



**Le rôle infirmier dans la prise en soins du père ayant un enfant  
hospitalisé dans un service de néonatalogie**

---

**MARJORIE MAURER**

**Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**VINCENT MELCHIONNA**

**Étudiant Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**CARINA PINTO**

**Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**Directrice de travail : MARTINE GARNIER**

---

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2012 EN VUE DE  
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud  
Filière Soins infirmiers**



## RESUME

**Objectif :** L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les moyens dont l'infirmière dispose pour favoriser et renforcer l'attachement du père et son enfant hospitalisé dans un service de néonatalogie.

**Méthode :** Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été pris en compte afin de trouver des articles pertinents pouvant apporter des éléments de réponses à la question de recherche. 52 articles qualitatifs et quantitatifs publiés entre 1999 et 2008 ont été sélectionnés sur les bases de données CINAHL et PubMed. Parmi ceux-ci, 7 ont été inclus dans cette revue de littérature. Les articles ont été analysés sous forme de tableaux. Une synthèse narrative comprenant l'ensemble des résultats a été par la suite effectuée par rapport à deux thématiques principales : l'expérience vécue des pères / parents et le rôle infirmier.

**Résultats :** L'enjeu pour les infirmières en néonatalogie est de savoir reconnaître les différentes expériences des pères pour pouvoir ainsi les inclure dans la prise en soins du nouveau-né. Les interventions qu'elles peuvent prodiguer comprennent une communication et des informations claires et adéquates, le renforcement de l'*empowerment* des pères et de la participation de ceux-ci aux soins tels que la pratique du contact peau à peau et les soins de base.

**Conclusion :** Cette étude met en avant l'attachement père-enfant dans un contexte scientifique où la dyade mère-enfant est prédominante. En plus des interventions présentées, des perspectives d'amélioration sur les manières de collaborer avec le père sont proposées pour promouvoir cet attachement.

**Mots-clés:** nouveau-né, prématuré, père, parents, infirmière, soins intensifs de néonatalogie, attachement.

## **AVERTISSEMENT**

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou de la Directrice du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

16 juillet 2012, Maurer Marjorie, Melchionna Vincent et Pinto Carina

## **REMERCIEMENTS**

L'élaboration de ce travail a été possible grâce à l'aide précieuse de plusieurs personnes.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre directrice de travail de Bachelor, Madame Martine Garnier, professeure à HESAV de Lausanne, qui nous a accompagné et orienté dans la réalisation de ce travail.

Nous remercions également les membres de la bibliothèque pour leur investissement concernant la mise en page et leurs nombreux conseils.

Finalement, nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont soutenu et encouragé.

# TABLE DES MATIERES

1	Introduction .....	1
2	Problématique.....	2
2.1	Cadre théorique.....	5
2.1.1	L'attachement.....	5
2.1.2	La néonatalogie .....	6
3	Méthode.....	9
3.1	Stratégie de recherche.....	9
3.2	Critères d'inclusion et d'exclusion .....	10
3.3	Critique de la méthodologie .....	11
3.4	Récapitulatif de la recherche d'articles .....	11
4	Présentation des résultats .....	13
5	Synthèse .....	20
5.1	Expérience vécue par les pères / parents .....	20
5.2	Rôle infirmier .....	22
6	Discussion .....	25
6.1	Principaux résultats.....	25
6.2	Limites du travail.....	25
6.3	Caractère généralisable des résultats .....	26
6.4	Réponse à la question de recherche.....	28
6.5	Mise en perspective des résultats avec la littérature.....	30
6.6	Implications et recommandations pour la pratique et la recherche .....	31
7	Conclusion.....	33
	Liste de références bibliographiques.....	34
	Liste bibliographique.....	37
	Annexes.....	40

# 1 INTRODUCTION

Pour la réalisation de ce travail de Bachelor sous la forme d'une revue de littérature et suite au projet effectué précédemment, la thématique de l'attachement père-enfant en néonatalogie a été choisie, celle-ci étant peu étudiée dans la littérature scientifique par rapport à l'attachement mère-enfant.

L'élaboration du projet du travail de Bachelor avait permis de répondre aux questions initialement énoncées, à savoir existe-t-il vraiment un attachement père-enfant et, si oui, quelles en sont les caractéristiques ? Y a-t-il une différence avec l'attachement mère-enfant ? La recherche d'articles scientifiques sur le sujet a mis en évidence que le processus d'attachement entre le père et son bébé n'est pas clairement défini et découle principalement des écrits de John Bowlby concernant l'attachement mère-enfant. Il existerait des variations entre les pères et les mères dans la construction de ce lien dues aux rôles que chacun des parents adopte auprès du nouveau-né. Il semblerait toutefois que les bases du processus d'attachement soient les mêmes pour les deux parents.

En dépit de cela, l'importance de la présence du père aux côtés de son jeune enfant hospitalisé en néonatalogie est avérée, la proximité physique des parents favorisant la croissance et l'évolution clinique du nouveau-né, que celui-ci soit né à terme ou prématurément. Cependant, l'hospitalisation de ce dernier a un effet sur l'interaction père-enfant (Deeney, Lohan, Parkes & Spence, 2009) ce qui peut engendrer le retardement ou l'interruption du processus d'attachement. L'objectif de cette revue de littérature est par conséquent de déterminer le rôle de l'infirmière<sup>1</sup> en néonatalogie pour accompagner les pères et faciliter l'élaboration du lien d'attachement avec leur enfant né à terme ou prématurément.

---

<sup>1</sup> Le terme « infirmière » est utilisé tant pour le féminin que le masculin dans ce travail.

## 2 PROBLEMATIQUE

L'attachement, concept de base de cette revue de littérature, est régulièrement défini de manière différente selon les auteurs de la littérature scientifique (Goulet, Bell, St-Cyr Tribble, Paul & Lang, 1998). Il est malgré tout identifié comme un « lien d'affection spécifique d'un individu à un autre. Le premier lien est établi en général par la mère (...). La construction des liens entre l'enfant et sa mère ou celle qui en tient lieu répond à un besoin physiologique fondamental » (Bowlby, 1994, cité par Pedespan, 2004, p. 717). Cet attachement est composé de trois attributs, à savoir « la proximité, la réciprocité et l'engagement » (Goulet et al., 1998, p. 1075) et est favorisé par des facteurs tels que le temps passé avec le nourrisson, la qualité de l'investissement émotionnel des parents envers l'enfant et la présence au fil du temps. Les parents ont donc comme but d'établir une relation adaptée aux besoins de l'enfant (Lamas & Guedeney, 2006).

Ce processus complexe peut être entravé ou différé par de multiples facteurs tels qu'une naissance prématurée ou l'hospitalisation d'un enfant malade (Lundqvist, Hellström Westas & Hallström, 2007 ; Franklin, 2006 ; Kearvell & Grant, 2010 ; Pedespan, 2004) alors qu'il représente une importance primordiale pour le bien-être et le développement normal de l'enfant (Beaudry, 2007 ; Bowlby, 2002). Ainsi, lorsque le nouveau-né est hospitalisé dans un service de néonatalogie dans lequel sont soignés des enfants nés à terme ou prématurément, il y a une séparation physique entre les parents et le bébé. Cette séparation a pour conséquence le ralentissement de la construction du lien d'attachement, celui-ci n'étant pas spontané en néonatalogie (Kearney Schenk, Kelley & Schenk, 2005, p. 515). De plus, la naissance d'un enfant né prématurément ou à terme mais souffrant d'une pathologie représente un choc pour les parents qui ne sont pas forcément préparés à assumer leur rôle auprès de l'enfant hospitalisé et vivent une période de stress face à la perte de la parentalité anticipée et désirée (Deeney et al., 2009 ; Fegran, Fagermoen & Helseth, 2008).

En 2011, 687 nouveau-nés ont été hospitalisés dans les unités du service de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, dont près de 56% sont nés prématurément. Pour ces familles concernées, l'infirmière joue un rôle majeur dans la promotion du lien d'attachement en favorisant les interactions parents-enfant (Kearvell & Grant, 2010, p. 77). Ceci est d'autant plus important que la proximité des parents améliore la stabilité et l'évolution clinique de l'enfant et qu'elle réduit le temps d'hospitalisation (Martinez, Fonseca & Scochi, 2007).



L'infirmière en néonatalogie a ainsi pour but de renforcer la participation des parents aux soins apportés à l'enfant en se basant sur une approche de soins centrés sur la famille (*family-centred care*) (Fegran, Helseth & Slettebø, 2006, p. 56). Ceux-ci reposent sur des « principes de respect, de partage de l'information, de collaboration et de confiance » (Fegran, Helseth & Slettebø, 2006, p. 57).

La relation parent-enfant en néonatalogie a été le sujet de maintes recherches dans la littérature scientifique (Goulet et al., 1998). Toutefois, la majorité des articles étudiant le rôle infirmier dans l'attachement parents-enfant sont ciblés sur la dyade mère-enfant et n'intègrent que rarement le père (Lundqvist, Hellström Westas & Hallström, 2007 ; Lefort & Discour, 2003). Au mieux, l'importance du lien émotionnel de celui-ci pour le développement de l'enfant est reconnue (Lefort & Discour, 2003 ; Nagorski Johnson, 2008), mais il y a un réel manque de données sur son inclusion dans la prise en soins et de ce fait favoriser l'attachement père-enfant. En d'autres termes, il est difficile de trouver des résultats probants issus de la recherche scientifique sur lesquels peuvent être basées les interventions infirmières en néonatalogie.

En vue de l'importance du rôle du père auprès de son enfant et de ce manque de données scientifiques quant à leur prise en charge en néonatalogie, la question de recherche suivante a été formulée afin d'effectuer cette revue de littérature : **quel est le rôle spécifique de l'infirmière en néonatalogie et quels sont les moyens dont elle dispose pour favoriser et renforcer l'attachement père-enfant ?**

Cette question s'inscrit dans le métaparadigme infirmier prenant en compte les quatre concepts de base de la profession que sont la *personne*, le *soin*, l'*environnement* et la *santé*.

La personne est un « tout indivisible et unique, agissant en conformité avec ses choix, ses valeurs et ses croyances ainsi que selon ses capacités. Elle est en relation avec les autres et en interaction avec son environnement » (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004, p. 58). Selon Kérouac, Pepin, Ducharme & Major (2003), « la personne englobe l'individu, la famille, le groupe et la communauté » (p. 75).

Ainsi dans ce contexte, la personne est représentée par la famille composée de l'enfant et ses parents.

« Le soin, de nature humaine et relationnelle, englobe les diverses activités d'accompagnement, de soutien, de facilitation lorsque la personne vit une expérience de santé » (Kérouac et al., 2003, p. 75).

Ici, l'importance du rôle infirmier est mise en avant. La question de recherche cible principalement ce concept en recherchant des interventions infirmières adéquates afin de favoriser le processus d'attachement et en particulier celui entre le père et son enfant hospitalisé en néonatalogie.

« L'environnement comprend l'environnement interne (génétique, physiologique, psychologique, etc.) et l'environnement externe (physique, social, politique, économique et cosmique) de la personne » (Kérouac et al., 2003, p. 75).

Dans le service de néonatalogie, l'environnement interne est caractérisé par l'état clinique parfois instable du nouveau-né et le lien d'attachement. L'environnement externe est représenté par l'unité de soins elle-même, laquelle est composée de multiples équipements entourant l'enfant.

« La santé est un processus dynamique et continu dans lequel une personne aspire à un état d'équilibre favorisant son bien-être et sa qualité de vie » (Kozier et al., 2004, p. 58). Selon Kérouac et al. (2003) :

L'expérience de santé est un caractère subjectif, c'est la manière unique avec laquelle la personne vit les événements liés à la santé ; c'est-à-dire ce qui est vécu dans des situations relatives à la croissance, au développement et à des problèmes comme la maladie (p. 75).

Dans la thématique étudiée, la condition de l'enfant n'est pas en état d'équilibre ce qui influence son bien-être et celui de sa famille. La santé est ainsi un objectif à atteindre pour que le nouveau-né puisse se développer de manière optimale.

## **2.1 CADRE THEORIQUE**

### **2.1.1 L'attachement**

La théorie de l'attachement élaborée dans les années 1950 par un psychanalyste anglais, John Bowlby, a mis l'accent sur les relations entre les êtres humains et plus particulièrement, le nouveau-né. Celui-ci a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue (Beaudry, 2007).

Selon Bowlby (2002), la théorie de l'attachement est d'une importance cruciale dès les premiers instants de la vie. En effet, la recherche de la proximité avec un autre individu ou l'établissement de ce contact physique permettrait de restaurer le sentiment de sécurité et aurait donc son importance dans un contexte de survie. Le processus d'attachement est surtout primordial durant les trois premières années de vie car il constitue un élément essentiel dans le développement présent et futur de l'enfant (p. 280).

L'attachement des parents à leur enfant est considéré en fonction des attributs suivants : la proximité physique et affective, la réciprocité ainsi que l'engagement (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, Paul & Polomeno, 1994, p. 7). Pour Bell et al. (1994), « les contacts précoces et répétés dès la naissance permettent aux parents de se confirmer la réalité de l'enfant et de faire connaissance avec lui », ce qui sera bénéfique pour la proximité physique (p. 7). En ce qui concerne la réciprocité, elle « caractérise la qualité de l'échange qui a lieu et traduit l'histoire d'attachement entre un parent et un enfant » (Anderson, 1981, cité par Bell et al., 1994, p. 7). Pour le dernier attribut qui est celui de l'engagement, « l'établissement du lien d'attachement implique une relation stable et permanente dans laquelle les parents se sentent responsables et engagés envers l'enfant ainsi que disponibles physiquement et psychologiquement » (Bourassa, 1986, cité par Bell et al., 1994, p. 8). Ainsi selon Bell et al., (1994), « être un parent attaché c'est se sentir engagé maintenant et à long terme envers l'enfant et lui assurer une place dans la famille et la société » (p. 8).

Depuis la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, de nombreuses recherches sont faites sur l'attachement de l'enfant à la mère. Bowlby (2002), quant à lui, a admis que le père pouvait être une figure d'attachement au même titre que toute autre personne vivant dans l'entourage de l'enfant et dispensant des soins au bébé (p. 406-407).

Certains auteurs, à l'image de Bell, Goulet, Tribble & Paul (2004), décrivent que les pères vivent l'expérience de manière différente par rapport aux mères. Par exemple, les mères interagiraient d'abord avec leur enfant pour une question de « survie » comme en cas d'allaitement, alors que les pères évoqueraient la nécessité d'avoir leur bébé toujours auprès d'eux afin de le protéger (contact physique et visuel) (Bell et al., 2004, p. 14-16). Toutefois, l'article mentionne que Lamb (1981) évalue « le processus affectif comme étant semblable pour les deux parents, même si chacun d'entre eux favorisera des particularités liées à la différence sexuelle » (p. 16). Ainsi, « les mères se sentent plus responsables des besoins du nouveau-né tandis que les pères semblent s'engager dans une relation plus ludique avec lui » (Bell et al., 2004, p. 16). Si le père intervient précocement, l'enfant sera capable de différencier son papa de sa maman dès l'âge de 2-3 mois. Le père suffisamment présent auprès de l'enfant apporte alors une contribution certaine à l'ensemble du développement de l'enfant (Le Camus, 2002, p. 162-163).

Comme le dit Lefort et Discour (2003), « les premières heures de la naissance sont l'affaire du père : la mère est encore trop faible pour visiter son petit. Le père est d'emblée au premier plan, c'est lui qui va être en contact avec le service ». À partir de ce moment, « le père est porteur et rapporteur auprès de la mère de l'information recueillie dans l'unité de soins néonatale. Il est par là acteur principal des évolutions physiques et mentales de son enfant » (p. 41). En vue des motifs énoncés jusqu'à présent, le père a entièrement sa place dans un service de néonatalogie et il doit être inclus à part entière dans la prise en soins de l'enfant hospitalisé.

### **2.1.2 La néonatalogie**

Il est important de pouvoir se représenter l'environnement dans lequel vit l'enfant hospitalisé. La néonatalogie est la branche de la médecine qui traite des soins médicaux et préventifs concernant le nouveau-né (Quevaulliers, 2007). On y retrouve des nouveau-nés nés à terme mais présentant des pathologies diverses (malformations cardiaques, hypoglycémie, infections...) et des enfants prématurés nés entre la 24<sup>ème</sup> et 34<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

Un nouveau-né est admis en néonatalogie s'il est né avant la 34<sup>ème</sup> semaine, s'il a un poids de naissance inférieur à deux kilos, s'il présente une détresse respiratoire ou tout autre raison justifiant une surveillance ou un traitement intensif. L'enfant sera alors transféré au plus vite de la salle d'accouchement au service de néonatalogie (Schneider & Villat, 2008).

