ce dernier en lui précisant qu'elle pouvait le toucher. Ensuite, la mère a eu l'opportunité d'exprimer ses ressentis. Une observation et un enregistrement des comportements d'attachement ont été réalisés, avant de terminer par un entretien.

Cette recherche est parue en 2002 dans le « Journal of Perinatal and Neonatal Nursing ». La date de parution correspond à nos critères d'inclusion. De plus, les auteurs possèdent soit des masters, soit des doctorats, et sont pour deux d'entre eux des professeurs à la faculté de soins infirmiers de l'université de Mahidol. Nous avons également constaté que Tilokskulchai a publié plusieurs recherches concernant l'enfant prématuré et la relation entre une mère et son enfant malade. Ces éléments attestent, selon nous, de la crédibilité de l'article.

En ce qui concerne les sources de l'étude, nous pouvons critiquer le manque d'actualité des références. Toutefois, nous retrouvons des auteurs connus dans le domaine de la périnatalité ou de l'attachement, tels que Klaus & Kennell, Erickson, Bialoskurski et Ladewig.

Les chercheurs ont reçu la permission de mener cette étude par le comité de la recherche sur le sujet humain de l'hôpital universitaire de Bangkok. De plus, le consentement de l'échantillon a été obtenu avant la récolte de données.

Cet article nous a interpellées, car il présente des indicateurs du comportement d'attachement, ce qui nous permet d'observer si un processus d'attachement est en cours. De plus, cela nous permet d'affiner notre regard infirmier concernant l'évaluation

du processus d'attachement. Sachant ceci, les infirmières peuvent mettre en œuvre des interventions favorisant ces indicateurs.

5.4 Reconceptualizing the Nurse's Role in the Newborn Period as an "Attacher"

L'article (Karl, Beal, O'Hare & Rissmiller, 2006) propose une approche relationnelle dans les soins à l'enfant, enracinée dans les principes de la théorie de l'attachement. L'enfant a besoin de commencer un attachement sécurisé, en vue de se développer et la mère a besoin de s'initier à la relation avec son enfant pour devenir une « bonne mère ». La mère et son enfant ont besoin d'opportunités pour être émotionnellement impliqués l'un envers l'autre. Traditionnellement, les soins infirmiers prennent en compte les besoins de la mère séparément des besoins de l'enfant. Une approche manquant de dévouement de la part de l'infirmière à percevoir la mère et l'enfant comme une entité, ne lui permet pas d'intervenir sur les besoins de la dyade.

Karl, O'Hare, Beal & Rissmiller définissent le concept d'attachement, selon plusieurs auteurs reconnus. Tout d'abord, Bowlby (1969, cité par Karl & al., 2006, p. 258) voit l'attachement mère-enfant comme un processus relationnel entre ces deux individus. Nous remarquons que Brazelton & Nugent (1995, cités par Karl & al., 2006, p. 258) définissent l'attachement par une recherche de proximité physique, un maintien étroit du contact et une réceptivité de la mère face au contact. De plus, Klaus & Kennell (1976, cités par Karl & al., 2006, p. 258) différencie le lien de l'attachement en précisant que le lien correspond à la connexion émotionnelle initiale entre la mère et son nouveau-né, et que l'attachement se rapporte à la relation qui se développe durant la première année de vie de l'enfant.

Cet article est paru en 2006 dans l'« American Journal of Maternal/Child Nursing ». Les auteures possèdent soit un master ou un doctorat. De plus, une d'entre elles est une « pediatric nurse practitioner »³, ce qui nous démontre la qualité de l'article. Les auteures se réfèrent à de nombreuses sources, telles que Bowlby, Brazelton, Klaus & Kennell, Winnicott et Sullivan. Mis à part les auteurs cités précédemment, la majorité des références se situent entre 1996 et 2006.

Cette publication a été financée par la division de la santé mère/enfant du département de la Santé et des Services Humains des États-Unis. Nous comprenons, par là qu'elle a été acceptée. N'étant pas un article de recherche, il nous semble évident de ne pas trouver de précision quant au respect des droits éthiques.

Nous sommes conscientes que cet article s'écarte de nos critères d'inclusion. Il ne traite pas d'enfants prématurés et ne se situe pas dans un service de soins intensifs de néonatalogie. En effet, le contexte est celui d'une unité de maternité post-partum où les enfants sont nés à terme. Toutefois, cette publication nous amène un élément que nous ne connaissions pas et qui nous paraît pertinent de transférer dans un service de néonatalogie. L'attitude soignante proposée peut favoriser l'attachement en permettant à la mère de développer son rôle maternel. C'est pour ceci que nous l'avons retenu.

³ Il s'agit d'une infirmière certifiée ayant réalisé une formation avancée menant à une spécialisation médicale, telle que la pédiatrie ou la médecine interne. La « nurse practitioner » joue le rôle de professionnel de la santé, en première ligne, et peut prescrire des médicaments (MedicineNet, 2010, en ligne).

5.5 Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses

L'empowerment des parents en soins intensifs de néonatalogie est crucial. Cependant, il n'est pas clair de savoir comment s'y prendre pour transférer la responsabilité des soins de base aux parents. Cette recherche qualitative contextuelle (Herbst & Maree, 2006) a pour but d'explorer et de décrire l'empowerment des parents d'enfants en soins intensifs de néonatalogie. En effet, il s'agit de savoir quels sont les besoins des parents en vue de l'empowerment? Et de savoir comment un parent en soins intensifs de néonatalogie, peut bénéficier d'un empowerment? Cette recherche propose des recommandations d'utilisation de l'empowerment, basées sur les besoins et les suggestions des parents et la réflexion des infirmières néonatales quant à leurs applications dans la pratique.

Un manque d'implication des parents dans les soins donne lieu à un manque de lien, une négligence envers l'enfant et un plus grand risque de développer des maladies psychosociales pour les parents. Le processus visant l'implication parentale se rapporte à l'empowerment. Ce dernier est un processus permettant aux personnes de choisir de contrôler et de prendre une décision concernant leur vie, à travers un partenariat aidant. L'empowerment valorise tous les individus concernés (Rodwell, 1996 cité par Herbst & Maree, 2006, p. 4).

Certains facteurs et des facteurs de stress additionnels, tels que l'incertitude ou les circonstances personnelles, retardent de manière significative l'acceptation du rôle parental. Des complications peuvent apparaître si les parents ne sont pas impliqués dans les soins à leur enfant, dont des troubles du lien et de l'attachement, un manque de confiance parentale et une diminution des compétences dans les soins maternels.

Les infirmières sont essentielles pour faciliter le processus d'empowerment en néonatalogie. Cependant, elles trouvent cela souvent difficiles à réaliser. En effet, peu d'infirmières ont les compétences ou les connaissances pour gérer les parents. Les infirmières doivent prendre du temps pour faire de l'empowerment auprès des parents, ce qui signifie une augmentation de la charge de travail. De plus, le processus d'empowerment est compliqué par le fait que les parents vivent l'environnement des soins intensifs de néonatalogie comme menaçant.

Les chercheurs ont interrogé, dans un premier temps, deux groupes de dix à douze parents et dans un deuxième temps, vingt infirmières, venant de deux hôpitaux privés à Gauteng (Afrique du Sud). Afin d'assurer une crédibilité, les infirmières interrogées devaient avoir au moins un an d'expérience en néonatalogie. De plus, pour assurer la richesse des données, des invitations ont été données à des infirmières considérées comme expertes, comme des cheffes de services, des infirmières inscrites en master en soins infirmiers de néonatalogie ou des infirmières l'ayant déjà obtenu. Finalement, pour éviter de biaiser les données, un interviewer indépendant a mené le groupe de réflexion des parents pendant qu'un des chercheurs observait la dynamique du groupe.