La prématurité désigne "l'état d'un enfant dont le poids de naissance est inférieur ou égal à 2200 grammes ou qui est né après une période de gestation de moins de 37 semaines" (Quevauvilliers, 2007). Une naissance prématurée peut être due à plusieurs facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, une infection, une rupture prématurée de la poche des eaux, etc (OFS, 2010). Elle peut aussi « être provoquée pour raison médicale lorsque la poursuite de la grossesse est plus risquée que la naissance avant terme » (OFS, 2010). Selon la même source, « les grossesses multiples (jumeaux, triplés,...) présentent également un risque accru de déboucher sur un accouchement prématuré ». D'après Pfister (2011), cité par Bodart Senn (2011), « les risques de la prématurité sont étroitement et inversement liés à l'âge de gestation, qu'il s'agisse de la mortalité ou de la morbidité » (p. 32-33). A noter que, selon des statistiques canadiennes (Ball & Bindler, 2010), la prématurité et un poids insuffisant à la naissance font partie des principales causes de mortalité infantile, tout comme les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques, les complications de la grossesse et le syndrome de la mort subite du nourrisson.

Cette revue de littérature étant réalisée en Suisse romande, il est pertinent de mettre en évidence le service de néonatalogie du CHUV, l'un des plus réputés de Suisse. La mission de la Division de néonatalogie du CHUV (2009) est d'offrir une prise en charge spécialisée à tous les nouveau-nés à haut risque. Au travers de son Unité de développement, la division offre aussi un suivi de type ambulatoire aux patients jusqu'en âge scolaire, ce qui permet d'une part le dépistage et la prise en charge précoce des troubles s'il y en a et, d'autre part, un contrôle régulier de la qualité des soins offerts en période néonatale. La durée d'hospitalisation se situe entre 24 heures et plusieurs semaines à mois, ce qui représente une moyenne de 17 jours. La Division de néonatalogie du CHUV est séparée en deux unités de soins intensifs et une unité de soins standards. Une zone d'accueil, de détente et d'hébergement est également à disposition des familles qui ont un enfant hospitalisé dans la division. Une des spécificités de cette division est de garantir des soins « centrés sur la personnalisation et le développement de l'enfant et sur l'implication des parents en tant que partenaires tout au long de l'hospitalisation » (CHUV, 2009).

En règle générale, les parents sont autorisés à venir voir leur bébé 24 heures sur 24. Dans certaines unités néonatales, seuls les parents sont admis au chevet de leur bébé, tandis que dans d'autres, les parents sont autorisés à être accompagnés de proches ne faisant pas partie de la famille immédiate (Louis, 2010, p. 53).

Selon Pfister (2011), cité par Bodart Senn (2011), la néonatalogie moderne cherche à donner à l'enfant le soutien nécessaire afin de favoriser son adaptation de la façon la plus autonome possible, en évitant au mieux les complications qui pourraient faire obstacle à ce processus (p. 36-37). Les efforts des équipes néonatales vont surtout viser à protéger le système nerveux central de l'enfant (p. 35). Il finira par ajouter que « tout nouveau-né a besoin de contact et d'interactions. Nous le savons depuis longtemps : les stimulations favorisent le développement » (p. 37). Cette affirmation confirme l'importance du rôle infirmier en néonatalogie afin de favoriser la création du lien d'attachement parents-enfant et par conséquent l'interaction père-enfant.

### 3 METHODE

Dans ce chapitre, la méthode utilisée est présentée. Celle-ci a pour but d’obtenir des articles scientifiques utiles pour répondre à la question de recherche.

#### 3.1 STRATEGIE DE RECHERCHE

Pour effectuer ce travail, les mots-clés de la question recherche ont été repris afin de trouver des articles correspondants à la thématique étudiée.

Une traduction des mots-clés en anglais a été effectuée et, par la suite, les différents descripteurs ont été associés et insérés dans les bases de données afin de retenir les articles pertinents pour la revue de littérature.

Concepts	Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs Cinahl	Mots-clés PubMed
<b>Population</b>	▪ Nouveau-né	▪ Newborn	▪ Infant, newborn	▪ Infant, premature
	▪ Prématuré	▪ Premature	▪ Infant, premature Childbirth, premature	▪ Premature birth
	▪ Père	▪ Father	▪ Father	▪ Father
	▪ Parents	▪ Parents		▪ Parent
	▪ Infirmière en néonatalogie	▪ Neonatal nurse		▪ Neonatal nurses
	▪ Soins intensifs de néonatalogie	▪ Neonatal intensive care unit		▪ Neonatal intensive care unit
<b>Intervention</b>	▪ Attachement	▪ Attachment	▪ Attachment	▪ Attachment
	▪ Création d’un lien	▪ Bonding	▪ Bonding	

Différentes bases de données ont été consultées et deux d’entre elles ont été sélectionnées.

CINAHL : base de données bibliographiques qui répertorie plus de 2 900 périodiques dédiés aux disciplines des sciences infirmières et des sciences paramédicales (Bibliothèque des sciences de la santé, Université de Montréal, 2010).

PUBMED : base de données bibliographiques de référence dans le domaine biomédical (Mission Inserm Associations, 2006).

D’autres bases de données sont disponibles au centre de documentation Haute Ecole de Santé Vaud mais n’ont pas été consultées par manque de connaissances quant à leur utilisation et leur pertinence dans le domaine des soins infirmiers.

Suite à ces premières recherches, il s'est avéré que le nombre d'articles pertinents était insuffisant, quatre articles ayant été sélectionnés. Par conséquent, les références bibliographiques des articles de Lindberg, Axelsson et Öhrling (2007) ont permis de retenir la recherche de Sullivan (1999) et celles de Kearvell & Grant (2008) ont été utiles pour cibler l'article de Chia, Sellick & Gan (2006) concernant l'utilisation de la méthode kangourou de la part des infirmières. Ainsi, ces deux articles supplémentaires ont enrichi l'élaboration de ce travail.

### **3.2 CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION**

Plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont permis la sélection de sept articles de source primaire.

Les critères d'inclusion suivants ont été pris en compte : les articles devaient être publiés il y a maximum dix ans, écrits en anglais ou en français et disponibles en texte intégral sur les bases de données consultées. Parmi les sept articles retenus, seulement deux d'entre eux ne répondaient pas à ces critères, ceux de Sullivan (1999) et de Cox et Bialoskurski (2001). Toutefois, ils ont été jugés pertinents car ceux-ci étaient référencés à de nombreuses reprises et avaient un intérêt tout particulier pour cette revue de littérature. Ces deux articles n'étant pas disponibles en texte intégral, ils ont été commandés par la bibliothèque Haute Ecole de Santé Vaud.

Les critères d'exclusion suivants ont été pris en compte dans la recherche d'articles : les articles secondaires, les différentes revues de littérature ainsi que ceux externes à la discipline infirmière.

L'article d'Arockiasamy, Holsti et Albersheim (2008) n'a pas été écrit par un professionnel en soins infirmiers mais par un médecin. Cependant, il a quand même été inclus dans la liste finale car il se base prioritairement sur les expériences des pères dans les services de soins intensifs de néonatalogie, le thème principal de cette revue de littérature.

En résumé, les sept articles retenus proviennent de pays variés (Afrique du Sud, Angleterre, Australie, Canada et Suède). Ils ont tous été écrits en anglais sous forme de source primaire et rédigés entre 1999 et 2008.



### **3.3 CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE**

Toutes les bases de données n'ont pas été utilisées pour effectuer cette recherche, celle-ci n'est donc pas exhaustive. Certains articles potentiellement intéressants n'ont pas été sélectionnés suite à leur non-disponibilité en libre accès. D'autres ont simplement été écartés après la lecture du titre et du résumé.

Malgré ces quelques critiques, la méthodologie a permis de trouver sept articles pertinents pour élaborer cette revue de littérature.

### **3.4 RECAPITULATIF DE LA RECHERCHE D'ARTICLES**

Le tableau présenté ci-dessous résume les bases de données consultées, les descripteurs et mots-clés utilisés et le nombre d'articles trouvés en effectuant la recherche. Etant donné que celui-ci était souvent élevé, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été introduits dans les bases de données afin de réduire et cibler les articles pertinents pour cette revue de littérature.

Base de données	Descripteurs	Nombre d'articles trouvés	Articles trouvés avec les critères d'inclusion et d'exclusion	Articles retenus
CINAHL	(MH « Father – Infant Relations ») OR (MH « Parent – Infant Bonding »)	1078	180	Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers (Lindberg, B., Axelsson, K. & Öhrling, K., 2008).
	(MH « Father – Infant Relations ») OR (MH « Parent – Infant Bonding »)	1078	139	Development of father-infant attachment in fathers of preterm infants (Sullivan, J., 1999). Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses (Herbst, A. & Maree, C., 2006).
PUBMED	Premature birth OR Infant, Premature	12'106 (nombre trop élevé)		
	Neonatal nurses AND Kangaroo care	12		The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care (Chia, P., Sellick, K. & Gan, S., 2005).
	Parent AND Neonatal unit AND Infant	143	95	Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit (Franck, L. & Spencer, C., 2003).
	Neonatal intensive care AND Attachment	157	96	Neonatal intensive care: communication and attachment (Cox, C. & Bialoskurski, M., 2001).
	Neonatal intensive care AND Fathers	106	84	Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control (Arockiasamy, V., Holsti, L. & Albersheim, S., 2008).

## 4 PRESENTATION DES RESULTATS

Les articles sélectionnés ont été classés selon un ordre spécifique allant des visites parentales et de l'expérience des pères au rôle infirmier en néonatalogie.

Design	Échantillon	Méthode	Résultats principaux	Commentaires
<b>Article n°1:</b> Franck, L. & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. <i>Birth</i> , 30(1), 31-35.				
<p><b>Étude mixte</b></p> <p><b>But :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire la fréquence et la durée des visites et participations des parents aux soins de leur enfant prématuré hospitalisé dans un service de néonatalogie</li> <li>• Identifier les facteurs associés à la participation des parents</li> </ul>	<p><b>N = 110</b></p> <p>Enfants dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 ont moins de 27 semaines d'âge gestationnel</li> <li>• 39 ont entre 28-32 semaines d'âge gestationnel</li> <li>• 43 ont plus de 33 semaines d'âge gestationnel</li> </ul>	<p>Enregistrement de la fréquence, de la durée des visites et de la participation des parents aux soins de leur enfant pendant 12 jours, sur une période de 3 mois entre 2000 et 2001 dans un service de néonatalogie de Londres.</p> <p>La récolte est faite par les infirmières du service.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites des mères (85%) auprès de leur enfant prématuré sont plus fréquentes et plus longues que celles des pères (45%).</li> <li>• Visites maternelles sont moins fréquentes si l'enfant a de la fratrie, est âgé de plus d'un mois ou si le père effectue moins de visites.</li> <li>• Visites paternelles sont moins fréquentes lorsque l'enfant est âgé de plus de sept jours et proportionnelles au nombre de visites de la mère.</li> <li>• Toutes les mères et presque tous les pères (96%) tenaient, caressaient ou parlaient à leur enfant durant leurs visites.</li> <li>• Plus de 75% des mères font des soins pendant leurs visites contre moins de 20% pour les pères.</li> </ul>	<p><b>Conclusion des auteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suggestion des auteurs : parents devraient effectuer des visites plus longues mais de manière moins fréquente.</li> <li>• Recommandations sont proposées pour de futures recherches dans le but d'obtenir des mesures objectives des facteurs influençant les visites des parents.</li> </ul> <p><b>Critiques :</b></p> <p>Les points forts de cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Échantillon choisi représentatif d'une population multiculturelle et d'un environnement accessible (hôpital public) et varié (âges gestationnels variables et pathologies diversifiées). Les résultats sont généralisables.</li> <li>• Récolte de données effectuée sur plusieurs jours de la semaine, y compris le week-end ce qui augmente fiabilité des résultats obtenus.</li> </ul> <p>Les points faibles de cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Récolte de données faite durant la journée et non en soirée. Cela engendre un manque de crédibilité des résultats (les pères privilégient souvent de visiter leur enfant durant la soirée suite à leur activité professionnelle).</li> <li>• Manque de transférabilité car l'étude se déroule dans un seul hôpital.</li> <li>• Participation des parents dans l'alimentation de leur enfant. Aspect non généralisable car dans certains hôpitaux l'alimentation de l'enfant prématuré se fait par le personnel infirmier.</li> </ul>

Design	Échantillon	Méthode	Résultats principaux	Commentaires
<b>Article n°2:</b> Arockiasamy, V., Holsti, L. & Albersheim, S. (2008). Fathers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control. <i>Pediatrics</i> , 121(2), 214-223.				
<p><b>Etude qualitative de type descriptive</b></p> <p><b>But :</b> Identifier l'expérience et les besoins en soutien des pères dont l'enfant est hospitalisé à Vancouver en soins intensifs de néonatalogie pendant plus de 30 jours</p>	<p><b>N = 16</b> Pères dont l'enfant a été hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie.</p>	<p>Entretiens semi-structurés ont été effectués par un médecin de sexe masculin du service sur la base de questions ouvertes et fermées. Le médecin pouvait être inclus dans la prise en soins de l'enfant.</p>	<p>Le thème principal identifié est le manque de contrôle des pères sur cette situation. Les 4 sous-thèmes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>l'information</b> : il s'agit d'un facteur important pour le « sentiment de contrôle ».</li> <li>• <b>les rôles</b> : les pères font face à de multiples rôles qu'il faut redéfinir dans la structure familiale.</li> <li>• <b>les activités externes</b> : le fait d'avoir des activités externes telles que le travail ou des loisirs permet aux pères d'avoir un « sentiment de contrôle » et d'extérioriser la tension interne.</li> <li>• <b>la communication</b> : les compétences de communication de l'équipe de néonatalogie ont un impact sur le sentiment de contrôle des pères.</li> </ul>	<p><b>Conclusion des auteurs:</b> Cette étude met en évidence l'importance de prodiguer des informations aux pères de manière cohérente et d'établir des documents concernant l'état de santé de l'enfant. Propositions de futures recherches :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer s'il existe des similitudes ou des différences entre les pères et les mères sur les thèmes abordés.</li> <li>• Examiner si la propre vision des pères sur leur rôle de soutien envers l'enfant s'oppose à celle que les soignants ont sur ces derniers.</li> </ul> <p><b>Critiques :</b> Les points forts de cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Population ciblée par rapport à la question de recherche de cette revue de littérature avec un échantillon mixte décrit de manière complète.</li> <li>• Données ont été discutées jusqu'à ce qu'il y ait un consensus entre tous les auteurs. Pères inclus dans la recherche jusqu'à saturation des données.</li> </ul> <p>Les points faibles de cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle de soignant de l'entretien peut influencer les informations récoltées auprès des pères par le fait qu'il puisse être engagé dans la prise en charge de l'enfant concerné.</li> <li>• Auteurs n'ont pas d'expérience en soins infirmiers et l'étude ne cible pas la pratique infirmière.</li> </ul>

Design	Échantillon	Méthode	Résultats principaux	Commentaires
<p><b>Article n°3</b> : Lindberg, B., Axelsson, K. &amp; Öhrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely : experiences from Swedish fathers. <i>Journal Compilation</i>, 22, 79-85.</p>				
<p><b>Etude qualitative de type phénoménologique</b></p> <p><b>But :</b> Décrire l'expérience d'être le père d'un enfant né prématurément et hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie en Suède</p>	<p>N = 8</p> <p>Pères d'enfants nés prématurément</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âgés de 22 à 37 ans.</li> <li>• Six sont devenus pères pour la première fois.</li> <li>• Les enfants ont entre 25 et 34 semaines d'âge gestationnel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretiens narratifs, d'environ 50 minutes, basés sur 4 questions ouvertes, effectués après le retour à domicile.</li> <li>• Les entretiens sont faits durant la première année de naissance.</li> <li>• Les pères s'expriment sur leur expérience concernant le fait d'avoir un enfant prématuré.</li> <li>• Des thèmes et sous-thèmes sont élaborés.</li> </ul>	<p>Les auteurs ont classifié les résultats en deux thèmes généraux et six catégories.</p> <p>A. « Cela prend du temps de se sentir réellement père »</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apprendre à connaître l'enfant</li> <li>2) Sentiments grandissant pour l'enfant</li> <li>3) Devenir un père plus confiant</li> </ol> <p>B. « Bénéfices de la situation stressante »</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Changement au niveau personnel</li> <li>5) Renforcement de la relation en surpassant la situation stressante</li> <li>6) Se sentir chanceux malgré tout</li> </ol>	<p><b>Conclusion des auteurs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de recommandations quant à de futures recherches.</li> <li>• Une des révélations de l'étude est que le sentiment d'être père ne survient pas spontanément lors d'une naissance prématurée.</li> </ul> <p><b>Critiques :</b></p> <p>Les points forts de cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cible la population de la question de recherche de cette revue de littérature</li> <li>• L'échantillon est composé de pères d'âges différents, ce qui permet d'englober les diverses expériences en fonction de l'âge</li> </ul> <p>Les points faibles de cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critère de transférabilité diminué à cause du manque de données à propos du diagnostic des enfants, la durée de leur hospitalisation et sur l'institution concernée</li> <li>• Etude faite en Suède, ce qui implique un contexte sociopolitique différent (exemple : congé paternité)</li> </ul>