Cet article est paru en 2006 dans la revue de « Health SA Gesondheit ». Les auteurs sont des infirmières spécialisées en néonatalogie. Les sources utilisées sont variées, mais nous ne connaissons pas la majorité d'entre elles. Les références sont récentes en lien avec l'année de parution de l'article. De plus, nous constatons que plusieurs sources ont été publiées dans le « Journal of Advanced Nursing », qui est une revue infirmière réputée. Ces éléments témoignent de la fiabilité de la recherche.

Concernant le respect de l'éthique, nous pouvons tout d'abord dire que cette recherche se base sur les principes de bienfaisance. Ensuite, les auteurs ont obtenu le consentement des deux hôpitaux privés, l'approbation du comité d'éthique de la faculté des sciences de la santé de l'université de Pretoria, ainsi que le consentement des participants à qui les chercheurs ont assuré l'anonymat et la confidentialité.

Nous avons sélectionné cet article, car l'implication des parents dans les soins de leur enfant participe au développement du rôle parental, ce qui à son tour favorise le processus d'attachement. Sachant que l'implication parentale se rapporte à l'empowerment, il nous semble pertinent d'intégrer cet article dans notre réflexion.

5.6 Mothers's Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis

Jusqu'en 2008, il n'existe pas de méta-synthèse traitant de l'expérience des mères ayant un enfant en unité de néonatalogie. Cette publication (Aagaard & Hall, 2008) est une méta-synthèse de quatorze recherches qualitatives sur l'expérience vécue par les mères ayant un enfant prématuré en soins intensifs de néonatalogie.

Une méta-synthèse consiste à comparer des résultats d'études qualitatives individuelles ayant peu d'impact sur la pratique. Elle présente une image élargie d'un phénomène, ce qui permet une généralisation plus crédible des résultats pour l'utilisation de données probantes dans la pratique. Selon nous, il s'agit d'une revue de littérature.

Les chercheurs ont utilisés l'approche méta-ethnographique de Noblit & Hare. Les quatorze études choisies ont été publiées entre 2000 et 2005. Deux groupes d'études ont été choisis, un premier, spécifique au rôle maternel auprès d'enfants prématurés et le second auprès d'enfants prématurés et d'enfants à terme nécessitant des soins de néonatalogie.

Cette revue de littérature a été publiée en 2008 dans le « Journal of Pediatric Nursing ». Les auteures sont des infirmières possédant un master en soins infirmiers et un doctorat en philosophie. De par leurs diplômes, il nous semble que cette publication est crédible. Nous ne connaissons pas les références utilisées par les auteurs, mais elles sont nombreuses, variées et pour la plupart récentes.

Nous ne sommes pas surprises de constater que le point concernant l'éthique ne figure pas dans l'article. En effet, il s'agit d'une méta-synthèse qui ne nécessite donc pas d'un échantillonnage humain. Toutefois, il aurait été intéressant de vérifier que les principes éthiques aient été respectés dans les quatorze études utilisées.

Cette revue de littérature est pertinente pour notre questionnement, car elle nous permet de connaître les ressentis de la mère durant l'hospitalisation, et ainsi cibler le rôle infirmier favorisant l'attachement. De plus, l'échantillon important (159 mères) nous garantit une fiabilité et une certaine transférabilité.

5.7 "Chatting": an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries

Selon le dictionnaire anglais Oxford, le « chat » se définit comme une façon de discuter légère et informelle ou de converser de manière familière et agréable (Oxford, 2010, en ligne).

Cette recherche qualitative (Fenwick, Barclay & Schmied, 2001) explore l'utilisation du « chat » comme un outil clinique pouvant aider les infirmières à réaliser des soins centrés sur la famille en néonatalogie. Le but est de mieux comprendre l'expérience des mères dans le rôle maternel en unité de néonatalogie et de savoir comment les interactions sociales des infirmières et les échanges verbaux ont un impact sur l'expérience des mères, afin d'améliorer les soins.

D'après le cadre conceptuel utilisé par les auteurs, la clé pour réaliser des soins centrés sur la famille, au lit de l'enfant, est la relation parent-infirmière. En effet, c'est à travers l'infirmière que les parents ont accès à leur enfant. C'est uniquement dans une relation honnête, ouverte et de confiance que les parents peuvent se sentir reconnus, à travers un empowerment, comme les vrais parents de leur enfant. En dépit de ce que nous pouvons penser, plusieurs auteurs soutiennent que les infirmières semblent ignorer l'impact des interactions et de la relation qu'elles partagent avec les parents.

Concernant la méthode, les données ont été récoltées dans deux hôpitaux en Australie. La première unité de néonatalogie comprenait des soins de niveaux II et III, et la deuxième unité comprenait seulement des soins de niveau II. L'échantillon se compose de vingt-huit mères et de vingt infirmières dont dix-huit diplômées et deux étudiantes sages-femmes. La récolte de données s'est faite au travers de deux entretiens formels et de l'enregistrement des interactions entre les professionnels de la santé et les parents, au chevet de l'enfant. Pour analyser les données, les chercheurs ont utilisé une méthodologie interprétative selon la théorie enracinée.

Cette publication est parue, en 2001, dans le « Journal of Advanced Nursing ». Les trois auteures de l'article sont diplômées infirmières et sages-femmes et possèdent toutes trois un doctorat en philosophie. Ces auteures nous paraissent fiables de par leurs diplômes reconnus et leurs nombreuses publications dans le domaine. Parmi les références utilisées par les chercheuses, nous notons la présence de l'auteure Bialoskurski. De plus, nous remarquons que les chercheuses citent un article dont elles sont les auteures et un autre dont Schmied est l'auteure. Les sources sont récentes. En effet, la majorité d'entre elles ont une date de publication actualisée par rapport à l'année de parution.

Pour ce qui touche au respect de l'éthique, les chercheuses ont reçu l'approbation des services de santé des zones dans lesquelles se trouvaient les hôpitaux et ont également été soutenues par le « National Health and Medical Council Grant ».

Nous avons retenu cet article, car il nous permet de mieux appréhender les interactions mère-infirmière et par conséquent leur relation. Comme nous l'avons observé précédemment, dans un article, cette relation peut favoriser la relation mère-enfant. Ainsi, les infirmières, en développant des compétences relationnelles, peuvent influencer le rôle maternel. Sachant qu'un rôle maternel renforcé favorise le lien d'attachement, nous pensons que cet article est pertinent pour notre problématique.