Design	Échantillon	Méthode	Résultats principaux	Commentaires
<b>Article n°4:</b> Cox, C. & Bialoskurski, M. (2001). Neonatal intensive care: communication and attachment. <i>British Journal of Nursing</i> , 10(10), 668-676.				
<p><b>Étude mixte</b></p> <p><b>But :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les facteurs associés à l'information pouvant faciliter ou perturber le processus d'attachement de la famille, particulièrement celui de la mère et son enfant hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie.</li> <li>• Explorer les problèmes associés à la communication entre l'infirmière et la famille</li> </ul>	<p>L'échantillon est représentatif de la partie quantitative de la recherche.</p> <p><b>N = 109</b> membres de famille ont participé à un inventaire dans le but de quantifier et valider leurs besoins.</p> <p>Par la suite, <b>N = 100</b> mères ont participé au classement des six résultats ressortis de la recherche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'étude se déroule durant 315 jours.</li> <li>• Des méthodes qualitatives et quantitatives ont été utilisées pour étudier le processus d'attachement en lien avec les facteurs de communication.</li> <li>• L'étude se déroule en trois phases.</li> </ul>	<p><i>Besoins des mères par ordre de priorité :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Informations relatives au statut de l'enfant</li> <li>2) Soutien communicationnel</li> <li>3) Système social de soutien maternel</li> <li>4) Priorités des mères</li> <li>5) Besoins sociaux</li> <li>6) Besoins émotionnels</li> </ol> <p><i>Facteurs relatifs à la mère entravant l'attachement avec son enfant :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de groupe d'entraide</li> <li>• La durée des voyages</li> <li>• Les conversations avec les professionnels de la santé peuvent souvent être confuses</li> </ul> <p><i>Facteurs relatifs à l'enfant entravant l'attachement avec sa mère :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de données fiables et constantes de la part des professionnels de la santé</li> <li>• Absence de l'enfant rend le sentiment de maternité irréel et intermittent</li> <li>• Séjour prolongé de l'enfant en néonatalogie</li> <li>• Décalage entre la réalité et l'enfant désiré</li> <li>• Peur de l'attachement avec l'enfant malade ou prématuré</li> </ul>	<p><b>Conclusion des auteurs :</b></p> <p>Une approche individualisée des soins permet d'adapter la communication, ainsi le processus d'attachement est amélioré.</p> <p>Des recommandations sont faites dans le but de réduire les problèmes de communication et faciliter le processus d'attachement durant la période de séparation avec l'enfant. Il faut donc développer des stratégies de communication adéquates comme, par exemple, effectuer un plan de soins avec les parents ce qui favorise l'individualisation des soins.</p> <p><b>Critiques :</b></p> <p>Les points forts de cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a une triangulation des données à la source et des méthodes qui sont mentionnées (mais non expliquées dans l'article).</li> <li>• La transférabilité est applicable puisque l'échantillon est représentatif des problèmes néonataux et l'étude a été effectuée dans quatre services de soins intensifs de néonatalogie.</li> </ul> <p>Les points faibles de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La méthodologie est complexe et difficile à comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y a pas de description de l'échantillon dans la partie qualitative de la recherche.</li> <li>- Les trois phases ne sont pas clairement définies.</li> <li>- Les critères d'inclusion/exclusion ne sont pas identifiables.</li> </ul> </li> <li>• Les résultats ne sont pas distingués de la discussion.</li> <li>• L'étude est focalisée sur la mère et non sur le père mais permet de faire le lien entre l'attachement et les besoins communicationnels.</li> </ul>

Design	Échantillon	Méthode	Résultats principaux	Commentaires
<b>Article n°5:</b> Référence : Chia, P., Gan, S. & Sellick, K. (2006). The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> , 23(4), 20-27.				
<p><b>Etude mixte</b></p> <p><b>But :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudier les attitudes et pratiques des infirmières en néonatalogie à Melbourne dans l'utilisation de la méthode kangourou</li> <li>• Identifier des problèmes potentiels dans la promotion de cette méthode en néonatalogie</li> </ul>	<p><b>N = 34</b> infirmières d'un service de soins intensifs néonatalogie de Melbourne</p>	<p>2 phases :</p> <p>a. Phase quantitative : questionnaire descriptif rempli par 34 infirmières</p> <p>Parmi ces 34 infirmières, 16 ont donné leur accord pour s'entretenir avec les auteurs de la recherche.</p> <p>b. Phase qualitative : entretiens avec 4 infirmières randomisées parmi les 16</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les 34 infirmières sollicitées déclarent assister et encourager les parents à utiliser la méthode kangourou.</li> <li>• Auteurs évoquent que la majeure partie des infirmières en reconnaît les bénéfices pour l'enfant et les parents.</li> <li>• La plupart des infirmières pensent que le kangourou peut être pratiqué avec des enfants de moins de 1000g même s'ils sont intubés par contre elles sont en désaccord ou incertaines quant à l'utilisation de la méthode kangourou quelques heures après la naissance.</li> <li>• 85,3% des infirmières fournissent des informations aux parents sur cette méthode. La moitié d'entre elles ont été supervisées dans la mise en pratique et un tiers a participé à un programme de formation.</li> <li>• Les avantages de la méthode kangourou sont bénéfiques pour l'attachement parent-enfant, la confiance des parents dans la participation aux soins et le fait de porter l'enfant, le bien-être physique du nouveau-né, l'allaitement, l'expérience des parents</li> <li>• Les désavantages mentionnés par les auteurs sont le temps de préparation de l'enfant et des parents, le manque de place et d'intimité dans l'environnement de soins intensifs de néonatalogie ainsi que la mobilisation des divers équipements et le risque d'hypothermie</li> </ul>	<p><b>Conclusion des auteurs :</b></p> <p>Les infirmières en néonatalogie favorisent l'utilisation de la méthode kangourou en reconnaissant ses bénéfices malgré des contraintes (charge de travail élevée, formation insuffisante et manque de protocole pour les enfants de faible poids de naissance). Il faudrait développer des programmes de formation, particulièrement sur le monitoring des enfants pendant l'utilisation de la méthode kangourou et les transferts.</p> <p><b>Critiques :</b></p> <p>Les points forts de cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le devis de recherche (étude mixte) renforce la crédibilité des résultats</li> <li>• La fiabilité des données est accrue par le fait que le questionnaire a été testé par cinq infirmières du service externes à l'étude</li> </ul> <p>Les points faibles de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'y a pas d'information concernant la saturation des données</li> <li>• Les résultats obtenus sont généralisables avec précautions. Le faible échantillon (34 infirmières sur les 91 invitées à participer) diminue la possibilité de transférer les résultats.</li> <li>• Ceux-ci n'ont pas été vérifiés par les participants et ne sont pas tous discutés</li> <li>• Il y a un manque d'information concernant l'expérience professionnelle des auteurs dans le domaine de la néonatalogie malgré leurs qualifications</li> </ul>

Design	Échantillon	Méthode	Résultats principaux	Commentaires
<b>Article n°6:</b> Sullivan, J. (1999). Development of father-infant attachment in fathers of preterm infants. <i>Neonatal Network</i> , 18(7), 33-39.				
<p><b>Etude mixte</b></p> <p><b>But :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudier le développement de sentiments d'attachement entre un père et son enfant prématuré.</li> <li>• Identifier les facteurs qui favorisent ou entravent ce processus.</li> </ul>	<p><b>N = 27</b> pères dont l'enfant est né prématurément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'âge des pères variait entre 23 et 48 ans.</li> <li>• La durée d'hospitalisation en soins intensifs oscillait entre 1 et 41 jours.</li> </ul>	<p>Trois entretiens ont été effectués à l'aide de deux questionnaires : le <i>Neonatal Perception Inventory</i> (NPI) &amp; le <i>Parental Feelings Questionnaire</i> (PFQ).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien n°1 : entre le 3<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> jour de vie de l'enfant (T1).</li> <li>• Entretien n°2 : un mois après la naissance (T2).</li> <li>• Entretien n°3 : cinq mois après la naissance (T3).</li> </ul>	<p><i>Neonatal Perception Inventory</i> (NPI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y avait une diminution significative dans la perception des pères envers leur bébé comme étant « difficile » de la première semaine de vie (T1) à un mois (T2).</li> <li>• Entre le premier mois de vie (T2) et le cinquième (T3), il y avait une augmentation significative de la perception de l'enfant comme étant « difficile ».</li> </ul> <p><i>Parental Feelings Questionnaire</i> (PFQ) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y avait une diminution significative du sentiment de « déception » des pères envers leur enfant de la première semaine de vie (T1) au cinquième mois (T3).</li> <li>• Les pères ont exprimé ressentir moins d'anxiété envers leur enfant entre T1 et T2 et entre T2 et T3.</li> </ul> <p>Fréquence des visites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pères ont effectué en moyenne plus de 5 visites à leur enfant par semaine (varie entre 2 à 7 fois).</li> </ul> <p>Sentiment d'attachement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 pères ont dit ne pas avoir ressenti de sentiment d'attachement jusqu'à 4 à 16 semaines de vie.</li> <li>• 1 père a déclaré ne toujours pas ressentir d'amour pour son enfant lors du troisième et dernier entretien.</li> </ul> <p>Facteurs influençant l'attachement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La taille et la faiblesse de l'enfant.</li> <li>• Le fait de savoir que l'enfant va survivre.</li> <li>• Plus le père attend avant de prendre son enfant, plus il faudra du temps pour qu'il ressente un sentiment d'attachement pour celui-ci.</li> </ul>	<p><b>Conclusion des auteurs :</b></p> <p>Le sentiment d'attachement d'un père pour son enfant est associé à la première fois où celui-ci le porte. La fréquence de visites des pères n'est pas corrélée au sentiment d'attachement pour l'enfant.</p> <p><b>Critiques :</b></p> <p>Les points forts de cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La réalisation de l'étude en trois entretiens permet de voir l'évolution des sentiments des pères sur les cinq premiers mois de vie de l'enfant.</li> <li>• L'auteure est souvent citée dans les articles scientifiques concernant l'attachement père-enfant. Son expérience pratique en tant qu'infirmière et sage-femme est un point positif.</li> <li>• Les deux questionnaires sont présentés de manière complète, les résultats obtenus sont significatifs pour la majorité d'entre eux.</li> <li>• Cet article cible directement l'attachement père-enfant.</li> </ul> <p>Les points faibles de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La crédibilité de l'étude pourrait être améliorée s'il y avait davantage d'auteurs qualifiés dans le domaine pour une vision plus approfondie du sujet</li> <li>• Il n'y a pas de triangulation dans la récolte de données.</li> <li>• L'auteure mentionne que les pratiques infirmières varient d'un hôpital à l'autre ce qui réduit la transférabilité.</li> </ul>



Design	Échantillon	Méthode	Résultats principaux	Commentaires
Article n°7: Herbst, A. & Maree, C. (2006). Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses. <i>Health SA Gesondheid</i> , 11(3), 3-13.				
<p><b>Étude qualitative</b></p> <p><b>But :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorer et décrire l'<i>empowerment</i> des parents d'enfants hospitalisés en soins intensifs de néonatalogie en Afrique du Sud (phase I).</li> <li>• Décrire des protocoles (<i>guidelines</i>) pour les infirmières afin de favoriser l'<i>empowerment</i> des parents dans deux services de néonatalogie du secteur privé (phase II).</li> </ul>	<p><u>Phase I</u></p> <p>N = 22 parents âgés de 25 à 35 ans</p> <p>Deux groupes focus sélectionnés dans deux hôpitaux privés d'Afrique du Sud.</p> <p>Groupe I : 12 parents.</p> <p>Groupe II : 10 parents.</p> <p><u>Phase II</u></p> <p>N = 30 infirmières de Gauteng, dont 20 qui participent à un atelier sur comment favoriser l'<i>empowerment</i> des parents en néonatalogie.</p>	<p><u>Phase I</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretiens basés sur deux questions principales pour décrire les besoins et suggestions des parents concernant leur <i>empowerment</i>.</li> <li>• Réalisés par une personne indépendante pendant que le chercheur observait la communication non-verbale et la dynamique du groupe.</li> </ul> <p><u>Phase II</u></p> <p>Ateliers avec 20 infirmières sur la base des résultats obtenus en phase I afin de déduire des protocoles pour favoriser l'<i>empowerment</i> des parents en néonatalogie.</p>	<p>Les parents...</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ont besoin de savoir à quoi ils peuvent s'attendre avant l'admission de leur bébé en néonatalogie.</li> <li>2. Veulent recevoir des informations exactes sur l'état de santé de l'enfant et souhaitent être présentés aux personnes qui s'en occupent.</li> <li>3. Souhaitent être inclus dans le processus de prise de décisions concernant leur enfant.</li> <li>4. Veulent participer aux soins de l'enfant.</li> <li>5. Vivent des émotions différentes et intenses.</li> <li>6. Veulent une relation de confiance, de la confidentialité en même temps que du professionnalisme de la part des soignants.</li> <li>7. Décrivent l'environnement de néonatalogie comme étant « démoralisant », « déprimant » et « menaçant ».</li> <li>8. Nécessitent une préparation avant le retour à domicile.</li> <li>9. Veulent des soins infirmiers de qualité.</li> </ol>	<p><b>Conclusion des auteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'<i>empowerment</i> des parents des nouveau-nés admis en soins intensifs de néonatalogie est d'une importance cruciale pour l'attachement parents-enfant et le bien-être psychologique de ce dernier.</li> <li>• L'<i>empowerment</i> est entravé par plusieurs facteurs dont le manque de connaissances et de compétences, le manque de temps et l'attitude négative de l'équipe soignante concernant une approche centrée sur la famille.</li> </ul> <p><b>Critiques :</b></p> <p>Le point fort de l'étude est sa crédibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a une triangulation des sources de donnée (triple échantillon), des chercheurs (entretiens faits par une personne indépendante) et des méthodes (deux phases).</li> <li>• Les auteurs font une autocritique pertinente de leur recherche.</li> <li>• L'expérience des chercheurs ; ceux-ci ont une expérience dans les soins à l'enfant et à la famille.</li> <li>• Différents acteurs de la prise en soins du nouveau-né en néonatalogie sont inclus (infirmière, enfant, père et mère).</li> </ul> <p>Les points faibles sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les entretiens ont été réalisés par groupe et non de manière individuelle auprès de chaque parent.</li> <li>• Les résultats de cette recherche sont transférables dans un contexte sociopolitique identique à celui du lieu de l'étude (Afrique du Sud).</li> <li>• Il manque des informations sur les caractéristiques des participants de la phase I.</li> <li>• Les résultats de la première phase ont pu être discutés dans la phase II mais n'ont pas été vérifiés par les parents concernés.</li> </ul>

## **5 SYNTHÈSE**

Après avoir analysé les sept articles, les différents résultats sont synthétisés à l'aide de deux thèmes et sous-thèmes dans ce chapitre. En effet, les deux catégories en question sont l'expérience vécue des pères / parents et le rôle infirmier en soins intensifs de néonatalogie.

### **5.1 EXPÉRIENCE VECUE PAR LES PÈRES / PARENTS**

L'expérience des pères est un facteur important dans l'établissement du lien d'attachement avec son enfant. La mise en commun des articles permet de développer certains éléments influençant cette expérience :

#### **Visites des pères à leur enfant**

Selon Franck et Spencer (2003), les pères visitent moins souvent et moins longtemps leur enfant hospitalisé en néonatalogie que les mères. Leurs visites sont proportionnelles à celles de la mère. Ainsi, si la mère diminue la fréquence de ses visites, le père ne compensera pas ce manque et ne viendra pas plus souvent. D'après Sullivan (1999), les pères ont effectué en moyenne plus de cinq visites à leur enfant par semaine. La fréquence de ces visites n'était pas corrélée au temps où les pères ont pour la première fois ressenti un sentiment d'attachement pour leur bébé (p. 36).