6 Comparaison des résultats

But	Principaux résultats	Limites	Retombées sur la pratique
The Nature of Attachment in a Neonatal Intensive Care Unit			
<p>Explorer le phénomène d'attachement en soins intensifs de néonatalogie de niveau III</p>	<p>Deux formes associées à l'attachement ont été formulées : l'attachement manifeste et non-manifeste. Dans chacune, un processus immédiat, retardé et problématique a été identifié.</p> <p>Le processus immédiat se produit si la mère a la possibilité de voir immédiatement son enfant après la naissance et quand des contacts physiques entre ces deux derniers sont possibles.</p> <p>Le processus retardé peut se produire quand l'enfant est prématuré. Quand l'apparence et le comportement de l'enfant ne sont pas conformes aux attentes maternelles. La formation du lien peut être retardée, car l'enfant n'est pas capable de jouer son rôle dans l'établissement de l'attachement. L'attachement retardé pourrait également être une stratégie d'adaptation de la part de la mère ou de la famille pour prévenir la douleur excessive, dans le cas où l'évolution de la santé de l'enfant est incertaine ou qu'il meurt.</p> <p>Etablir un lien peut être problématique dans beaucoup de situations, telles que la rupture de la relation du couple ou lorsque la mère est incapable de garder l'enfant en raison d'un grave handicap et d'une grave prématurité.</p> <p>Le début et le temps d'attachement peuvent être difficiles à évaluer, car le processus n'est peut-être pas manifeste.</p> <p>L'attachement est habituellement perçu comme une dyade qui se produit entre la mère et l'enfant. La présence d'une infirmière amène la dyade en triade. Une relation triadique altère le processus d'attachement. En effet, les soins de l'enfant sont partagés entre la mère et l'infirmière. Ainsi, l'évolution de l'attachement devient plus difficile à prédire.</p> <p>L'attachement devrait être considéré comme un processus individuel, et le rôle de l'infirmière pour faciliter l'attachement devrait être basé sur le principe de la promotion d'un contact physique précoce avec l'enfant, ainsi que des possibilités de voir et d'être proche de l'enfant.</p>	<p>Selon les chercheurs, les résultats sont contextuels et ne peuvent donc pas être généralisés, une étude avec un échantillon plus grand devrait être réalisée. Toutefois, nous pensons que les éléments principaux émergent des résultats sont transférables à d'autres situations.</p>	<p>Cette étude nous donne une définition du concept d'attachement en néonatalogie. Et par conséquent, nous permet de l'appréhender et ainsi de l'évaluer.</p> <p>Cet article permet d'identifier dans quelle mesure l'attachement peut être retardé ou problématique. En connaissance de ces éléments, nous pouvons ensuite cibler des interventions infirmières adaptées à la situation, en fonction du type d'altération de l'attachement.</p>

Room for family-centered care – a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project

<p>Observer comment une intervention sur l'aménagement physique du service de néonatalogie a un impact sur les parents et les professionnels de la santé</p>	<p>Plus l'organisation du service de néonatalogie s'oriente vers les chambres individuelles, plus la charge mentale des parents diminue et plus la charge de travail des professionnels augmente, notamment concernant la sécurité de l'enfant. Les résultats de l'étude mettent en évidence que le degré d'attachement dépend du type de chambre. De plus, la disposition de la chambre influence la perception des parents quant à leur rôle, leur bien-être, ainsi que leur niveau d'énergie.</p> <p>Le thème « se sentir comme une visite à son propre enfant » (p. 91) a été relevée dans les chambres ouvertes. Cet espace rajoute un poids émotionnel pour les parents. La curiosité des autres les rendent inconfortables.</p> <p>Le thème « se sentir comme des parents » (p. 93) a été identifié dans les chambres séparées par des rideaux. Le lit disposé à côté de l'enfant a affecté positivement le sentiment de proximité des parents et leur sentiment d'être une mère et un père. L'opportunité d'être continuellement avec leur enfant amène les parents à assumer leur rôle dans les soins.</p> <p>Le thème « une famille comme unité » (p. 94) a été observé dans les chambres individuelles. Dans cette disposition, les parents ont pu augmenter leur responsabilité parentale et vivre des expériences positives avec leur enfant. L'opportunité de se lier avec son enfant est encouragé dans ce lieu. Le personnel a observé que les parents se sentaient plus sécurés dans leurs responsabilités et qu'il a amélioré leurs compétences à soigner leur enfant. Un partage des rôles entre les parents et les soignants a également été observé.</p> <p>Selon les soignants, donner des responsabilités aux parents et partager les rôles, a demandé une plus grande clarification des attentes de chacun. De plus, les soignants reflètent un besoin d'avoir des habilités en communication et des compétences personnelles concernant les interactions.</p> <p>Les chambres individuelles dans une unité de soins intensifs de néonatalogie ont permis de créer un espace pour les soins centrés sur la famille. Ceci a été perçu autant par les parents que par les professionnels.</p>	<p>Selon les chercheurs, le fait que les parents aient vécu une expérience dans plusieurs types de chambres peut influencer les résultats de l'étude de façon positive ou négative. En effet, après avoir vécu l'expérience dans une chambre individuelle, il nous semble difficile d'évaluer objectivement les autres types de chambre.</p> <p>De plus, nous trouvons l'échantillon pauvre. En effet, les chercheurs ont finalement interrogé cinq parents de familles différentes. Il serait nécessaire d'effectuer une autre étude comprenant un plus large échantillon, afin de garantir la validité des résultats.</p>	<p>Cette recherche nous a fait prendre conscience de l'impact de l'environnement sur les parents. En effet, les chambres individuelles permettent une participation de la part des parents, une responsabilisation de leur part dans les soins, ainsi qu'un sentiment de proximité, ce qui affecte positivement le processus d'attachement. Ces données renseignent sur les besoins des parents en regard de l'environnement. Ainsi, nous pouvons affiner nos interventions. Par exemple, si les parents ont besoin d'intimité, nous mettrons en place des actions liées à l'environnement la favorisant.</p>
--	---	---	---

Attachment Behaviors in Mothers of Premature Infants : A Descriptive Study in Thai Mothers			
<p>Investiguer les comportements d'attachement démontrés par les mères, lors de leur première visite auprès de leur enfant prématuré, dans une unité de néonatalogie</p>	<p>Le comportement d'attachement le plus fréquent est le toucher, puis l'inspection, la verbalisation et l'expression faciale.</p> <p>Les raisons pour lesquelles les mères n'ont pas passé beaucoup de temps avec leurs enfants, sont : les croyances que l'ouverture du hublot refroidit l'enfant, la peur de l'équipement médical et l'apparence physique de l'enfant qui attriste la mère.</p> <p>Les mères n'ayant que peu touché leur enfant l'expliquent par la peur de faire du mal, la peur de transmettre une infection et la peur de déranger le sommeil.</p> <p>Il existe deux catégories de verbalisation : celle à l'enfant et celle à l'infirmière. La verbalisation à l'enfant comprend : commenter son comportement, parler ou calmer son enfant, commenter ses caractéristiques, commenter l'entrée de l'enfant dans la famille et comparer l'enfant avec des personnes de l'entourage de la mère. La verbalisation à l'infirmière comprend : des questions sur l'état de santé de l'enfant, l'autorisation de toucher l'enfant, des commentaires sur le sommeil de l'enfant et des questions concernant l'alimentation.</p> <p>Les facteurs influençant cette interaction sont la durée du premier contact, la barrière de l'enveloppe physique (couvertures) et l'état de santé de l'enfant.</p> <p>Les infirmières en unité de soins intensifs de néonatalogie devraient évaluer et promouvoir les comportements désirés, afin de permettre aux mères d'exprimer des comportements d'attachement à leur enfant.</p>	<p>Selon les chercheurs, le fait d'avoir informé les mères quant à la possibilité de toucher et d'interagir avec leur enfant, a peut-être altéré le comportement naturel de la mère. De plus, les situations d'enfants en incubateur ont peut-être freiné certains comportements.</p> <p>Sachant que les comportements d'attachement varient en fonction de la culture, nous pensons qu'il est possible que la hiérarchie des différents types de comportements démontrés, soit différente en Suisse, car cette étude a été menée auprès de mères thaïlandaises.</p>	<p>En ayant connaissance de ces indicateurs, nous pouvons évaluer la présence de comportements d'attachement maternel. En effet, si une mère présente des difficultés à exprimer des comportements d'attachement, nous serons en mesure de la guider dans ce processus, grâce à ces indicateurs.</p>
Reconceptualizing the Nurse's Role in the Newborn Period as an « ATTACHER »			
<p>Proposer une approche relationnelle dans les soins à l'enfant</p>	<p>L'infirmière « enseignante » transfère ses compétences de soins à la mère.</p> <p>L'infirmière « faiseuse » joue le rôle de fournisseur de soins de substitution, à la place de.</p> <p>Le rôle d'« attacheuse » englobe le rôle d'« enseignante » et de « faiseuse ».</p> <p>L'infirmière « attacheuse » voit l'attachement comme un processus</p>	<p>Sachant que cet article traite d'enfants sains en maternité, nous avons volontairement mis de côté certains éléments de l'article.</p> <p>Malgré que le contexte de</p>	<p>Cet article a mis en évidence l'impact de la relation mère-infirmière sur la relation mère-enfant. En ayant conscience de ceci, les professionnels de la santé pourraient ajuster leurs interactions avec la mère, afin de d'optimiser la relation mère-infirmière. Par conséquent, la relation mère-enfant</p>

⁴ Le « rooming-in » est le fait de placer l'enfant et la mère dans la même chambre durant l'hospitalisation (Children's Hospital of Pittsburgh, 2010, en ligne).

	<p>relationnel facilité par la proximité physique et par la réceptivité de la mère aux signaux de son enfant. Elle utilise le soin et le comportement de l'enfant pour initier la relation mère-infirmière. Puis, elle utilise cette relation créée pour faciliter la connexion entre la mère et l'enfant.</p> <p>La mère qui ressent l'approche de l'infirmière peut intérioriser ce sentiment et l'utiliser comme un modèle pour l'interaction avec son enfant.</p> <p>Une infirmière facilitant le contact physique étroit entre la mère et son enfant renforce l'attachement.</p> <p>Les infirmières « attacheuses » partagent l'information, renforce l'observation et guident la mère à tester des techniques afin de se connecter physiquement et émotionnellement à son enfant. Augmenter la fréquence du toucher crée une connectivité positive entre la mère et l'enfant, Les infirmières, pour promouvoir la proximité, peuvent maintenir un contact en incluant le « rooming-in »⁴, l'allaitement, le peau-à-peau et les massages.</p> <p>La sensibilité et la réceptivité maternelle sont des éléments centraux dans le développement de l'attachement.</p> <p>Valider la propre expérience de la mère et ses besoins peut lui donner l'énergie de se concentrer sur son bébé.</p> <p>L'interaction mère-enfant est optimisée lorsque la mère a des sentiments positifs envers son bébé et est confiante dans son rôle maternel.</p>	<p>l'article s'éloigne de la néonatalogie, certains points nous semblent transférables à la néonatalogie.</p> <p>Il ne s'agit pas d'un article de recherche, donc nous n'avons pas connaissance de la méthodologie utilisée par les auteurs, ce qui nous amène à avoir des réserves quant à la fiabilité des résultats.</p>	<p>en sera améliorée.</p>
Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses			
<p>Explorer et décrire l'empowerment des parents en soins intensifs de néonatalogie</p>	<p>Les parents devraient être encouragés à participer aux soins de leur enfant, toutefois leur rôle doit être clarifié.</p> <p>L'empowerment des parents est limité par le manque de communication, ce qui crée un sentiment d'insécurité. En effet, la communication est cruciale, selon les parents, afin qu'ils puissent être responsabilisés.</p> <p>L'admission en soins intensifs de néonatalogie et les circonstances stressantes causent des perturbations dans le processus du lien entre les parents et leur enfant. A long-terme, cela a un impact sur les sentiments de confiance de l'enfant et sur ses futures relations.</p> <p>Le lien parent-enfant peut être facilité à travers le processus</p>	<p>Selon les chercheurs, l'utilisation de groupes focus peut présenter des désavantages. En effet, la subjectivité des participants peut avoir influencé les données.</p> <p>Les auteurs estiment que l'étude est contextuelle et ne peut pas être transférée à d'autres lieux. Toutefois,</p>	<p>L'empowerment auprès des parents permet de les impliquer, de les responsabiliser dans leur rôle parental. Cette implication et responsabilisation des parents influencent le processus de lien entre les parents et leur enfant.</p> <p>Selon les chercheurs, la mise en place pratique de l'empowerment en néonatalogie, par les infirmières est souvent compliquée. Ceci est dû à plusieurs facteurs, tels qu'un manque de</p>

	<p>d'empowerment des parents, durant lequel ceux-ci sont informés et impliqués comme partenaires dans les soins de leur enfant et la prise de décision.</p> <p>Les interactions avec leur enfant peuvent les confronter dans leur rôle parental et contribuent au processus de lien.</p> <p>L'empowerment des parents ayant un enfant en néonatalogie est important pour le lien parent-enfant et le bien-être mental des parents et des enfants.</p>	<p>les résultats sont soutenus par la revue de littérature, les auteurs supposent donc que les parents d'enfants en néonatalogie d'autres hôpitaux ont les mêmes besoins.</p> <p>Selon nous, les soins de néonatalogie d'hôpitaux privés d'Afrique du Sud correspondent aux soins d'un hôpital public en Suisse.</p>	<p>connaissances et de compétences sur comment faire, un manque de temps, un manque de personnel, ainsi qu'à une attitude négative des infirmières par rapport à une approche centrée sur la famille.</p>
<p>Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit : A Meta-Synthesis</p>			
<p>Explorer l'expérience vécue par les mères ayant un enfant prématuré en soins intensifs de néonatalogie</p>	<p>Durant les premières semaines d'hospitalisation, la mère ressent de l'ambivalence dans sa relation avec son enfant. La mère peut craindre l'attachement à ce nouveau bébé, comme si elle oscillait entre espoir et désespoir.</p> <p>Avec le temps et en gagnant en compétences maternelles et en assurance, une connexion et une connaissance mutuelle s'installe entre la mère et l'enfant,</p> <p>La mère a envie de réclamer son rôle, mais les contraintes et la supervision constante contribuent au sentiment de ne pas être une mère « normale ».</p> <p>En premier lieu, l'attention de la mère est principalement centrée sur l'environnement. Avec le temps, son attention oscille entre l'environnement et l'enfant. Finalement, au fur et à mesure que la mère est à l'aise dans l'unité, elle devient plus attentive envers son enfant.</p> <p>Les mères développent des stratégies, afin de revendiquer leur rôle maternel : recherche de connaissance, questions incluant l'état de santé de l'enfant, l'équipement et les traitements, recherche d'interaction physique, contribution aux soins de leur enfant (apport du lait maternel).</p> <p>Le fait que les infirmières soient gentilles, aidantes, soutenantes, souriantes, calmes, patientes, disponibles, facilite la relation mère-infirmière. De plus, le « chat » permet aux infirmières de partager leurs</p>	<p>Selon les auteurs, l'interprétation des résultats des différentes études a été influencée par la compréhension du phénomène par les auteurs, en tant que mère et praticienne en unité de néonatalogie. De plus, la variété des méthodes des différentes études de l'échantillon est considérée comme une limite.</p>	<p>Cet article nous présente l'expérience vécue par les mères en néonatalogie. En connaissant leur vécu, nous pouvons anticiper leurs besoins et y répondre, et ainsi permettre aux mères de se focaliser sur leur enfant, et par conséquent l'attachement en est amélioré.</p> <p>Les auteurs proposent, afin de développer et renforcer la compétence maternelle : un plan de soins reconnaissant le rôle des parents dans le contexte néonatal et intégrant les rôles d'expert, de coach et de facilitateur dans le rôle infirmier. Dans ce plan de soins, une participation guidée des parents y serait intégrée. De plus, les infirmières devraient bénéficier d'une formation concernant les habilités au « chat », car les mères le définissent comme établissant, maintenant et promouvant leur confiance en elles et leur image de soi en tant que mère.</p>