#### **Participation des pères aux soins de leur enfant**

Pour Franck et Spencer (2003), moins de 20% des pères effectuent des soins à leur enfant durant les visites contre plus de 75% des mères (p. 33). Toutefois, Herbst et Maree (2006) mentionnent que les pères veulent participer aux soins de l'enfant (p. 9).

#### **Manque de contrôle de la situation vécue**

Selon Arockiasamy, Holsti et Albersheim (2008), le ressenti principal des pères dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie est le manque de contrôle sur la situation vécue. Ils déclarent que l'information et la communication de la part des infirmières ainsi que les activités externes telles que le travail ou les loisirs, les aident à maintenir un certain sentiment de contrôle malgré tout (p. 217).

D'après Sullivan (1999), les pères ont exprimé ressentir moins d'anxiété envers leur enfant entre les premiers jours de vie et un mois après la naissance (p. 36).

## **Redéfinition des rôles**

Arockiasamy, Holsti et Albersheim (2008) mentionnent que les pères font face à de multiples rôles qu'il faut redéfinir dans la structure familiale. Ceux-ci se retrouvent père et protecteur en plus d'être mari et de suppléer aux besoins financiers de la famille (p. 219).

Selon Lindberg, Axelsson et Öhring (2008), les pères ressentent des difficultés à se sentir père dès la naissance de l'enfant, mais les sentiments et l'attachement augmentent avec le temps. L'attachement ne se fait donc pas spontanément. Toutefois, les pères se sentent plus surs dans leur rôle après avoir pris soin de leur enfant en néonatalogie. Certains pères seraient probablement inquiets en cas de problèmes de longue durée ou de retard de développement de leur enfant mais réalisent que le fait qu'il soit en vie est le plus important. Ceux-ci se sentent chanceux d'avoir un enfant fort et sain en comparaison à d'autres pères ayant un enfant prématuré plus gravement atteint (p. 81).

## **Risque d'attachement différé**

L'étude de Sullivan (1999) confirme que l'attachement ne se fait pas de manière spontanée lorsque le nouveau-né est hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie. Ainsi, près de 40% des pères ont déclaré ne pas avoir ressenti de sentiment d'attachement jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 4 à 16 semaines de vie. L'attachement est corrélé avec le temps où le père porte pour la première fois son bébé. Ainsi, plus il attendra avant de prendre son enfant, plus il faudra du temps pour qu'il ressente un sentiment d'attachement envers celui-ci.

## **Importance de la méthode kangourou pour l'attachement**

D'après Victor et Persoon (1994), cités par Chia, Gan et Sellick (2006), la méthode kangourou consiste à placer le nouveau-né, vêtu seulement d'un linge, contre la poitrine d'un des deux parents pour maximiser la proximité peau à peau (p. 21).

Ce contact physique favorise l'attachement parent-enfant, la proximité étant une des composantes de base du processus d'attachement. De plus, la confiance des parents dans leur participation aux soins en est renforcée (Chia et al., 2006, p. 25).

## **Besoins exprimés par les pères**

Les pères ont besoin de savoir à quoi ils peuvent s'attendre avant même l'admission de leur bébé en néonatalogie. Ils souhaitent recevoir les mêmes informations de base indépendamment de l'état de santé de l'enfant et souhaitent être présentés aux personnes qui s'en occupent. Ils désirent également être informés de tout ce qui concerne la condition de leur enfant et être inclus dans le processus de prise de décisions (Herbst & Maree, 2006, p. 8).

Les pères décrivent l'environnement de la néonatalogie comme étant « démoralisant », « déprimant » et « menaçant » tout en vivant des émotions différentes et intenses (Herbst & Maree, 2006, p. 10). Afin de diminuer le stress perçu, ils souhaitent recevoir des soins infirmiers de qualité basés sur une relation de confiance et de confidentialité. Ces éléments, couplés à une communication adéquate, favorisent l'empowerment des pères, un processus défini comme permettant de prendre des décisions et de maintenir un certain contrôle sur sa vie (Rodwell, 1996, cité par Herbst & Maree, 2006, p. 4).

## **5.2 ROLE INFIRMIER**

Comme mentionné dans la problématique de ce travail de Bachelor, le processus d'attachement n'est pas spontané lors de l'hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie (Kearney Schenk et al., 2005). L'infirmière joue de ce fait un rôle majeur dans la formation de ce lien en favorisant les interactions parents-enfant (Kearvell et Grant, 2010, p. 77) et en renforçant la participation des parents aux soins (Fegran et al., 2006).

L'article de Herbst et Maree (2006) propose des protocoles (*guidelines*) basés sur les besoins explicités par les pères. En vue de la pertinence des interventions évoquées et de leur adéquation avec la question de recherche de cette revue de littérature, celles-ci servent de trame pour l'élaboration de la thématique du rôle infirmier et sont corrélées aux interventions infirmières mentionnées dans les six autres articles.

Selon un des protocoles mentionnés, il est recommandé de donner des informations sur le service aux parents avant que leur enfant y soit hospitalisé et de leur transmettre un programme d'orientation de chaque unité clarifiant le rôle des parents. Il peut être utile de présenter les parents à l'équipe soignante. Au cours de l'hospitalisation, il est primordial d'informer les parents de tout ce qui concerne l'état de santé de leur enfant et de les inclure dans les prises de décisions (Herbst & Maree, 2006, p. 8). Cet élément est confirmé par l'étude d'Arockiasamy et al. (2008) qui mettent en évidence l'importance de prodiguer des informations aux pères de manière cohérente et d'établir des documents concernant l'état de

santé de l'enfant. La manière avec laquelle les informations sont transmises est un facteur de soutien principal dans la prise en soins des pères (p. 218-220). De plus, Cox et Bialoskurski (2001) précisent que les informations doivent être données de manière appropriées afin d'éviter tout risque de confusion (p. 675). Il est par ailleurs important de réduire les problèmes de communication entre le personnel soignant et les parents par le développement de stratégies de communication verbale et non verbale adéquates afin de faciliter le processus d'attachement durant la période de séparation avec l'enfant (Cox & Bialoskurski, 2001, p. 675). D'autre part, Herbst et Maree (2006) soulignent que lors de la préparation à la sortie, il est essentiel de ne pas oublier de fournir des numéros de contact du service de néonatalogie en cas de questions ou problèmes une fois le retour à domicile réalisé (p. 11).

L'infirmière doit encourager les parents à participer aux soins en clarifiant leur rôle et en favorisant les visites d'après Herbst et Maree (2006). En complément, Franck et Spencer (2003) suggèrent que les parents devraient effectuer des visites plus longues, mais de manière moins fréquente afin qu'ils puissent consacrer plus de temps aux activités de soins telles que nourrir l'enfant, le porter, le caresser, le câliner, lui parler ainsi que de lui donner des soins d'hygiène (p. 35).

L'attachement est une expérience humaine profonde et complexe qui nécessite un contact direct et des interactions avec l'enfant (Cox & Bialoskurski, 2001, p. 676). Ainsi, selon Herbst et Maree (2006), le contact peau à peau doit être préconisé pour renforcer cette proximité physique (p. 9). L'étude de Chia et al. (2006) confirme que les infirmières en néonatalogie favorisent l'utilisation de la méthode kangourou. Parmi les infirmières interrogées, 85,3% d'entre elles fournissent des informations aux parents sur cette méthode. Les bénéfices du contact peau à peau sont reconnus malgré des contraintes telles que la charge de travail élevée, la formation insuffisante par manque de supervision et le manque de protocole pour les enfants de faible poids de naissance. Cependant, la plupart des infirmières participant à cette étude australienne pensent que le kangourou peut être pratiqué avec des enfants de moins de 1000 grammes et ce même s'ils sont intubés (p. 25).

Il est important que les infirmières adoptent une attitude professionnelle et de soutien face aux parents (Herbst & Maree, 2006, p. 9). Comme le précisent Arockiasamy et al. (2008), les professionnels de santé représentent un soutien indispensable pour les pères. Ainsi, les infirmières doivent être attentives au désarroi émotionnel des parents et à leurs capacités d'adaptation, tout en ayant une attitude empathique et en agissant selon leurs besoins (Herbst

& Maree, 2006, p. 9-10). Cette approche individualisée basée sur les besoins permet de favoriser l'attachement (Cox & Bialoskurski, 2001, p. 676).

Enfin, Herbst et Maree (2006) déclarent qu'il faut maintenir un certain confort et de l'intimité pour les parents dans l'environnement de néonatalogie et leur consacrer suffisamment de temps (p. 10).

## 6 DISCUSSION

Dans le but de répondre à la question de recherche « quel est le rôle spécifique de l’infirmière en néonatalogie et quels sont les moyens dont elle dispose pour favoriser et renforcer l’attachement père-enfant ? », cette partie comprend les principaux résultats de cette revue de littérature, les limites du travail, le caractère généralisable des résultats obtenus, une mise en perspective de ceux-ci avec la littérature et pour terminer les implications et recommandations pour la pratique et la recherche.

### 6.1 PRINCIPAUX RESULTATS

Suite à la synthèse des résultats de cette revue de littérature, il résulte que l’enjeu pour les infirmières en néonatalogie est de savoir reconnaître les différentes expériences des pères pour pouvoir ainsi les inclure dans la prise en soins du nouveau-né. Les interventions qu’elles peuvent prodiguer comprennent une communication et des informations claires et adéquates, le renforcement de l’*empowerment* des pères et de la participation de ceux-ci aux soins tels que les soins de base et la pratique du contact peau à peau. La mise en commun de ces éléments permet de dispenser des soins qui favorisent l’attachement père-enfant.

### 6.2 LIMITES DU TRAVAIL

Dans cette section, les auteurs présentent les limites de l’ensemble de cette revue de littérature. Certaines de ceux-ci ont déjà été décrites dans le chapitre « méthode » et ne sont pas reprises dans cette partie.

Premièrement, tous les articles exposés dans cette étude sont écrits en anglais. En effet, les auteurs ont des connaissances de base en anglais, ce qui peut induire certaines erreurs dans la compréhension ainsi que l’interprétation des articles.

Le choix des articles et leur pertinence tout comme leur nombre peuvent être discutés. Il y a effectivement un nombre limité d’articles analysés. Cela peut s’expliquer par plusieurs raisons :

- La thématique étudiée par les auteurs n’est pas détaillée dans la littérature scientifique.
- Le choix des mots-clés n’est pas exhaustif.
- Certains articles semblaient pertinents pour la question de recherche mais n’ont pas été inclus suite aux critères d’inclusion.

- La recherche d'articles a été effectuée pendant une période de quatre mois allant de septembre à décembre 2011. Par conséquent, les études publiées jusqu'à ce jour n'ont pas été prises en compte.

Malgré les éléments cités ci-dessus, la validité des résultats est garantie par la diversité des types d'articles analysés (études qualitatives et mixtes). En outre, le fait d'effectuer cette étude en groupe a permis une richesse d'opinions amenant à une élaboration des résultats et une discussion plus étoffée.

L'expérience des trois auteurs dans les soins infirmiers peut être discutée car seule une personne de ce groupe a pu exercer son rôle infirmier dans un service de soins intensifs de néonatalogie. Certains éléments proposés dans les résultats peuvent déjà être pratiqués sur le terrain.

Finalement, cette revue de littérature aurait pu être guidée par un cadre conceptuel en soins infirmiers, lequel aurait éclairé certaines pistes étudiées dans l'analyse des résultats.

### **6.3 CARACTERE GENERALISABLE DES RESULTATS**

Le caractère généralisable des résultats est un point important pour l'utilisation de ceux-ci dans la pratique. Ce sous-chapitre permet de le faire ressortir.

Tous les articles retenus sont composés d'un faible échantillon. L'absence d'articles quantitatifs peut en expliquer la cause. En effet, les articles choisis sont qualitatifs et mixtes. Le but principal des études qualitatives n'est donc pas de quantifier les résultats, ce qui ne favorise pas un taux d'échantillon élevé. Lorsque le taux de saturation des résultats est atteint, l'augmentation de l'échantillon n'est plus utile car cela n'apporte plus de données significatives.

Le contexte géographique rentre également en jeu dans la généralisation des résultats. Trois des sept études ont été réalisées en Europe mais aucune d'entre elles n'a été réalisée en Suisse, le pays où s'effectue cette revue de littérature. En vue des contextes sociopolitiques variant d'un pays à l'autre, le congé paternité est un point intéressant à souligner. En effet, les visites ainsi que la participation des pères dans les soins prodigués à leur enfant hospitalisé en néonatalogie peuvent être influencées par le temps libre dont ils bénéficient pour se montrer présents auprès du nouveau-né.



Les activités de soins effectuées par les parents comme le fait de nourrir (Franck & Spencer, 2003) ou d'employer la méthode kangourou avec des enfants intubés (Chia et al., 2006) questionnent les auteurs de cette revue sur les possibles différences de protocoles de soins d'un pays à l'autre. Il est tout aussi important de garder à l'idée que l'impact culturel d'une société influence forcément les représentations générales de la place du père auprès de son enfant. Le rôle infirmier consiste donc à adapter les interventions en individualisant les prestations de soins auprès des pères en fonction de leurs expérience et besoins. Cette individualisation des soins est à appliquer en continu en prenant aussi en compte la situation sociale des pères. En outre, la qualité des prestations de soins dépend en partie des capacités communicationnelles à transmettre les informations adéquates et pertinentes à chaque famille. Aucun des articles choisis n'explicite l'expérience des pères d'un enfant dont le pronostic vital est réservé, la prise en soins de l'infirmière face au processus d'attachement étant particulière.

La généralisation des résultats de ces articles peut aussi se transposer au domaine de la pédiatrie en générale. Est-ce que le rôle infirmier dans la favorisation de l'attachement entre le père et son enfant hospitalisé dans un autre service de pédiatrie diffère du domaine de la néonatalogie ? La différence principale qui réside entre ces deux contextes est que le père a déjà débuté depuis un certain temps le processus d'attachement avec son enfant dans un autre service de pédiatrie, contrairement au père de l'enfant hospitalisé en néonatalogie. Il est donc imaginable que le rôle infirmier soit différent d'un contexte à l'autre.

Concernant la comparaison du rôle infirmier entre le père et la mère de l'enfant hospitalisé en néonatalogie, les résultats des articles analysés pourraient tout aussi bien s'adapter aux deux parents. Toutefois, lorsque l'enfant à risque nécessite un transfert en néonatalogie, le père est souvent le premier présent auprès de son enfant. Ceci indique que ce sont les pères qui entretiennent la relation initiale avec les infirmières. Ces dernières doivent garantir une transmission d'informations de qualité concernant l'état de l'enfant, en favorisant une relation de confiance et de partenariat avec les pères.

Les différents éléments cités ci-dessus rendent possible la généralisation des résultats avec précautions en fonction d'un contexte donné.

## 6.4 REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE

Les auteurs de cette revue de littérature estiment que les résultats obtenus permettent de répondre à la question initiale. Le rôle de l'infirmière en néonatalogie consiste à reconnaître l'expérience vécue des pères dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie et à mettre en place des interventions adaptées à leurs besoins.

Les visites et la participation des pères aux soins doivent être favorisées puisque les interactions avec le nouveau-né sont importantes pour le développement de ce dernier tout comme pour celui de la relation père-enfant. Ceci est d'autant plus considérable que, selon Franck et Spencer (2003), certains parents ont l'impression que l'enfant appartient plus aux infirmières qu'à eux-mêmes (p. 35). L'infirmière en néonatalogie doit par conséquent expliquer aux pères l'importance des interactions parent-enfant. Ceux-ci doivent être encouragés à porter et câliner leur enfant dès les premières heures de vie dans la mesure du possible, ces activités augmentant le sentiment d'attachement (Sullivan, 1999). Par ailleurs, les visites des pères étant proportionnelles à celles des mères (Franck & Spencer, 2003, p. 33), l'infirmière doit renforcer ces visites paternelles, celles-ci pouvant être influencées par l'activité professionnelle du père, l'existence de fratrie, la peur du milieu hospitalier ou d'être confronté à l'état de santé du nouveau-né.

Les visites et soins réalisés par les parents permettent également le renforcement de leur confiance, du sentiment de contrôle et de ce fait de leur *empowerment*. Par conséquent, le fait d'effectuer des visites plus longues mais moins fréquentes auprès de l'enfant, comme le suggèrent Franck et Spencer (2003), est une proposition intéressante ; elle amène les pères à pouvoir faire davantage de soins et de contact peau à peau avec leur enfant que lors de visites brèves (p. 35). Ceci est un élément qui prend tout son sens étant donné que moins de 20% des pères effectuent des soins durant leurs visites (Franck & Spencer, 2003, p. 34). Ces rencontres père-enfant rendent possible la proximité physique essentielle au développement de l'attachement. Les deux autres composantes de ce processus, l'engagement et la réciprocité en sont aussi facilités.

Reconnaître l'expérience des pères est un point fondamental du rôle infirmier. Ainsi, en évaluant leurs besoins et ressources personnelles, les infirmières peuvent développer des interventions précoces pour les soutenir (Lindberg et al., 2008) dans une situation où un sentiment de déception suite à la perte de l'enfant idéal peut être perçu (Sullivan, 1999, p. 34). Ces besoins multiples sont mentionnés à plusieurs reprises dans les articles sélectionnés pour

cette revue de littérature et se complètent. Les besoins d'information quant à l'état de santé de l'enfant et de communication avec les soignants semblent ressortir comme étant les plus importants pour les pères interrogés dans les diverses études (Arockiasamy et al., 2008 ; Herbst & Maree, 2006). L'étude de Cox et Bialoskurski (2001) est focalisée sur la relation mère-enfant, ce qui diffère de la population ciblée dans ce travail de Bachelor. Toutefois, il est imaginable que les besoins des pères en néonatalogie sont pour la plupart similaires à ceux des mères, d'autant plus que ces deux mêmes auteurs évoquent également l'information et la communication comme des besoins prioritaires pour les participantes.

La communication entre le père et l'infirmière s'occupant de l'enfant est donc un élément clé dans l'accompagnement des pères. Grâce à cette communication, les pères obtiennent des informations sur leur enfant et deviennent de plus en plus avertis sur la situation du nouveau-né. Cette augmentation des connaissances favorise à son tour l'*empowerment* des pères. Pour être efficace, la communication doit être claire, honnête et le langage utilisé doit être compréhensible pour les pères. Elle permet d'établir une relation de confiance indispensable à un accompagnement infirmier de qualité. Lorsque les pères ne peuvent être présents auprès de leur enfant, la communication par téléphone permet de maintenir un lien et une certaine continuité dans la transmission des informations. Il est intéressant de souligner qu'en s'inspirant de l'étude d'Arockiasamy et al. (2008), la capacité de communication entre les pères et le soignant peut être améliorée si celui-ci est un infirmier, dans le sens où il est peut-être plus facile pour un père d'exprimer ses besoins et émotions face à une personne du même sexe que lui.

Une autre intervention ressortant des résultats obtenus concerne la méthode kangourou, caractérisée par un contact peau à peau entre le parent et son enfant. L'article de Chia et al. (2006) a été sélectionné dans cette revue de littérature puisque cette méthode favorise la proximité physique, par conséquent l'attachement, et qu'il est utile de connaître l'attitude des infirmières en néonatalogie envers ce soin. Les résultats de cette étude démontrent un manque de formation pour les infirmières concernant la méthode kangourou. Or, une formation insuffisante entraîne potentiellement un manque de promotion de l'intervention concernée, ce qui serait dommageable tant le contact physique qui découle de ce procédé est important pour l'interaction parent-enfant.

La méthode kangourou pourrait être un moyen de stimuler les pères à effectuer des visites à leur enfant. Cependant, Chia et al. (2006) font apparaître dans les résultats de leur recherche que les infirmières en néonatalogie encouragent moins les pères que les mères dans l'usage de cette méthode, particulièrement lorsque le nouveau-né prématuré pèse moins de 1000 grammes ou est intubé (p. 23). Ces données ne sont pas discutées par les auteurs de l'étude alors qu'elles démontrent une différence dans l'accompagnement infirmier entre les pères et mères.

L'attachement père-enfant peut être facilité par l'empowerment des parents (Herbst & Maree, 2006, p. 3). Dans une situation où un manque de contrôle est perçu par les pères (Arockiasamy et al., 2008, p. 217), ce processus permet de favoriser le partenariat infirmière-parent et de rendre les pères et mères plus autonomes dans les soins à leur enfant. Les pères doivent donc être encouragés à devenir de plus en plus indépendants (Lindberg et al., 2008, p. 83) pour renforcer leur rôle parental. Il est cependant difficile d'intégrer ce processus dans une unité de néonatalogie car il requière des compromis et une certaine ouverture d'esprit de la part des infirmières (Herbst & Maree, 2006, p. 12).

Ces diverses interventions infirmières sont émises et discutées à la vue de sept articles scientifiques. Ce nombre limité de références ne permet pas d'effectuer une liste exhaustive des interventions possibles auprès des pères en néonatalogie mais met en avant celles qui sont les plus mentionnées dans la littérature scientifique. D'autres actions sont de ce fait réalisables. Le massage du nouveau-né est, par exemple, un moyen supplémentaire de favoriser l'attachement père-enfant par l'intermédiaire de la proximité physique et de l'engagement du parent. Cependant, les articles des bases de données évoquant ce sujet n'étaient pas de source primaire et donc non sélectionnables pour cette revue de littérature.

## **6.5 MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS AVEC LA LITTÉRATURE**

Les résultats de ce travail de Bachelor concordent avec ceux obtenus dans une revue de littérature effectuée par Cleveland (2008). En effet, cette dernière identifie des besoins parentaux similaires à ceux mentionnés dans ce travail tels que la transmission d'informations précises, le contact avec l'enfant ainsi que des soins individualisés et une relation thérapeutique avec les infirmières. Quatre interventions infirmières sont également évoquées par cette auteure : le soutien émotionnel, l'*empowerment* des parents, l'environnement accueillant et l'enseignement aux parents. Ces éléments de prise en soins résument le rôle infirmier explicité dans la synthèse des résultats de cette revue de littérature. Cette même

auteure fait part également du manque d'articles scientifiques sur le fait d'être le père d'un enfant hospitalisé en néonatalogie, puisque seulement quatre études les concernent sur les soixante sélectionnées pour sa revue de littérature (p. 685).

Un article écrit par Kearvell & Grant en 2010 décrit les interventions qui favorisent l'attachement mère-enfant en soins intensifs de néonatalogie. Malgré le fait que cette étude ne cible pas le père, il est intéressant de constater que ces interventions sont en adéquation avec celles mentionnées dans ce travail de Bachelor, à l'exception de l'allaitement qui est propre à la mère. Ainsi, la participation aux soins de l'enfant, le soutien psychosocial, la communication et la méthode kangourou sont mis en avant pour soutenir l'interaction mère-enfant.

## **6.6 IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE ET LA RECHERCHE**

### **Perspectives pour la profession**

Ce travail laisse percevoir des perspectives intéressantes pour la pratique infirmière. Ainsi, la participation des pères aux soins de leur enfant est un fait à ne pas dénier car elle permet de contribuer grandement à la favorisation du processus d'attachement avec le nouveau-né. Pour cela, il faudrait par conséquent privilégier les différents actes ayant pour but le rapprochement avec l'enfant. L'infirmière devrait bien entendu se baser sur les protocoles et différentes recherches issus de sa pratique afin de mettre en place les interventions adéquates, en vue de contribuer au renforcement de l'attachement entre le père et le nouveau-né.

Comme le mentionnent Cleveland (2008) et Fegran et al. (2006), l'infirmière doit promouvoir des soins centrés sur la famille (*family-centred care*). Il s'agit d'une approche axée sur les soins à l'enfant en respectant le rôle central qu'a la famille dans sa vie (British Columbian Children's Hospital, 2012). Cette conception du soin englobe différents concepts dont l'*empowerment* qui est le point principal du 7<sup>ème</sup> article de cette revue de littérature. Ces deux concepts sont des sujets que la littérature développe de plus en plus. En vue de l'importance de ceux-ci, ils devraient être favorisés dans les services de néonatalogie et intégrés dans la pratique infirmière.

Une suggestion pour la pratique serait d'apporter de nouvelles connaissances ou informations concernant le bienfait de l'attachement entre le père et son enfant. Cela peut se faire au travers de formations continues pour les infirmières qui ont un besoin ou un intérêt particulier à améliorer leurs compétences. Par exemple, il faudrait émettre, s'ils ne sont pas déjà existants,

des protocoles sur l'utilisation de la méthode kangourou pour diminuer les risques et améliorer les bénéfices de cette pratique. L'importance de ce contact peau à peau entre le père et l'enfant peut également être renforcée par ces formations.

Les propositions d'interventions énoncées dans ce travail de Bachelor font partie d'une prise en soins globale des parents dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie et sont, de ce fait, indissociables les unes des autres pour des soins de qualité. Le partenariat avec la famille du nouveau-né doit être privilégié puisqu'il représente un élément central dans l'optique d'un exercice infirmier optimal.

### **Perspectives pour la recherche**

Les résultats de cette revue de littérature et les interventions qui en découlent sont énoncés comme des suppositions étant donné qu'il ne s'agit pas d'une revue systématique. Il serait utile de faire de plus amples recherches sur la relation père-enfant et le rôle infirmier pour obtenir davantage de résultats probants.

Il serait également intéressant de produire plus de publications en Suisse pour que les données et interventions puissent être directement applicables au système socio-sanitaire de ce pays. Ces recherches pourraient inclure, par exemple, l'aspect du congé paternité dans un contexte helvétique. En effet, plus celui-ci est conséquent en terme de jours de congé, plus il offre la possibilité aux pères de passer davantage de temps auprès de l'enfant. Comme les résultats de cette revue de littérature le démontrent, le temps passé auprès du nouveau-né influence positivement les interactions père-enfant, le processus d'attachement est ainsi favorisé.

La réalisation d'études à grande échelle permettrait d'évaluer l'impact réel des résultats obtenus dans les parties précédentes et amènerait une meilleure crédibilité à ceux-ci. Il serait judicieux d'accomplir des revues de littérature afin de regrouper les données scientifiques concernant la thématique de l'attachement père-enfant.

## **7 CONCLUSION**

L'importance de la présence du père pour le développement de l'enfant est de plus en plus reconnue au sein de la société actuelle. Toutefois, dans un service hospitalier de néonatalogie, la prise en soins de la dyade père-enfant au travers de soins centrés sur la famille n'est pas totalement exploitée. De ce fait, il existe des perspectives d'amélioration sur les manières de collaborer avec celui-ci pour favoriser et renforcer le lien d'attachement envers son enfant.

Cette revue de littérature amène des éléments de réponse à la question de recherche et apporte certaines propositions pour étayer le rôle infirmier en néonatalogie. Elle met en avant l'attachement père-enfant dans un contexte scientifique où la dyade mère-enfant est prédominante. Cette évolution idéologique pourrait permettre à la recherche infirmière d'explorer davantage une thématique peu étudiée dans le but d'améliorer de manière continue la qualité des soins.

## LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arockiasamy, V., Holsti, L. & Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit : a search for control. *Pediatrics*, 121(2). 214-223.
- Beaudry, A. (2007). Théorie de l'attachement et deuil. Accès  
[http://www.lesreflexionsderaymondgravel.org/R\\_2011\\_02\\_20\\_Theorie\\_de\\_l\\_attachement\\_et\\_deuil\\_Soeur\\_Agathe\\_Beaudry.pdf](http://www.lesreflexionsderaymondgravel.org/R_2011_02_20_Theorie_de_l_attachement_et_deuil_Soeur_Agathe_Beaudry.pdf)
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., Paul, D. & Polomeno, V. (1994). Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. *Recherche en soins infirmiers*, 46, 4-13.
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., Paul, D. (2004). Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale. *Perspective infirmière*, 1(6), 13-21 32-36.
- Bodart Senn, J. (2011). Quoi de neuf en néonatalogie ? *Sage-femme.ch*, 2, 32-37.
- Bowlby, J. (2002). L'attachement et la perte. Paris : Presses Universitaires de France : Collection Le Fil rouge.
- British Columbians Children's Hospital. (2012). *Family-centred care*. Accès  
<http://www.bcchildrens.ca/YourVisit/Family-centredcare/default.htm>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2009). *Néonatalogie*. Accès  
[http://www.chuv.ch/dsi/dsi\\_home/dsi\\_dep\\_ped/dsi\\_dep\\_ped\\_neonat.htm](http://www.chuv.ch/dsi/dsi_home/dsi_dep_ped/dsi_dep_ped_neonat.htm)
- Chia, P., Gan, S. & Sellick, K. (2006). The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 20-27.
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *JOGNN*, 37 (6), 666-691.
- Cox, C. & Bialoskurski, M. (2001). Neonatal intensive care: communication and attachment. *British Journal of Nursing*, 10(10), 668-676.
- Deeney, K., Lohan, M., Parkes, J. & Spence, D., (2009). Experiences of fathers of babies in intensive care. *Paediatric nursing*, 21(1), 45-48.
- Fegran, L., Fagermoen, M.S. & Helseth, S. (2008). Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 363–371. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04777.x



- Fegran, L., Helseth, S. & Slettebø, A. (2006). Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units. *Nursing Ethics*, 13(1). doi:10.1191/0969733006ne849oa
- Franck, L. & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth*, 30(1), 31-35.
- Francklin, C. (2006). The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Critical Care Nursing Quarterly*, 29(1), 81-85.
- Goulet, C., Bell, L., St-Cyr Tribble, D., Paul, D. & Lang, A. (1998). A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1071-1081.
- Herbst, A. & Maree, C. (2006). Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses. *Health SA Gesondheid*, 11(3), 3-13.
- Kearney Schenk, L., Kelley, J. & Schenk, M. (2005). Models of maternal-infant attachment: a role for nurses. *Pediatric Nursing*, 31(6), 514-517.
- Kearvell, H. & Grant, J. (2010). Getting connected : How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 75-82.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F. & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2<sup>ème</sup> éd.). Québec: Beauchemin.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S. (2004). Soins infirmiers: théorie et pratique. Québec : EPRI.
- Lamas, C. & Guedeney, N. (2006). Constitution des liens d'attachement. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19(3), 111-114.
- Le Camus J. (2002). Le lien père-bébé. *Devenir*, 2002/2 (Vol. 14), 145-167. Accès <http://www.cairn.info/revue-devenir-2002-2-page-145.htm>
- Le Camus, J. (2002). Une place pour le père, déjà dans la petite enfance. Conférence du 15 mars. Montréal. Accès <http://www.unites.uqam.ca/grave/pere/JeanLECAMUS.doc>
- Lefort, M-C. & Discour, A. (2003). La place d'un père durant les trois premiers jours après la naissance de l'enfant prématuré. In P. Marciano, *Le Père, l'homme et le masculin en périnatalité* (pp. 39-56). Paris : érès.