	<p>connaissances et expertise autrement que par la simple information et ainsi les mères se sentent incluses dans les soins.</p> <p>Le rôle maternel auprès d'un enfant prématuré dans une unité de néonatalogie est un processus qui se développe à travers une relation étroite avec le bébé, une relation professionnelle avec le personnel, une vigilance interne et une préoccupation de la mère.</p>		
« Chatting » : an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries			
<p>Explorer l'utilisation du « chat » comme un outil clinique pouvant aider les infirmières à réaliser des soins centrés sur la famille en néonatalogie.</p>	<p>Il existe des types d'interactions utilisés par les infirmières, qui inhibent ou facilitent la capacité des mères à prendre conscience de leur rôle et de se sentir proches de leur enfant.</p> <p>Lors des interactions, les mères ne sont pas seulement attentives à ce qui est dit, mais aussi à comment les choses sont dites.</p> <p>Le partage entre infirmière et mère est facilité par le « chat ». Ce processus facilite le dialogue dans lequel chacun est capable de relater, d'échanger et de partager des expériences de vie hors de l'unité. Pour les infirmières, le « chat » est une manière d'apprendre à connaître la mère et, facilite donc la compréhension de ses besoins permettant d'offrir des soins individualisés. De plus, la confiance développée améliore le sentiment de sécurité de la mère et facilite sa capacité à s'exprimer.</p> <p>Il existe différents types de « chat » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echange concernant la vie en général : personne ne guide la conversation, tous les participants partagent de façon égale et les interactions sont caractérisées par l'équité. • Utilisation de discours professionnels entremêlés de discussions moins formelles : ce type d'interactions donne l'opportunité de partager avec les infirmières ouvertement. En retour, cela aide les infirmières à évaluer les besoins des mères et leur offrir des soins individualisés. • Discussion « évitante » : ce type d'interaction est superficiel et court. L'infirmière contrôle la discussion. • « Badinage » : l'infirmière plaisante et rigole en passant près de la mère. Ce type d'interaction peut causer une grande détresse auprès des mères. <p>Le « chat » est représenté par des épisodes de dialogues longs,</p>	<p>Selon les auteurs, ne pas avoir investigué l'impact des interactions entre des infirmières et des mères de langues différentes, est une limite. Il est nécessaire, selon eux, de réaliser une recherche supplémentaire.</p>	<p>Une minorité d'infirmières identifie le « chat » comme une stratégie importante permettant de faciliter les rapports. Selon les chercheurs, il est important de clarifier, auprès des infirmières, comment le « chat » fonctionne.</p> <p>Si nous pouvons valoriser son utilisation et éclairer son pouvoir en tant qu'outil clinique fournissant des soins de qualité, nous pouvons aider les infirmières à tendre vers une approche des soins centrés sur la famille.</p> <p>Les infirmières utilisant le « chat » facilitent l'apprentissage du rôle de mère, permettent aux mères de maîtriser la situation et donc aident au développement d'une relation mère-enfant.</p>

	<p>ininterrompus et où chaque participant prend la parole à tour de rôle et de façon égale. C'est un véhicule permettant à l'infirmière de partager des informations personnelles, de promouvoir une conversation bidirectionnelle et, en conséquence, facilite l'expérience d'apprentissage pour les deux participants. Cette capacité des infirmières démontre aux mères que la soignante s'intéresse réellement à elle, ce qui initie de l'affection, du soin et de la confiance. Les infirmières rendent du pouvoir à la mère, en partageant plutôt qu'en dictant leurs connaissances et expertise. Le « chat » est une stratégie de communication qui établit, maintient et améliore la confiance et l'image de soi de la mère.</p> <p>Lorsque les infirmières donnent peu d'opportunités aux mères de diriger la conversation, elles mettent des limites à l'interaction et découragent certaines mères à s'ouvrir.</p>		
--	---	--	--

7 Discussion et perspectives

7.1 Réponses à notre problématique

Le processus d'attachement peut être retardé par la prématurité. En effet, l'enfant ne peut pas jouer son rôle dans l'établissement de l'attachement. Sa prématurité modifie son comportement, ce qui influence les interactions avec sa mère. Si la mère a des attentes envers son enfant et que celui-ci n'y répond pas, elle peut remettre en question ses compétences maternelles et par la suite, être déçue. Ce phénomène peut, selon nous, influencer indirectement le processus d'attachement, car l'attention et la réceptivité de la mère à l'égard de son enfant peut être diminué. Pour prévenir cela, l'infirmière a un rôle important dans l'information. Il est nécessaire d'expliquer à la mère les réactions « normales » d'un enfant prématuré, afin de la déculpabiliser.

Nous avons développé les principales causes de l'altération du processus d'attachement dans notre cadre conceptuel. Cependant, nos recherches nous ont démontré d'autres causes, telles qu'une non implication envers l'enfant permettant de prévenir la douleur excessive en cas d'évolution incertaine et de mort. Dans ce cas, la mère effectue un deuil anticipé et notre rôle est de l'accompagner dans ce processus par l'écoute active et par la validation de ses ressentis. Simultanément, l'infirmière promeut le lien en mettant en avant les points positifs de l'état de santé de l'enfant, en favorisant les interactions, en l'impliquant dans les soins, en renforçant ses compétences et ainsi en optimisant le lien d'attachement. La relation triadique entre la mère, l'enfant et l'infirmière a été identifiée comme un facteur freinant le processus d'attachement. En effet, la mère et l'infirmière se partagent les soins de l'enfant, ce qui peut générer de la frustration pour la mère, car le lien privilégié entre la mère et l'enfant est fragilisé. Afin de prévenir des complications liées à cette fragilité, les professionnels de la santé doivent prendre conscience de la place qu'ils occupent dans cette triade et penser à se retirer pour offrir une certaine intimité, afin de placer la mère au centre des soins de son enfant.

Sachant que la proximité est un attribut de l'attachement, il convient de la promouvoir, au travers de diverses actions optimisant le contact physique précoce. Ces actions peuvent prendre diverses formes, telles que des propositions incitant la mère à être auprès de son enfant : le kangourou, les massages, le rooming-in, les soins de base, l'expression du lait et la guidance par l'infirmière à des techniques permettant à la mère de se connecter physiquement et émotionnellement à son enfant. Ces interventions ont un plus grand impact si la durée du contact est augmentée et si les barrières physiques entravant la proximité sont diminuées. Selon Beck, Weis, Greisen, Andersen & Zoffmann (2009), l'utilisation de chambres individuelles favorise un maximum la proximité physique. Dans cet aménagement, les parents se sentent plus sécurisés, ont plus de responsabilités et améliorent leurs compétences parentales. De plus, l'infirmière et la mère clarifient ensemble leur rôle, afin d'éviter d'empiéter l'une sur l'autre, ce qui favorise les expériences positives. Finalement, ces éléments encouragent le lien d'attachement. Nous nous rendons bien compte qu'il n'est pas possible de demander une restructuration du service. Toutefois, des actions peuvent être mises en place, afin de se rapprocher des éléments clés émergeant des chambres individuelles. Par nos actions, notre objectif est de favoriser une plus grande intimité.

La prise de conscience par les infirmières de l'existence de comportements d'attachement comprenant principalement le toucher, l'inspection, la verbalisation et l'expression faciale, leur donne l'opportunité d'évaluer leur présence et de les initier

et/ou de les renforcer. Toutefois, il faut garder à l'esprit la notion que l'attachement peut être non manifeste. Ainsi, une absence de comportements d'attachement ne signifie pas forcément que ce dernier est altéré. De plus, selon Tilokskulchai, Phatthanasiriwethin, Vichitsukon & Serisathien (2002) les mères ressentent parfois des appréhensions quant à mettre en œuvre ces comportements, ce qui crée une barrière à l'établissement du processus d'attachement. Pour prévenir ceci, l'infirmière a un rôle important d'information au niveau de l'incubateur, de l'équipement en général, de l'apparence physique de l'enfant et des représentations de la mère. Effectivement, il arrive parfois que les mères aient peur de faire mal à leur enfant ou de le déranger.

Durant les soins effectués par la mère, celle-ci peut ressentir la supervision constante de l'infirmière, ce qui diminue la confiance en soi en lien avec les compétences maternelles et indirectement l'établissement du processus d'attachement. Pour diminuer ce sentiment de surveillance, l'infirmière peut instaurer une relation en partenariat avec la mère. Ce partenariat peut réduire le sentiment que l'infirmière détient le pouvoir. Au contraire, il place la mère et l'infirmière sur un pied d'égalité. Le partenariat amène une relation entre la mère et le professionnel de la santé. Ce dernier construit cette relation en utilisant le soin et le comportement de l'enfant en tant qu'outil. Cette relation a le potentiel de favoriser le lien entre la mère et son nouveau-né. En effet, la mère intériorise les sentiments liés à sa relation avec l'infirmière et qu'elle emploie comme un modèle pour l'interaction avec son enfant.

L'implication des mères et leur participation dans les soins sont des facilitateurs du processus d'attachement. Pour ce faire, la soignante informe la mère de l'état de santé du prématuré, de l'organisation des soins, des raisons des différentes interventions techniques et dans quelle mesure la mère peut y participer. De plus, l'infirmière valide et renforce les perceptions et compétences maternelles. Selon nous, ces paramètres ont un impact positif sur la réceptivité de la mère aux signaux de son enfant, ce qui par la suite influence l'attachement.

Le « chat » inclut la mère dans les soins par le partage mutuel de connaissances et d'expertise. Il favorise le dialogue et permet à la soignante d'apprendre à connaître la mère et ainsi facilite la compréhension des besoins de cette dernière. La mère de par ce « chat » développe de la confiance en elle, ce qui améliore son sentiment de sécurité et est propice à l'expérience d'apprentissage.

7.2 Consensus et divergences

Au travers de nos recherches, certaines similitudes nous sont apparues, dont nous allons expliciter les principales. Le contact physique étroit, incluant le toucher, est identifié dans la majorité de nos articles. Il est présenté comme un élément crucial dans le processus d'attachement. En effet, sachant que la proximité est un attribut de l'attachement, nous ne sommes pas étonnées de retrouver cette notion dans de nombreuses recherches. De plus, la promotion de l'intimité de la dyade mère-enfant est encouragée par les diverses recherches lues.

Nous avons également pu observer dans certains articles, que la prématurité modifie l'apparence et le comportement de l'enfant, ce qui peut augmenter l'écart entre les représentations de la mère et la réalité.

L'environnement est ressorti comme étant impressionnant pour les mères dans plusieurs de nos recherches. Ce qui indique qu'elles ne sont préparées à faire face à ce milieu et par conséquent se focalisent en premier sur ce dernier.

La majorité des articles parcourus mettent l'accent sur l'établissement de la relation mère-infirmière comme promoteur de l'attachement. Cette dernière se construit au travers d'une confiance mutuelle, qui elle-même s'instaure par un partage d'informations de la part de l'infirmière. Nous avons également identifié dans plusieurs articles, qu'elle favorise les compétences maternelles. Cette relation est facilitée par le « chat », élément que nous avons relevé dans certains articles.

De nombreux articles sont d'accord sur le fait que l'implication et la participation des parents responsabilisent ces derniers en regard de leur rôle parental, ce qui influence le processus d'attachement.

Finalement, le partage des rôles entre la mère et l'infirmière est un élément ressortant dans plusieurs articles. Toutefois, il n'est pas considéré de la même manière par rapport au processus d'attachement. Ce qui amène la principale divergence de notre revue de littérature. Le partage des rôles est perçu comme freinant le processus d'attachement en raison de la présence d'une tierce personne, l'infirmière, ou comme une condition favorisant ce processus par l'implication de la mère dans les soins de son enfant.

Nous pensons que notre revue de littérature a fait émerger peu de divergences de par la diversité des thèmes des articles. En effet, les thèmes principaux de notre recherche ont été abordés par différentes thématiques, ce qui complique la mise en évidence d'éventuelles divergences.

7.3 Propositions

Nous proposons de créer un espace accueillant et confortable pour la mère au chevet de son enfant, par l'installation permanente d'un fauteuil et d'une tablette. Ensuite, nous pensons que fermer les rideaux lorsque la mère est présente permet à la dyade de s'isoler du service. Pour éviter de perturber ce moment d'intimité, il est important, dans la mesure du possible, de limiter les nuisances sonores et de respecter la sphère privée de la dyade en demandant la permission de pénétrer dans l'espace. Mais nous nous interrogeons quant à la sécurité de l'enfant, car nous n'oublions pas que nous sommes dans un service de soins intensifs. Pour cela, nous proposons, lorsque la stabilité de l'enfant le permet, d'afficher les surveillances hémodynamiques sur le moniteur d'un autre enfant, comme cela se fait dans certaines unités.

Au début de l'hospitalisation de l'enfant, la mère se concentre sur l'environnement impressionnant plutôt qu'à son nouveau-né, ce qui altère la réceptivité de la mère. Pour ramener l'attention de la mère à son enfant, nous proposons, en premier lieu, de l'informer sur l'organisation de l'unité. Et en deuxième lieu, au chevet de l'enfant, de lui expliquer, dans un langage adapté, la fonction de chaque équipement en lien avec la santé du nouveau-né. De plus, il est essentiel de rassurer la mère et de lui démontrer notre disponibilité à répondre à ses questions autant de fois qu'elle le souhaite. Toutes ces interventions permettent à la mère de se concentrer sur son enfant et indirectement de se lier à ce dernier.

Comme le souligne Beck & al (2009), les chambres individuelles sont la meilleure configuration pour les familles. Cependant, elle nous paraît difficile à mettre en pratique. En effet, elle induit des restructurations et des transformations dans le service. De tels changements impliquent un investissement financier important. De plus, l'institution se doit de revoir son organisation en lien avec la charge de travail. Effectivement, il est nécessaire d'avoir un ratio d'infirmières plus important, afin de garantir la sécurité des enfants et l'accompagnement des parents. Comme cette conception de soins en

néonatalogie fait l'unanimité auprès des parents et des professionnels de la santé, nous émettons le postulat qu'il s'agit d'un idéal vers lequel l'unité de soins devrait tendre. Il s'agit, tout d'abord, de rechercher l'équilibre entre les attentes de chacun et les possibilités de mise en œuvre. Nous avons pensé à une configuration qui respecterait cet équilibre. Elle se composerait d'une chambre fermée pour trois enfants, comprenant un espace relativement grand entre chacun, afin d'accueillir confortablement les parents. La sécurité des enfants est assurée par la présence d'au moins une infirmières dans chaque chambre.