- Lindberg, B., Axelsson, K. & Öhrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely : experiences from Swedish fathers. *Journal Compilation*, 22, 79-85.
- Louis, S. (2010). *Le grand livre du bébé prématuré* (2<sup>e</sup> éd.). Québec : CHU Sainte-Justine.
- Lundqvist, P., Hellström Westas, L. & Hallström, I. (2007). From distance towards proximity: fathers' lived experience of caring for their preterm infants. *Journal of pediatric nursing*, 22(6), 490-497. doi:10.1016/j.pedn.2007.04.008
- Martínez, J. G., Fonseca, L. M. M. & Scochi, C. G. S. (2007). The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit : meanings attributed by the health team. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(2), 239-246.
- Mission Inserm Associations. (2006). *La veille scientifique : l'utilisation PubMed*. Accès [http://infodoc.inserm.fr/PubMed/Presentation-2/21\\_carac.htm](http://infodoc.inserm.fr/PubMed/Presentation-2/21_carac.htm)
- Nagorski Johnson, A. (2008). Engaging fathers in the NICU: taking down the barriers to the baby. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(4), 302-306.
- Office fédérale de la statistique. (2010). *Publications*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=3882>
- Pedespan, L. (2004). Attachement et prématurité. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 32, 716-720. doi:10.1016/j.gyobfe.2004.06.016
- Quevauvilliers, J. (2007). *Dictionnaire médical de poche* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.
- Schneider, F. & Villat B. (2008). *L'enfant prématuré*. [Vidéo en ligne] Accès <http://neonatologie.hug-ge.ch/>
- Sullivan, J. (1999). Development of father-infant attachment in fathers of preterm infants. *Neonatal Network*, 18(7), 33-39.
- Université de Montréal. (2012). *CINAHL sur EBSCOhost*. Accès <http://www.bib.umontreal.ca/SA/cinahl.htm>

## LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

- Als, H. (2009). Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) : New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2, 135-147. doi : 10.3233/NPM-2009-0061
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6<sup>th</sup>ed.). Washington : American Psychological Association.
- Bialoskurski, M., Cox, C. & Hayes, J. (1999). The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. *The journal of perinatal & neonatal nursing*, 13(1), 66-77.
- Bond, C. (2002). Positive touch and massage in the neonatal unit: a British approach. *Semin Neonatol*, 7, 477-486. doi: 10.1053/siny.2002.0149
- Bulliard, V. (2007). *Les soignantes face à l'attachement père-enfant prématuré : quelle place donner au père* (mémoire de fin d'études non publié). Haute école cantonale vaudoise de la santé, Lausanne.
- Carr Swift, M. & Scholten, I. (2008). Not feeding, not coming home: parental experiences of infant feeding difficulties and family relationships in a neonatal unit. *Journal of clinical nursing*, 19, 249-258. doi : 10.1111/J.13365-2702.2009.02822.x
- Condon, J., Corkindale, C. & Boyce, P. (2008). Assessment of postnatal paternal-infant attachment : development of a questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), 195-210. doi : 10.1080/02646830701691335
- Cone, S. (2007). The impact of communication and the neonatal intensive care unit environment on parent involvement. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 33-38. doi : 10.1053/j.nainr.2006.12.006
- De Rouck, S. & Leys, M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit. *Patient education and counseling*, 76, 159-173. doi : 10.1016/j.pec.2009.01.014
- Discenza, D. (2010). Dad's of premature infants are important too. *Neonatal Network*, 29(2), 125-126.
- Feeley, N., Gottlieb, L. & Zelkowitz, P. (2007). Mothers and fathers of very low birthweight infants: Similarities and differences in the first year after birth. *JOGNN*, 36, 558-567. doi: 10.1111/J.1552.6909.2007.00186.x

- Fowlie, P. & McHaffie, H. (2004). ABC of preterm birth: Supporting parents in the neonatal unit. *BMJ*, 329, 1336-1338.
- Gavey, J. (2007). Parental perceptions of neonatal care. *Journal of Neonatal Nursing*, 13, 199-206. doi : 10.1016/j.jnn.2007.06.001
- Henderson, A. & Brouse, J. (1990). The experiences of new fathers during the first 3 weeks of life. *Journal of advanced nursing*, 16, 293-298.
- Henry, S., Richard-Yris, M-A., Tordjman, S. & Hausberger, M. (2009). Neonatal Handling Affects Durably Bonding and Social Development. *PLoS ONE*, 4(4), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0005216
- Jotzo, M. & Poets, C. (2005). Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. *Pediatrics*, 115(4), 915-919. doi: 10.1542/peds.2004-0370
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, L., ... the PIPARI Study Group. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant and behavior development*, 33, 330-336. doi:10.1016/j.infbeh.2010.03.010
- Laganière, J. et al. (2003). Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles. *Enfance*, 55(2), 101-117. doi : 10.3917/enf.552.0101
- Lefebvre, F. (1983). L'attachement des parents à leur nouveau-né suite à une naissance prématurée et à une séparation en période néonatale. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 90-99.
- Lewis, C. & Lamb, M. (2003). Fathers' influences on children's development : The evidence from two-parent families. *European Journal of psychology of education*, 18(2), 211-288.
- Lindberg, B., Axelsson, K. & Öhring, K. (2007). The birth of premature infants: experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 13, 142-149. doi:10.1016/j.jnn.2007.05.004
- Neu, M. & Robinson, J. (2010). Maternal Holding of Preterm Infants During the Early Weeks After Birth and Dyad Interaction at Six Months. *JOGGN*, 39, 401-414. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01152.x

- Pinel-Jacquemin, S. & Zaouche-Gaudron, C. (2009). Système familial et attachement : revue de la question. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 167-172. doi:10.1016/j.neurenf.2008.09.006
- Pohlman, S. (2005). The primacy of work and fathering preterm infants: findings from an interpretive phenomenological. *Advances in Neonatal Care*, 5(4), 204-216. doi:10.1016/j.adnc.2005.03.002
- Power, N. & Franck, L. (2008). Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. *JAN*, 622-641.
- Premberg, A., Hellström, A-L. & Berg, M. (2007). Experiences of the first year as father. *Journal Compilation*, 22, 56-63.
- Taylor, J. & Daniel, B. (2000). The rhetoric vs. the reality in child care and protection: ideology and practice in working with fathers. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 12-19.
- Walker, S. (1998). Neonatal nurses' views on the barriers to parenting in the intensive care nursery – a national study. *Australian Critical Care*, 11(3), 86-91.
- Wigert, H., Berg, M. & Hellström, A-L. (2007). Health care professionals' experiences of parental presence and participation in neonatal intensive care unit. *International Journal of Qualitative Studies on health and Well-being*, 2, 45-54. doi: 10.1080/17482620600979195
- Wigert, H., Hellström, A.-L. & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care – a field study. *BMC Pediatrics*, 8(3), 1-9. doi : 10.1186/1471-2431-8-3

## **ANNEXES**

### **Annexe I :**

Franck, L. & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth*, 30(1), 31-35.

### **Annexe II :**

Arockiasamy, V., Holsti, L. & Albersheim, S. (2008). Fathers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control. *Pediatrics*, 121(2), 214-223.

### **Annexe III :**

Lindberg, B., Axelsson, K. & Öhring, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely : experiences from Swedish fathers. *Journal Compilation*, 22, 79-85.

### **Annexe IV :**

Cox, C. & Bialoskurski, M. (2001). Neonatal intensive care: communication and attachment. *British Journal of Nursing*, 10(10), 668-676.

### **Annexe V :**

Chia, P., Gan, S. & Sellick, K. (2006). The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 20-27.

### **Annexe VI :**

Sullivan, J. (1999). Development of father-infant attachment in fathers of preterm infants. *Neonatal Network*, 18(7), 33-39.

### **Annexe VII :**

Herbst, A. & Maree, C. (2006). Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses. *Health SA Gesondheid*, 11(3), 3-13.

## Annexe I

Éléments d'évaluation	Évaluation
<b>Référence complète</b>	Franck, L. & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. <i>Birth</i> , 30(1), 31-35.
<b>Qualifications des auteurs</b>	Linda S. Franck : PhD, RN, RGN, RSCN Caroline Spencer : BSc(Hons), DipHE, RGN, RSCN
<b>Introduction</b>	
<i>Cadre de recherche</i>	Il n'y a pas d'utilisation de cadre conceptuel.
<i>But et question de recherche</i>	Décrire la fréquence et durée des visites et participations des parents aux soins de leur enfant prématuré hospitalisé dans un service de néonatalogie. Identifier les facteurs associés à la participation des parents. La question de recherche repose sur la participation des parents dans les soins à leur enfant prématuré en néonatalogie.
<b>Méthode</b>	
<i>Population et échantillon</i>	L'échantillon à l'étude comprend 110 enfants et leurs parents dont : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 ont moins de 27 semaines d'âge gestationnel</li> <li>• 39 ont entre 28 et 32 semaines d'âge gestationnel</li> <li>• 43 ont plus de 33 semaines d'âge gestationnel</li> </ul> <p>Critère d'inclusion : les enfants doivent résider toute la journée dans le service de néonatalogie (de 8h à 19h30). Critère d'exclusion : les nouvelles admissions durant les jours de récoltes de données sont exclues de l'étude.</p> <p>Lieu : service de néonatalogie d'un hôpital (tertiaire) de Londres</p> <p>La profession des parents n'est pas explicitée dans l'article alors que ce facteur peut influencer le temps passé auprès de l'enfant.</p>
<i>Considérations éthiques</i>	L'étude est approuvée par le comité d'éthique local.
<i>Devis de recherche</i>	Étude mixte
<i>Mode de collecte des données et conduite de la recherche</i>	Enregistrement de la fréquence, de la durée des visites et de la participation des parents aux soins de leur enfant pendant 12 jours sur une période de 3 mois entre 2000 et 2001 par les infirmières du service de néonatalogie. Les jours consacrés à la récolte de données sont les mardis, mercredis, vendredis et dimanches de 8h à 19h30, ceci établi en une semaine par mois. Le choix des jours d'étude n'est pas justifié. Les infirmières du service sont impliquées dans la méthode en récoltant diverses informations telles que les aspects démographiques et médicales, le temps passé auprès de l'enfant, les soins effectués durant les visites. Les différentes activités sont citées ( <i>feeding</i> – nourrir l'enfant, <i>holding</i> – prendre l'enfant, <i>stroking</i> – caresser l'enfant, <i>cuddling</i> – câliner l'enfant, <i>talking</i> – parler à l'enfant, <i>cleaning</i> – donner les soins d'hygiène à l'enfant).

	<p>La méthode de calculs est explicitée pour les activités parentales mais est complexe et difficile à comprendre.</p> <p>Il n'y a pas d'information sur le questionnaire utilisé ni d'indication sur l'origine de la méthode de calcul.</p>
<i>Analyse des données</i>	<p>Une comparaison entre les mères et les pères est faite suite aux résultats obtenus concernant le temps de visite et les soins apportés à leur enfant hospitalisé en néonatalogie.</p>
<b>Résultats</b>	
<i>Présentation des résultats</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les visites des mères (85%) auprès de leur enfant prématuré sont plus fréquentes et plus longues que celles des pères (45%).</li> <li>• Les visites maternelles sont moins fréquentes si l'enfant a de la fratrie, est âgé de plus d'un mois ou si le père effectue moins de visites.</li> <li>• Les visites paternelles sont moins fréquentes lorsque l'enfant est âgé de plus de sept jours et sont proportionnelles au nombre de visites de la mère.</li> <li>• Toutes les mères et presque tous les pères (96%) tenaient, caressaient ou parlaient à leur enfant durant leurs visites.</li> <li>• Plus de 75% des mères font des soins pendant leurs visites contre moins de 20% pour les pères.</li> </ul> <p>Une carte conceptuelle résume les facteurs influençant la participation des parents.</p>
<b>Conclusion</b>	
<i>Conséquences pour la pratique</i>	<p>Il y a peu de moyens explicités afin d'améliorer la participation des parents. Une suggestion est évoquée quant au fait que les parents devraient effectuer des visites plus longues mais de manière moins fréquente.</p> <p>Des recommandations sont faites pour des propositions de futures recherches dans le but d'obtenir des mesures objectives des facteurs influençant les visites des parents.</p>
<i>Critique</i>	<p>Les références bibliographiques ternissent la fiabilité de la recherche, celles-ci datant parfois des années 80.</p> <p>Points positifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'échantillon choisi est représentatif d'une population multiculturelle et dans un environnement accessible à tous, car cela se passe dans un hôpital public, un avantage pour une éventuelle généralisation des résultats.</li> <li>• La récolte de données s'est effectuée sur plusieurs jours de la semaine, y compris le week-end. Cet aspect de la méthode apporte de la fiabilité aux résultats obtenus, les pères visitant souvent leur enfant durant ces jours de repos.</li> <li>• En outre, les enfants des parents à l'étude ont des âges gestationnels variables, ainsi que différents besoins concernant leur système respiratoire (ventilation assistée, administration d'oxygène, air ambiant). Ceci permet de représenter l'ensemble des situations rencontrées en néonatalogie.</li> <li>• Il est également intéressant de souligner que le soutien financier pour cette étude est accordé par <i>the National Health Service Executive</i> de Londres.</li> </ul>



	<p>Points négatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le fait que les récoltes de données n'aient été faites que durant la journée et non en soirée est un point négatif dans la méthode utilisée. En effet, la crédibilité des résultats est remise en question, car les pères privilégient souvent de visiter leur enfant durant la soirée suite à leur activité professionnelle.</li><li>• Un critère restreignant la transférabilité de cet article consiste dans le fait que l'étude se déroule dans un seul hôpital. Les auteurs démontrent, toutefois une bonne critique en reconnaissant cette limite de leur étude.</li><li>• Ces dernières se réfèrent à la question de la participation des parents dans l'alimentation de leur enfant ; c'est un fait intéressant mais qui ne pourrait pas être généralisable dans les centres de néonatalogie car dans certains hôpitaux, l'alimentation de l'enfant prématuré se fait par le personnel infirmier, surtout lorsqu'elle se fait par sonde naso-gastrique.</li></ul>
--	--

## Annexe II

Éléments d'évaluation	Évaluation
<b>Référence complète</b>	Arockiasamy, V., Holsti, L. & Albersheim, S. (2008). Fathers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control. <i>Pediatrics</i> , 121(2), 214-223.
<b>Qualifications des auteurs</b>	Vincent Arockiasamy : MRCPI Liisa Holsti : PhD Susan Albersheim : MD, PhD
<b>Introduction</b>	
<i>Cadre de recherche</i>	Il n'y a pas d'utilisation de cadre conceptuel.
<i>But et question de recherche</i>	Identifier l'expérience et les besoins en soutien des pères dont l'enfant est hospitalisé à Vancouver en soins intensifs de néonatalogie pendant plus de 30 jours.
<b>Méthode</b>	
<i>Population et échantillon</i>	L'échantillon à l'étude comprend 16 pères dont l'enfant a été hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie. Critère d'inclusion : la durée d'hospitalisation en soins intensifs devait être de minimum 30 jours. Lieu : service de soins intensifs de néonatalogie d'un hôpital de Vancouver. Parmi les 16 pères interviewés, 3 ont perdu leur enfant. Un tableau résume les données démographiques des pères et des enfants participant à l'étude.
<i>Considérations éthiques</i>	La recherche et le protocole ont été approuvés par deux comités d'éthique.
<i>Devis de recherche</i>	Etude qualitative de type descriptive.
<i>Mode de collecte des données et conduite de la recherche</i>	Des entretiens semi-structurés ont été effectués par un médecin de sexe masculin du service sur la base de questions ouvertes et fermées. Le médecin pouvait être inclus dans la prise en soins de l'enfant. Les thématiques abordées durant les entretiens sont mentionnés. Les pères ont été inclus dans la recherche jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouveau thème identifié et que la saturation des données soit atteinte.
<i>Analyse des données</i>	La retranscription des entretiens a été faite par une personne externe à l'étude. Par la suite, un assistant de recherche spécialisé dans les études de type qualitative a analysé chaque entretien dans leur totalité. De plus, les trois auteurs ont réécouté les entretiens indépendamment pour déterminer les thèmes émergents. Ceux-ci ont été analysés jusqu'à l'obtention d'un consensus entre les chercheurs.
<b>Résultats</b>	
<i>Présentation des résultats</i>	Le thème principal identifié est le manque de contrôle des pères sur cette situation. Une figure reprend les quatre sous-thèmes identifiés. Les résultats sont enrichis par des citations des pères. Les 4 sous-thèmes sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'information : il s'agit d'un facteur important pour le « sentiment de contrôle ».</li> <li>• les rôles : les pères font face à de multiples rôles qu'il faut redéfinir dans</li> </ul>

	<p>la structure familiale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les activités externes : le fait d’avoir des activités externes telles que le travail, ou des loisirs permet aux pères d’avoir un « sentiment de contrôle » et d’extérioriser la tension interne.</li> <li>• la communication : les compétences de communication de l’équipe de néonatalogie ont un impact sur le sentiment de contrôle des pères.</li> </ul> <p>D’après les pères, leurs valeurs personnelles les guident dans l’expérience vécue. Les relations avec la famille, les proches, les professionnels de santé et la manière avec laquelle les informations sont transmises sont des facteurs de soutien principaux dans la prise en soins des pères. Le fait de s’entretenir avec un médecin de sexe masculin était une expérience positive et/ou utile pour eux.</p>
<b>Conclusion</b>	
<i>Conséquences pour la pratique</i>	<p>Cette étude met en évidence l’importance de prodiguer des informations aux pères de manière cohérente et d’établir des documents concernant l’état de santé de l’enfant.</p> <p>Des propositions de futures recherches sont suggérées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• déterminer s’il existe des similitudes ou des différences entre les pères et les mères sur les thèmes abordés en faisant des entretiens similaires.</li> <li>• examiner si la propre vision des pères sur leur rôle de soutien envers l’enfant s’oppose à celle que les soignants ont sur ceux-ci.</li> </ul>
<i>Critique</i>	<p>Les références bibliographiques datent des années 1990 et 2000 pour la plupart. Cependant, quelques articles ont été publiés bien avant, dont un datant de 1972.</p> <p>Les principaux points forts de cette étude sont qu’elle cible exclusivement l’expérience des pères, l’échantillon est d’une certaine mixité et est décrit d’une manière complète. Il s’agit du seul article de cette revue de littérature qui prend en compte l’avis des pères dont l’enfant est décédé.</p> <p>D’autre part, les données ont été discutées jusqu’à ce qu’il y ait un consensus entre tous les auteurs (triangulation des chercheurs). Les pères ont été inclus dans la recherche jusqu’à ce qu’il n’y ait plus de nouveau thème identifié et que la saturation des données soit atteinte. Le fait que les entretiens aient été effectués par un médecin de sexe masculin peut permettre aux pères d’exprimer plus facilement leurs ressentis.</p> <p>Toutefois, le soignant faisant l’entretien peut influencer les informations récoltées auprès des pères par le fait qu’il soit engagé dans la prise en soins de l’enfant concerné. Cet aspect est le principal point faible de cet article. Il est par ailleurs pertinent de relever que les auteurs n’ont pas d’expérience en soins infirmiers et que l’étude ne cible pas la pratique infirmière, un élément clé de cette revue de littérature.</p>