Pour évaluer le processus d'attachement, nous pensons qu'il serait pertinent de développer une échelle d'évaluation commune des comportements d'attachement comprenant les indices relevés dans l'article de Tilokskulchai, Phatthanasiriwethin, Vichitsukon & Serisathien (2002). Une fois le canevas réalisé, une période d'essai devrait être mise en place dans différents hôpitaux de divers cantons, afin d'améliorer l'échelle et d'en avoir l'approbation. Suite à cette dernière, il s'agirait de former le personnel à sa fonction et à son utilisation, pour finalement, l'intégrer au dossier de soins infirmiers, ce qui offrirait une prise en charge centrée sur la famille.

Comme nous l'avons dit précédemment, la relation mère-infirmière influence la relation mère-enfant. Sachant cela, le rôle infirmier se centre sur la construction de la relation mère-infirmière. Pour l'encourager, nous pensons qu'il serait nécessaire de proposer des formations traitant de l'impact de la relation mère-infirmière sur le lien mère-enfant. Ces formations donneraient des moyens aux infirmières de développer leurs habilités de communication et d'accompagnement. Ainsi, en agissant sur cette relation, nous pensons que l'attachement en serait optimisé. Nos recherches nous ont amené à penser que le « chat » est un moyen de communication promouvant la relation infirmière-mère et influençant indirectement l'accompagnement de cette dernière. Ainsi, ces formations permettraient, entre autres, de sensibiliser les infirmières au « chat » en leur exposant ses fonctions, son utilisation et une mise en garde concernant le type de « chat » à éviter.

Nous savons, grâce à nos différentes lectures, que l'empowerment permet d'impliquer les parents dans les soins de leur nouveau-né et favorise ainsi l'attachement. Cependant, ce processus étant difficile à mettre en œuvre, nous proposons à nouveau de former les professionnels de la santé quant à l'impact de l'empowerment sur l'implication des parents. De plus, ceci permettrait de développer leurs compétences quant à l'utilisation de l'empowerment. Pour ceci, il pourrait s'avérer adéquat de partir de l'expérience des professionnels, car ceux-ci ont peut-être déjà des attitudes favorisant l'empowerment mais n'en ont peut-être pas conscience.

7.4 Limites de la revue de littérature

Nous avons identifié plusieurs limites dans notre revue de littérature. Nous pensons que notre problématique ayant une approche sur le vécu des mères, oriente les résultats dans une perspective qualitative. En effet, durant nos recherches sur les bases de données, nous avons majoritairement trouvé des articles de type qualitatif. De plus, dans notre sélection, nous avons uniquement retenu des articles qualitatifs, ceci de manière inconsciente. Nous sommes conscientes qu'une des caractéristiques des articles qualitatifs est le faible échantillon, ce qui ne facilite pas la généralisation des résultats. Cependant, nos recherches issues de diverses régions du monde présentent des résultats similaires, ce qui nous a permis de généraliser les résultats pour les transférer à la pratique infirmière.

Une autre limite, nous semblant importante à relever, est notre manque d'expertise et notre niveau de formation. Effectivement, il s'agit de notre première expérience en recherche infirmière. De plus, étant en formation initiale, nous n'avons pas le recul nécessaire sur la pratique, de par le peu de temps passé sur le terrain. Ces éléments ont influencés notre regard critique concernant le choix d'articles et leur critique, ainsi que les propositions que nous avons apportées.

Finalement, nous relevons que notre recherche aurait pu être plus approfondie, si nous avions eu plus de temps à disposition. En effet, plus de temps nous aurait permis de pouvoir prendre du recul sur notre réflexion et ainsi l'étayer.

7.5 Perspectives de recherche

Comme nous l'avions expliqué auparavant, nous avons choisi de nous centrer sur la mère, en vue de la littérature existante. Toutefois, nous nous interrogeons encore sur la nature de l'attachement entre les pères et leur enfant prématuré. C'est pourquoi, nous proposons que des recherches soient menées auprès de cette dyade, afin de reconnaître le père comme personne significative durant cette transition et de l'impliquer dans le processus d'attachement. De plus, mettre en évidence le vécu des mères et celui des pères dans le processus d'attachement en néonatalogie, pourrait amener des éléments sur leurs besoins, afin de concevoir une prise en charge dans une approche de soins centrés sur la famille.

Afin que les résultats aient plus de crédibilité et d'impact sur la pratique, nous pensons qu'idéalement des recherches à plus grande échelle devraient être menées pour corroborer les résultats. Les recherches quantitatives en sont un exemple. Toutefois, cela nous semble difficile à réaliser en regard de la problématique, car le vécu d'une personne ne peut être mesuré. C'est pourquoi, nous pensons que les méta-synthèses sont un compromis qui répond à cette caractéristique.

8 Conclusion

Ce travail nous a essentiellement permis de développer les compétences cinq et neuf du référentiel de compétences. Il s'agit de « contribuer à la recherche en soins et en santé » et d' « exercer sa profession de manière responsable et autonome » (CORESLOC, 2010, en ligne). Cette revue de littérature est une initiation à la recherche qui nous a permis de développer des connaissances et des méthodes facilitant la sélection d'articles sur les bases de données. De plus, cette expérience nous a amené à apprendre à critiquer la méthodologie des divers articles, afin de juger la pertinence et la crédibilité.

La recherche participe à la reconnaissance du rôle infirmier autonome. Effectivement, grâce à ce travail, nous pensons qu'une infirmière peut avoir plus d'impact auprès des autres professionnels, quant à son jugement lorsqu'elle le référence avec des preuves issues de la recherche. Nous sommes, en Suisse, en retard en matière de recherches infirmières par rapport aux pays Nord-Américains. En effet, ces pays ont commencé à publier des recherches infirmières au cours du vingtième siècle et la Suisse ne le fait que depuis peu. Nous avons donc un rôle à jouer auprès de nos collègues infirmières ayant peut-être moins de facilités à accéder aux recherches et à les utiliser. En effet, elles ne connaissent pas forcément les bases de données, elles ne savent peut-être pas sélectionner les recherches ou encore peut-être pas les lire. C'est à nous lors de groupe de travail de guider ces personnes dans la recherche et de bénéficier de leur expérience dans la pratique.

Enfin, ce travail nous a apporté des connaissances en lien avec le contexte. En effet, le manque d'apports théoriques portant sur la néonatalogie, durant notre formation, a pu être comblé par cette revue de littérature.

9 Bibliographie

Liste de références bibliographiques

- Aagaard, H. & Hall, E. O. C. (2008). Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit : A Meta-Synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), 26-36
- American Academy of Pediatrics. (2004). Levels of neonatal care. *Pediatrics*, 114(5), 1341-1347
- AMM. (2010). L'Association Médicale Mondiale. Accès le 19 juillet 2010 <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/index.html>
- Beck, S. A., Weis, J., Greisen, G., Andersen, M. & Zoffmann, V. (2009). Room for family-centered care – a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project. *Journal of Neonatal Nursing*, 15, 88-99
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment : a developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434
- Bialoskurski, M., Cox, C.L. & Hayes, J.A. (1999). The Nature of Attachment in a Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 13(1), 66-77
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Volume 1. Attachment*. New York : Basic Books
- Bozzette, M. (2007). Review of research on premature infant-mother interaction. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 49-55
- Brazelton, T. B. & Nugent, J. K. (1995). *Neonatal behavioral assessment scale* (3^{ème} édition). Londres : MacKeith Press
- Caverzasio, S. (2007). *L'évolution du rôle infirmier à travers les formations*. Mémoire de fin d'études de formation d'infirmières et infirmiers, Sion, Haute école valaisanne
- Children's Hospital of Pittsburgh. (16 juin 2010). *Children's Hospital of Pittsburgh of UPMC*. Accès le 16 juin 2010 <http://www.chp.edu/CHP/P02669#R>
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterEditions
- CORESLOC (2006). Bachelor HES-SO en soins infirmiers. Evaluation des compétences – niveau « expertise ». In Haute Ecole de la Santé La Source. *Bienvenue sur T@M-T@M, l'Intranet de la HEdS - La Source*. Accès le 16 juillet 2010 http://www2.ecolelasource.ch/claroline/document/document.php?cidReq=BACH&curdirpath=%2FBachelor_09%2F6_La_formation_pratique
- Davis, L., Mohay, H. & Edwards, H. (2003). Mothers' involvement for their premature infant : An historical overview. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 578-586
- Fenwick, J., Barclay, L. & Schmied, V. (2001). « Chatting » : an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 583-593
- Geronim.free.fr. *Economie générale. Economie d'entreprise. Comptabilité. Favoris*. Accès le 11 juin 2010 http://geronim.free.fr/eoent/cours/le_concept_de_strategie.htm
- Goulet, C., Bell, L., Tribble, D. S., Paul, D. & Lang, A. (1998). A concept analysis of parent, infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1071-1081

- Greisen, G., Mirante, N., Haumont, D., Pierrat, V., Pallàs-Alonso, C.R., Warren, I., Smit, B.J., Westrup, B., Sizun, J., Maraschini, A. & Cuttini, M. (2009). Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care unit. A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatrica*, 98(11), 1744-1750
- Guedeney, N. & Guedeney, A. (2006). *L'attachement. Concepts et applications* (2^{ème} édition). Paris : Masson
- Herbst, A. & Maree, C. (2006). Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses. *Health SA Gesondheit*, 11(3), 3-13
- Johnson, A.N. (2008). Promoting maternal confidence in the NICU. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(4), 254-257
- Karl, D. J., Beal, J. A., O'Hare, C. M. & Rissmiller, P. N. (2006). Reconceptualizing the Nurse's Role in the Newborn Period as an « ATTACHER ». *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 11(4), 257-262
- Kelly, M. M. (2006). The Basics of Prematurity. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(4), 238-244
- Kennell, J. & McGrath, S. (2005). Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatrica*, 94, 775-778
- Klaus, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal infant bonding*. St-Louis : Mosby
- Ladewig, P. W., London, M. L., Moberly, S. & Olds, S. B. (2003). *Soins infirmiers en périnatalité* (3^{ème} édition). Canada : ERPI
- Lothaire, T. (2006). (2006). *Autonomie de l'aide soignante, quelles implications pour l'infirmière !* [Présentation powerpoint]. Liège : Haute Ecole André Vésale
- March of Dimes. (2004). *Peristats. Preterm birth overview*. March of Dimes. Accès le 10 décembre 2004 <http://www.marchofdimes.com/peristats/>
- Mediadico. (2010). *Dictionnaire de définitions*. Accès le 15 juillet 2010 <http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/neonatalogie/1>
- MedicineNet. (18 juillet 2010). *We bring doctors' knowledge to you*. Accès le 16 juin 2010 <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=11754>
- Micheli, J.-L., Tolsa, J.-F., Truttmann, A., Roth, M., Giannoni, E., Vaudaux, B. & Moessinger, A. (2009). *Vademecum de Néonatalogie*. Lausanne : CHUV
- Minister of Health of Quebec. (1993). *Politique de périnatalité*. Quebec : MSSSQ
- Office Fédéral de la statistique. (2010). Santé des nouveaux-nés. In Confédération Suisse. *Statistique suisse*. Accès le 14 mai 2010 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/04.html>
- Oxford University Press. (2010). *Oxford English Dictionary*. Accès le 16 juin 2010 http://dictionary.oed.com/cgi/entry/50037201?query_type=word&queryword=chat&first=1&max_to_show=10&sort_type=alpha&result_place=8&search_id=yijI-Cg7yxH-3222&hilite=50037201
- Peters, E. (2001). *Etre infirmier en néonatalogie. Soins infirmiers : La pratique*. Bruxelles : Kluwer
- Rodwell, C. R. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313

Schenk, L.K., Kelley, J.H. & Schenk, M.P. (2005). Models of Maternal-Infant Attachment : A Role for Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 514-517

Tilokskulchai, F., Phatthanasiriwethin, S., Vichitsukon, K. & Serisathien, Y. (2002). Attachment Behaviors in Mothers of Premature Infants : A Descriptive Study in Thai Mothers. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 16(3), 69-83

Vollenweider, N., Nicastro, N., Sabeh, N., Lambiel, J. & Pala, C. (2004). *La prématurité. Je suis né trop tôt : angoisse pour mes parents*. Rapport d'immersion en communauté, Faculté de Médecine, Genève, UNIGE

Liste bibliographique

Jeanguenat, M. (2008). *Les sciences infirmières. Discipline infirmière. Le savoir infirmier* [Présentation Powerpoint]. Lausanne : Haute Ecole de la Santé La Source

Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI

Côté, F., Mercure, S.-A. & Gagnon, J. (2005). *L'intégration des résultats probants de recherche lors de la rédaction de documents scientifiques en science infirmière : quelques repères* [Polycopié]. Laval : Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC). Faculté des Sciences infirmières. Université Laval

Dallaire, C. (1999). *Soins infirmiers et société*. Québec : Gaëtan Morin

Heermann, J. A., Wilson, M. E. & Wilhelm, P. A. (2005). Mothers in the NICU : Outsider to partner. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 176-200

10 Annexe

Pour créer cette grille d'analyse, nous nous sommes inspirées des grilles proposées par Loiselle & Profetto-McGrath (2007), ainsi que la grille du Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC, 2005).

Grille d'analyse des articles

Éléments paratextuels

Nom de la revue :
Date de parution :
Auteurs et leur profession :
Publications antérieures des auteurs :

Résumé

But :
Méthode :
Résultats principaux :
Discussion :
Conclusion :

Introduction

Question de recherche clairement énoncée :
Énoncé du problème :
Métaparadigme infirmier (personne, soin, environnement, santé) :
Sources utilisées actuelles et pertinentes :
Cadre théorique pertinent :

Méthode

Type de recherche :

Qualitative

Contacts avec les participants suffisants :
Échantillon (taille, suffisamment détaillé, critères de choix) :
Collecte des données :
Type d'observation (unique, multiple) :
Type d'entretien :
Comportement du chercheur sur l'échantillon :
Méthode suffisamment étayée (analyse des données) :

Quantitative

Contacts avec les participants suffisants :
Échantillon (taille, suffisamment détaillé, groupes définis, critères de choix) :

Collecte des données :

Type d'observation (unique ou multiple) :

Moment de l'observation :

Type d'entretien :

Comportement du chercheur sur l'échantillon :

Méthode suffisamment étayée (analyse des données) :

Résultats

Résultats résumés de façon adéquate :

Distorsions liées à la méthode :

Résultats pertinents par rapport à la question de recherche :

Représentation des concepts (qualitatif) :

Pertinence des schémas, tableaux, cartes :

Interprétation des résultats

Limites de l'étude :

Conclusions transférables à d'autres situations :

Cohérence entre interprétation et résultats :

Ethique

Respect des droits des participants :

Subventions :

Explicitation du respect des règles d'éthique :

Apport de l'article

Remarques diverses concernant l'article :