### Annexe III

Éléments d'évaluation	Évaluation
<b>Référence complète</b>	Lindberg, B., Axelsson, K. & Öhrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely : experiences from Swedish fathers. <i>Journal Compilation</i> , 22, 79-85.
<b>Qualifications des auteurs</b>	Birgitta Lindberg : MSc, RN Karin Axelsson : DMSc, RNT Kerstin Öhrling : PhD, MEd, RNT
<b>Introduction</b>	
<i>Cadre de recherche</i>	Il n'y a pas d'utilisation de cadre conceptuel.
<i>But et question de recherche</i>	Décrire l'expérience d'être le père d'un enfant né prématurément et hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie en Suède.
<b>Méthode</b>	
<i>Population et échantillon</i>	<p>L'échantillon à l'étude comprend 8 pères d'enfants nés prématurément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pères sont âgés de 22 à 37 ans.</li> <li>• 6 sont pères pour la première fois.</li> <li>• Les enfants ont entre 25 et 34 semaines d'âge gestationnel.</li> </ul> <p>Critères d'inclusion : être le père d'un enfant né avant 36 semaines, le bébé doit avoir été soigné en soins intensifs de néonatalogie</p> <p>Lieu : service de soins intensifs de néonatalogie au Nord de la Suède</p> <p>Il n'y a pas d'information sur la saturation des données. Il manque des éléments sur le diagnostic des enfants et leur durée d'hospitalisation.</p>
<i>Considérations éthiques</i>	L'étude est approuvée par le comité d'éthique local. Les participants peuvent se retirer de l'étude à tout moment, la confidentialité est garantie.
<i>Devis de recherche</i>	Étude qualitative de type phénoménologique
<i>Mode de collecte des données et conduite de la recherche</i>	Des entretiens narratifs d'environ 50 minutes, basés sur 4 questions ouvertes et un modèle théorique, ont été effectués après le retour à domicile, les enfants étant âgés entre 1,5 et 12 mois. Ils ont été réalisés au domicile ou sur le lieu de travail par une des auteures. Les entretiens commençaient par la question suivante : « Please tell me about your experience of having a prematurely born infant ».
<i>Analyse des données</i>	Une méthode d'analyse sur les thématiques qualitatives a été utilisée. Les entretiens ont été visionnés à plusieurs reprises afin de renforcer la compréhension de leur contenu. Des thèmes et sous-thèmes ont été créés.
<b>Résultats</b>	
<i>Présentation des résultats</i>	<p>Les résultats sont classés en deux thèmes généraux et six catégories :</p> <p>A. « Cela prend du temps de se sentir réellement père »</p> <p>1) Apprendre à connaître l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La naissance prématurée permet aux pères d'être plus impliqués dans les soins à leur enfant et de passer plus de temps avec lui.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils se sentent plus compétents et sont plus sensibles au développement et aux progrès de leur enfant.</li> </ul> <p>2) Sentiments grandissant pour l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pères ressentent des difficultés à se sentir père dès la naissance de l'enfant mais les sentiments et l'attachement augmentent avec le temps.</li> <li>• Le lien d'attachement est peut-être plus fort qu'avec un enfant né à terme.</li> </ul> <p>3) Devenir un père plus confiant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pères se sentent plus sûrs dans leur rôle après avoir pris soin de leur enfant en néonatalogie.</li> <li>• Le vrai sens d'être père survient seulement au retour à domicile.</li> </ul> <p>B. « Bénéfices de la situation stressante »</p> <p>4) Changement au niveau personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expérience de la paternité amène un développement de soi et un changement de valeurs.</li> </ul> <p>5) Renforcement de la relation en surpassant la situation stressante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La relation avec la partenaire est renforcée en vivant la situation de manière conjointe mais celle-ci peut aussi engendrer des crises dans le couple.</li> <li>• Le soutien mutuel permet de mieux gérer la joie et la peine d'avoir un enfant prématuré.</li> </ul> <p>6) Se sentir chanceux malgré tout</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pères se sentent chanceux d'avoir un enfant fort et sain comparé à d'autres pères ayant un enfant prématuré plus gravement atteint.</li> </ul> <p>Certains pères seraient probablement inquiets en cas de problèmes de longue durée ou de retard de développement de leur enfant mais réalisent que le fait qu'il soit en vie est le plus important.</p>
<b>Conclusion</b>	
<i>Conséquences pour la pratique</i>	<p>Cette étude révèle que le sentiment d'être père n'est pas spontané lors d'une naissance prématurée.</p> <p>Les auteurs présentent leurs résultats comme ayant une implication pour la pratique infirmière envers les familles d'enfants nés prématurément.</p> <p>Il n'y a pas de recommandations quant à de futures recherches.</p>
<i>Critique</i>	<p>Les références bibliographiques sont majoritairement des années 2000.</p> <p>Le point fort principal de cet article est qu'il concerne l'expérience spécifique des pères à proprement dit ; il cible la population de la question de recherche de cette revue de littérature. Un autre point fort consiste dans le fait que l'échantillon est composé de pères d'âges différents, ce qui permet d'englober les diverses expériences en fonction de l'âge. Les entretiens ont été visionnés à plusieurs reprises pour davantage de précision dans la classification des thèmes et catégories, qui sont soutenues par des citations des pères. Les résultats sont comparés à plusieurs études précédentes et sont pour la plupart congruents.</p> <p>Cet article comprend deux principaux points faibles, à savoir sa crédibilité et sa transférabilité. La crédibilité est affaiblie par le manque de triangulation</p>

	<p>des auteurs dans la récolte de données et par l'absence de vérification des résultats. Il y a un manque d'information au sujet de l'expérience des auteurs en pédiatrie, seule leur qualification est mentionnée. Le fait qu'il n'y ait pas de données sur le diagnostic des enfants, la durée de leur hospitalisation ainsi que sur l'institution concernée réduit la transférabilité des résultats à un autre contexte. De plus, l'étude est réalisée en Suède ce qui implique des spécificités sociopolitiques, telles que le congé paternité, qui ne se retrouvent pas dans d'autres pays européens.</p> <p>Les auteurs évoquent dans les limites de leur recherche que la taille de l'échantillon est faible mais ne disent pas si la saturation des données a été atteinte.</p>
--	--

## Annexe IV

Éléments d'évaluation	Évaluation
<b>Référence complète</b>	Cox, C. & Bialoskurski, M. (2001). Neonatal intensive care: communication and attachment. <i>British Journal of Nursing</i> , 10(10), 668-676.
<b>Qualifications des auteurs</b>	Carol L. Cox : Professor (St-Bartholomew School of Nursing and Midwifery and Consultant Nurse) Maria Bialoskurski : Lecturer in Nursing
<b>Introduction</b>	
<i>Cadre de recherche</i>	Il n'y a pas d'utilisation de cadre conceptuel.
<i>But et question de recherche</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les facteurs associés à l'information qui pourraient faciliter ou perturber le processus d'attachement de la famille mais tout particulièrement celui de la mère et son enfant hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie.</li> <li>• Explorer les problèmes associés à la communication entre l'infirmière et la famille, en particulier avec la mère lorsque son enfant est hospitalisé en soins intensifs de néonatalogie.</li> </ul>
<b>Méthode</b>	
<i>Population et échantillon</i>	L'échantillon est représentatif de la partie quantitative de la recherche. 109 membres de famille ont participé à l'inventaire de Leske (1986) dans le but de quantifier et valider leurs besoins. Par la suite, 100 mères ont participé au classement des six résultats ressortis de la recherche. Lieu : Unité de soins intensifs de néonatalogie situé dans un hôpital à Londres
<i>Considérations éthiques</i>	L'étude est approuvée par le comité d'éthique local.
<i>Devis de recherche</i>	Etude mixte
<i>Mode de collecte des données et conduite de la recherche</i>	<p>L'étude se déroule durant 315 jours. Des méthodes qualitatives et quantitatives ont été utilisées afin d'étudier le processus d'attachement en lien avec les facteurs de communication. La méthode de Leininger's (1991) a été utilisée dans un premier temps. Cela s'est fait en trois phases.</p> <p><u>1<sup>ère</sup> phase</u> : Que de l'observation sur toutes les interactions qui se passent dans l'unité. Au fur et à mesure, les observations se centrent sur les interactions de la mère et l'enfant et le rôle que l'infirmière joue afin de faciliter ces interactions.</p> <p><u>2<sup>ème</sup> phase</u> : Entretiens avec les mères (n=25) et membres de la famille (n=10) afin de leur permettre d'exprimer leurs visions/ressentis quant à la séparation avec l'enfant, en particulier en lien avec la communication. Les enfants provenaient de quatre services de soins intensifs de néonatalogie de Londres.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>Les mères ont accouché il y a peu de temps. Leur enfant est encore hospitalisé aux soins intensifs de néonatalogie au moment de l'étude mais sont stables. Le retour à domicile est prévu prochainement.</p>

	<p>Deux groupes focus ont été interviewés afin de comparer les expériences des mères de l'échantillon avec celles des mères ayant eu leur enfant hospitalisé en unité de soins intensifs de néonatalogie par le passé.</p> <p><u>3<sup>ème</sup> phase</u> : Un questionnaire de 39 questions a été rempli par 10 mères d'enfants nés prématurément.</p>
<i>Analyse des données</i>	L'inventaire est modifié en vue des résultats. Des mesures de fiabilité ont été démontrées. Une analyse approfondie a permis de faire émerger six résultats dérivés de l'inventaire.
<b>Résultats</b>	
<i>Présentation des résultats</i>	<p>Présentations des six besoins des mères par ordre de priorité (tableau 4) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Informations relatives au statut de l'enfant</li> <li>2) Communication en tant que soutien par les professionnels</li> <li>3) Système social de soutien maternel</li> <li>4) Priorités des mères</li> <li>5) Besoins sociaux des mères : qui s'occupe de moi ?</li> <li>6) Besoins émotionnels des mères</li> </ol> <p>Facteurs relatifs à la mère entravant l'attachement avec son enfant (tableau 5) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de groupe d'entraide afin de les soutenir et de leur donner des informations complémentaires</li> <li>• Retour à domicile prématuré pour la mère, avant même que cette dernière ait pu se remettre de la naissance traumatique de son enfant</li> <li>• La durée des voyages pour aller voir l'enfant à l'hôpital peut être une entrave à effectuer les visites</li> <li>• Le manque de transports publics</li> <li>• Les conversations avec les professionnels de la santé peuvent souvent être confuses</li> <li>• Soutien social à la maison limité</li> <li>• Degré de stress élevé</li> </ul> <p>Facteurs relatifs à l'enfant entravant l'attachement avec sa mère (tableau 6) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de données fiables et constantes de la part des professionnels de la santé</li> <li>• Absence de l'enfant rend le sentiment de maternité irréel et intermittent</li> <li>• Séjour prolongé de l'enfant dans l'environnement stressant de la néonatalogie</li> <li>• Décalage entre la réalité et l'enfant désiré</li> <li>• Peur de l'attachement avec l'enfant malade ou prématuré</li> </ul> <p>L'analyse des données qualitatives a indiqué que le processus d'attachement ne se fait pas automatiquement. C'est un processus individuel. Les données récoltées durant cette étude démontrent pour les mères un grand besoin d'informations relatives aux soins apportés à l'enfant ainsi que le besoin de communication avec le personnel soignant afin de favoriser l'attachement. La communication entre la mère - les membres de la famille et le personnel soignant peut être symétrique ou asymétrique.</p>



<b>Conclusion</b>	
<i>Conséquences pour la pratique</i>	<p>Une approche individualisée des soins permet d'adapter la communication et ainsi le processus d'attachement est amélioré.</p> <p>Des recommandations sont faites dans le but de réduire les problèmes de communication et faciliter le processus d'attachement durant la période de séparation avec l'enfant. Il faut donc développer des stratégies de communication adéquates comme, par exemple, effectuer un plan de soins avec les parents ce qui favorise l'individualisation des soins.</p> <p>Points-clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attachement est favorisé quand la mère et la famille sont soutenues par une approche individualisée avec une communication appropriée</li> <li>• Les informations doivent être données de manière appropriées afin d'éviter tout risque de confusion</li> <li>• La prématurité et la séparation mère – enfant à la naissance peut créer des problèmes spécifiques qu'il est peu probable de rencontrer avec des familles ayant un enfant sain né à terme</li> <li>• L'attachement est une expérience humaine profonde et complexe qui nécessite un contact direct et des interactions avec l'enfant</li> </ul>
<i>Critique</i>	<p>Les références bibliographiques ternissent la fiabilité de la recherche, celles-ci datant parfois des années 70.</p> <p>Les principaux points forts de cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les deux auteurs ont de l'expérience dans le domaine des soins infirmiers.</li> <li>- Il y a une triangulation des données à la source et des méthodes qui sont mentionnées (mais non expliquées dans l'article).</li> <li>- La transférabilité est applicable puisque l'échantillon est représentatif des problèmes néonataux et a été effectué dans quatre services de soins intensifs de néonatalogie.</li> <li>- La saturation des données est atteinte. L'analyse a indiqué que 100 personnes sont nécessaires afin que les données soient fiables.</li> <li>- Il y a deux groupes focus dans la 2<sup>ème</sup> phase de la méthodologie.</li> </ul> <p>Les principaux points faibles de cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La méthodologie est complexe et difficile à comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'y a pas de description de l'échantillon dans la partie qualitative de la recherche.</li> <li>• Les trois phases ne sont pas clairement définies.</li> <li>• Les critères d'inclusion/exclusion ne sont pas identifiables.</li> </ul> </li> <li>- Il n'y a pas d'indication sur la durée d'entretien ni de vérification des résultats par les participants.</li> <li>- Les résultats ne sont pas distingués de la discussion.</li> </ul> <p>Cette étude est focalisée sur la mère et non sur le père. Toutefois elle permet de faire le lien entre l'attachement et les besoins communicationnels.</p>

## Annexe V

Éléments d'évaluation	Évaluation
<b>Référence complète</b>	Chia, P., Gan, S. & Sellick, K. (2006). The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> , 23(4), 20-27.
<b>Qualifications des auteurs</b>	Pauline Chia : RN, RM, NeoCert, ADN, BSN, MCN Sharon Gan : RN, RM, RSCN, B.Appl.Sc., MNS, FRCNA Ken Sellick : RN, B.Beh.Sc., M.Psychol, PhD, FRCNA
<b>Introduction</b>	
<i>Cadre de recherche</i>	Il n'y a pas d'utilisation de cadre conceptuel.
<i>But et question de recherche</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudier les attitudes et pratiques des infirmières en néonatalogie à Melbourne dans l'utilisation de la méthode kangourou.</li> <li>• Identifier des problèmes potentiels dans la promotion de cette méthode en néonatalogie.</li> </ul>
<b>Méthode</b>	
<i>Population et échantillon</i>	<p>L'échantillon à l'étude comprend 34 infirmières. L'expérience moyenne en soins infirmiers est de 19,5 ans et de 9,9 ans en néonatalogie.</p> <p>Critère d'inclusion : toutes les infirmières du service ont été invitées à participer à l'étude.</p> <p>Lieu : service de soins intensifs de néonatalogie d'un hôpital de Melbourne</p>
<i>Considérations éthiques</i>	L'étude est approuvée par le comité d'éthique local. Un consentement écrit a été signé par les participants.
<i>Devis de recherche</i>	Étude mixte
<i>Mode de collecte des données et conduite de la recherche</i>	<p>L'étude est composée de deux phases :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Phase quantitative : un questionnaire descriptif, a été rempli par les 34 infirmières afin d'obtenir des données démographiques, d'expérience personnelle et d'utilisation de la méthode kangourou. Parmi ces 34 infirmières, 16 ont donné leur accord pour s'entretenir avec les auteurs de la recherche.</li> <li>2. Phase qualitative : des entretiens de 30 à 45 minutes ont été effectués auprès de 4 infirmières randomisées parmi les seize citées ci-dessus. Quatre questions ont été posées dans le but de décrire les perceptions et expériences concernant la méthode kangourou.</li> </ol>
<i>Analyse des données</i>	Un programme d'analyse statistique (SPSS sous Windows) a été utilisé pour analyser le questionnaire mais n'est pas expliqué. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits pour être étudiés.
<b>Résultats</b>	
<i>Présentation des résultats</i>	<p>Trois tableaux présentent les données quantitatives, lesquelles sont résumées par un texte narratif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les 34 infirmières sollicitées déclarent assister et encourager les parents à utiliser la méthode kangourou.</li> <li>• Les auteurs évoquent que la majeure partie des infirmières en reconnaît les bénéfices pour l'enfant et les parents.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La plupart des infirmières pensent que le kangourou peut être pratiqué avec des enfants de moins de 1000g même s'ils sont intubés par contre elles sont en désaccord ou incertaines quant à l'utilisation de la méthode kangourou quelques heures après la naissance.</li> <li>• 85,3% des infirmières fournissent des informations aux parents sur cette méthode. La moitié d'entre elles ont été supervisées dans la mise en pratique et un tiers a participé à un programme de formation.</li> <li>• Les avantages de la méthode kangourou sont bénéfiques pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'attachement parent-enfant</li> <li>- la confiance des parents dans la participation aux soins et le fait de porter l'enfant</li> <li>- le bien-être physique du nouveau-né</li> <li>- l'allaitement</li> <li>- l'expérience des parents</li> </ul> </li> <li>• Les désavantages mentionnés par les auteurs sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le temps de préparation de l'enfant et des parents</li> <li>- le manque de place et d'intimité dans l'environnement de soins intensifs de néonatalogie</li> <li>- la mobilisation des divers équipements et le risque d'hypothermie</li> </ul> </li> </ul>
<b>Conclusion</b>	
<i>Conséquences pour la pratique</i>	<p>L'étude confirme que les infirmières en néonatalogie favorisent l'utilisation de la méthode kangourou en reconnaissant ses bénéfices malgré des contraintes telles que la charge de travail élevée, la formation insuffisante et le manque de protocole pour les enfants de faible poids de naissance.</p> <p>Par conséquent, les auteurs suggèrent de développer des programmes de formation, particulièrement sur le monitoring des enfants pendant l'utilisation de la méthode kangourou et les transferts.</p>
<i>Critique</i>	<p>Les références bibliographiques sont pertinentes en vue de leur date de publication.</p> <p>Les points forts de cet article :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La phase qualitative permet de renforcer les données quantitatives obtenues. Le fait qu'il s'agisse d'une étude mixte amène de la crédibilité aux résultats.</li> <li>• Le questionnaire utilisé a été testé par cinq infirmières du service externes à l'étude, ce qui apporte de la fiabilité à la collecte des données.</li> </ul> <p>Les points faibles de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'y a pas d'information concernant la saturation des données. Ainsi, on ne sait pas pourquoi pas plus de 4 infirmières ont été sélectionnées pour les entretiens.</li> <li>• Comme le mentionnent les auteurs, les résultats obtenus sont généralisables avec précautions. De plus, le faible échantillon (34 infirmières sur les 91 invitées à participer) diminue la transférabilité des résultats.</li> <li>• Ceux-ci n'ont pas été vérifiés par les participants et ne sont pas tous discutés (exemple : différence de résultats dans l'utilisation de la méthode kangourou entre les pères et les mères selon le poids de</li> </ul>

l'enfant).

- On ne sait pas si les auteurs ont une expérience professionnelle dans le domaine de la néonatalogie malgré leurs qualifications.

Dans cette étude, les bénéfices de la méthode kangourou pour l'attachement parents-enfant sont mis en évidence, ce qui est un élément important pour cette revue de littérature.

## Annexe VI

Éléments d'évaluation	Évaluation
<b>Référence complète</b>	Sullivan, J. (1999). Development of father-infant attachment in fathers of preterm infants. <i>Neonatal Network</i> , 18(7), 33-39.
<b>Qualifications des auteurs</b>	Jennifer R. Sullivan: RN, CM, MAppSc.
<b>Introduction</b>	
<i>Cadre de recherche</i>	Il n'y a pas d'utilisation de cadre conceptuel.
<i>But et question de recherche</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudier le développement de sentiments d'attachement entre un père et son enfant prématuré.</li> <li>• Identifier les facteurs qui favorisent ou entravent ce processus.</li> </ul>
<b>Méthode</b>	
<i>Population et échantillon</i>	<p>L'échantillon à l'étude comprend 27 pères dont l'enfant est né prématurément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'âge des pères varie entre 23 et 48 ans.</li> <li>• Les nouveau-nés comptent 11 filles et 16 garçons.</li> <li>• 15 enfants ont besoin d'une ventilation mécanique pour une durée supérieure à 7 jours.</li> <li>• La durée d'hospitalisation en soins intensifs oscille entre 1 et 41 jours.</li> </ul> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'âge gestationnel de l'enfant doit être inférieur à 35 semaines et celui-ci doit peser moins de 1'900g.</li> <li>• Le nouveau-né doit avoir un poids approprié à l'âge gestationnel et ne pas présenter d'anomalies identifiables majeures.</li> <li>• La famille doit être composée de deux parents.</li> <li>• Le père doit pouvoir s'exprimer et lire en anglais.</li> </ul> <p>Critère d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les naissances gémellaires ne sont pas incluses dans l'étude.</li> </ul> <p>Lieu : service de soins intensifs de néonatalogie d'un hôpital tertiaire de Sydney</p> <p>Un tableau résume les caractéristiques des enfants (âge, score d'APGAR, poids, durée d'hospitalisation en soins intensifs et durée d'hospitalisation totale) dont le père a participé à l'étude.</p>
<i>Considérations éthiques</i>	L'étude a été approuvée par deux comités d'éthique locaux. Un consentement écrit a été signé par les participants.
<i>Devis de recherche</i>	Étude mixte
<i>Mode de collecte des données et conduite de la recherche</i>	Trois entretiens ont été effectués auprès des participants sur une durée de 5 mois à l'aide de deux questionnaires spécialement adaptés à cette étude : le <i>Neonatal Perception Inventory</i> (NPI) & le <i>Parental Feelings Questionnaire</i>

	<p>(PFQ). Le premier sert à évaluer les perceptions des pères quant à leur propre bébé en comparaison avec un bébé moyen. Le second évalue les sentiments et inquiétudes des parents pour leur enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien n°1 fait entre le 3<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> jour de vie de l'enfant (T1) : Les questionnaires NPI 1 et PFQ ont été complétés à l'hôpital.</li> <li>• Entretien n°2 fait un mois après la naissance (T2) : Réalisation des questionnaires NPI 2 et PFQ à l'hôpital, à la maison ou sur le lieu de travail en fonction de l'endroit où se trouvait l'enfant.</li> <li>• Entretien n°3 fait cinq mois après la naissance (T3) : Les questionnaires NPI 3 et PFQ ont été complétés à la maison ou sur le lieu de travail. Deux questions complémentaires ont été posées sur le temps nécessaire pour ressentir un sentiment d'attachement pour l'enfant et les facteurs l'influençant.</li> </ul> <p>Les informations concernant la fréquence des visites des pères sont récoltées dans les notes des infirmières. Celles-ci ont été avisées de prendre particulièrement soin de noter ces visites dans le dossier infirmier. Un autocollant a notamment été déposé sur le lit des enfants participant pour le leur rappeler.</p> <p>Les deux questionnaires utilisés sont présentés de manière complète ; les auteurs, buts, thèmes étudiés et échelles d'évaluation sont mentionnés.</p>
<i>Analyse des données</i>	<p>Un programme d'analyse statistique (SPSS-PC) est utilisé pour analyser le questionnaire mais n'est pas expliqué. Les scores du NPI et du PFQ sont analysés à l'aide de « paired <i>t</i> tests » sans information supplémentaire. Ces tests ont permis de fixer un seuil de signification des résultats obtenus inférieur à 0.16.</p>
<b>Résultats</b>	
<i>Présentation des résultats</i>	<p>Les résultats des deux questionnaires employés sont présentés sous forme de tableaux et de texte.</p> <p><i>Neonatal Perception Inventory (NPI) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'y avait pas de changement significatif dans les perceptions entre la première semaine de vie de l'enfant (T1) et 5 mois après (T3) (<math>p = 0.73</math>).</li> <li>• Il y avait une diminution significative dans la perception des pères envers leur bébé comme étant « difficile » de la première semaine de vie (T1) à un mois (T2) (<math>p &lt; 0.16</math>).</li> <li>• Entre le premier mois de vie (T2) et le cinquième (T3), il y avait une augmentation significative de la perception de l'enfant comme étant « difficile » (<math>p &lt; 0.16</math>).</li> </ul> <p><i>Parental Feelings Questionnaire (PFQ) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y avait une diminution significative du sentiment de « déception » des pères envers leur enfant de la première semaine de vie (T1) au cinquième mois (T3) (<math>p &lt; 0.01</math>).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pères ont exprimé ressentir moins d'anxiété envers leur enfant entre T1 et T2 (<math>p &lt; 0.01</math>) et entre T2 et T3 (<math>p &lt; 0.01</math>).</li> <li>• Il n'y avait pas de différence significative dans les sentiments de plaisir au travers des trois temps de récolte des données (<math>p &gt; 0.16</math> trois fois).</li> </ul> <p>Fréquence des visites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pères ont effectué en moyenne plus de cinq visites à leur enfant par semaine (varie entre deux à sept fois).</li> <li>• La fréquence de ces visites n'était pas corrélée au temps où les pères ont pour la première fois ressenti un sentiment d'attachement pour leur bébé.</li> </ul> <p>Sentiment d'attachement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 pères (59%) ont ressenti de l'amour pour leur enfant durant la grossesse ou les premières 24h de vie.</li> <li>• 10 pères (37%) ont dit ne pas avoir ressenti de sentiment d'attachement jusqu'à 4 à 16 semaines de vie.</li> <li>• 1 père a déclaré ne toujours pas ressentir d'amour pour son enfant lors du troisième et dernier entretien.</li> </ul> <p>Facteurs influençant l'attachement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La taille et la faiblesse de l'enfant.</li> <li>• Un événement marquant dans le parcours du nouveau-né tel que le premier toucher ou le retour à domicile.</li> <li>• Le fait de savoir que l'enfant va survivre.</li> <li>• L'attachement est corrélé avec le temps où le père porte pour la première fois son bébé (<math>p &lt; 0.1</math>). Ainsi, plus il attendra avant de prendre son enfant, plus il faudra du temps pour qu'il ressente un sentiment d'attachement pour celui-ci.</li> </ul>
<b>Conclusion</b>	
<i>Conséquences pour la pratique</i>	<p>La conclusion principale de cet article est que le sentiment d'attachement d'un père pour son enfant est associé à la première fois où celui-ci le porte. Il est également intéressant de noter que la fréquence des visites des pères n'est pas corrélée au sentiment d'attachement pour l'enfant.</p> <p>Il n'y a pas de proposition quant à de futures recherches mais l'auteure évoque le choix de plusieurs instruments et méthodes comme étant possible pour éviter les biais dans la récolte de données.</p>
<i>Critique</i>	<p>Les références bibliographiques de cet article de 1999 datent des années 1970 à 1990.</p> <p>Le point fort de cet article est sa crédibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La réalisation de l'étude en trois entretiens permet de voir l'évolution des sentiments des pères sur les cinq premiers mois de vie de l'enfant.</li> <li>• L'auteure est souvent citée dans les articles scientifiques concernant l'attachement père-enfant. Son expérience pratique en tant qu'infirmière et sage-femme est un point positif.</li> </ul>

- Les deux questionnaires sont présentés de manière complète et les résultats obtenus sont significatifs pour la majorité d'entre eux.
- Les résultats des questionnaires sont discutés avec la formulation d'hypothèses plausibles, l'auteure fournit une autocritique pertinente et propose des solutions pour réduire les risques d'erreurs.

Les points faibles de l'étude sont :

- La crédibilité de l'étude pourrait être améliorée s'il y avait davantage d'auteurs qualifiés dans le domaine pour une vision plus approfondie du sujet.
- Il n'y a pas d'information sur la saturation des données.
- Les résultats ne sont pas vérifiés par les participants ou par d'autres chercheurs.
- Il n'y a pas de triangulation dans la récolte de données (les infirmières observent seules la fréquence des visites des pères). L'auteure mentionne que les pratiques infirmières varient d'un hôpital à l'autre ce qui réduit la transférabilité.

Plusieurs biais sont possibles :

- Les pères ont conscience d'être « testés » ce qui peut influencer les résultats.
- L'auteure précise que la sélection des pères n'a pas été randomisée.

Cet article cible directement l'attachement père-enfant, un point majeur dans la thématique de cette revue de littérature.



## Annexe VII

Éléments d'évaluation	Évaluation
<b>Référence complète</b>	Herbst, A. & Maree, C. (2006). Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses. <i>Health SA Gesondheid</i> , 11(3), 3-13.
<b>Qualifications des auteurs</b>	Adene Herbst: B Cur, M Cur, RN, Midwife, Neonatal Nurse Carin Maree: B Cur, Diploma Paediatric Nursing, BA Cur, M Cur, Diploma Neonatal Nursing, Lecturer in Advanced Neonatal Nursing
<b>Introduction</b>	
<i>Cadre de recherche</i>	Il n'y a pas d'utilisation de cadre conceptuel.
<i>But et question de recherche</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorer et décrire l'<i>empowerment</i> des parents d'enfants hospitalisés en soins intensifs de néonatalogie en Afrique du Sud (phase I).</li> <li>• Décrire des protocoles (<i>guidelines</i>) pour les infirmières afin de favoriser l'<i>empowerment</i> des parents dans deux services de néonatalogie du secteur privé (phase II).</li> </ul> <p>Deux questions de recherche sont explicitées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les besoins des parents à l'égard de l'<i>empowerment</i> ?</li> <li>• Comment les soignants peuvent-ils développer l'<i>empowerment</i> des parents ?</li> </ul>
<b>Méthode</b>	
<i>Population et échantillon</i>	<p>L'étude est composée en deux phases.</p> <p>Phase I : l'échantillon comprend deux groupes focus sélectionnés dans deux hôpitaux privés de Gauteng (Afrique du Sud). Le premier groupe est composé de 12 parents (7 mères et 5 pères). Le deuxième comprend 10 parents (5 pères et 5 mères). Ces parents sont âgés de 25 à 35 ans.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les parents doivent avoir un enfant ayant été admis en soins intensifs de néonatalogie.</li> <li>• Ils doivent être capables de s'exprimer en anglais et en afrikaans (langue sud-africaine).</li> <li>• Un consentement éclairé doit avoir été signé.</li> </ul> <p>Phase II : l'échantillon comprend initialement 30 infirmières de Gauteng, dont 20 participent à un atelier sur comment favoriser l'<i>empowerment</i> des parents en néonatalogie.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience en soins intensifs de néonatalogie d'au-moins une année</li> <li>• Capacité de s'exprimer en anglais et en afrikaans</li> <li>• Participation à l'atelier volontaire</li> </ul> <p>Lieu : services de soins intensifs de néonatalogie de deux hôpitaux privés de Gauteng (Afrique du Sud)</p>
<i>Considérations éthiques</i>	<p>La recherche est basée sur le consentement des deux hôpitaux, des parents et des infirmières.</p> <p>Elle a été approuvée par le comité d'éthique de l'université.</p>

	Le respect de la confidentialité et le principe de bienfaisance sont respectés.
<i>Devis de recherche</i>	Etude qualitative.
<i>Mode de collecte des données et conduite de la recherche</i>	<p>Phase I : entretiens avec les groupes focus, basés sur deux questions principales pour décrire les besoins et suggestions des parents concernant leur <i>empowerment</i>. Ils ont été réalisés par une personne indépendante pendant que le chercheur observait la communication non-verbale et la dynamique du groupe. Les participants étaient encouragés à se dévoiler pour obtenir de multiples points de vue. Les deux entretiens ont été enregistrés.</p> <p>Phase II : ateliers avec 20 infirmières sur la base des résultats obtenus en phase I pour la déduction de protocoles pour favoriser l'<i>empowerment</i> des parents en néonatalogie.</p>
<i>Analyse des données</i>	Les entretiens et l'atelier ont été retranscrits et analysés pour identifier des thèmes et sous-thèmes sur la base d'un outil d'analyse qualitative.
<b>Résultats</b>	
<i>Présentation des résultats</i>	<p>Les parents...</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ont besoin de savoir à quoi ils peuvent s'attendre avant même l'admission de leur bébé en néonatalogie. <i>Guideline</i> : donner des informations sur le service aux parents avant que leur enfant y soit hospitalisé.</li> <li>2. Veulent recevoir les mêmes informations de base indépendamment de l'état de santé de l'enfant et souhaitent être présentés aux personnes qui s'en occupent. <i>Guideline</i> : avoir un programme d'orientation dans chaque unité clarifiant le rôle des parents et ce qu'ils peuvent attendre du service ; présenter les parents à l'équipe soignante.</li> <li>3. Souhaitent être informés de tout ce qui concerne la condition de leur enfant et être inclus dans le processus de prise de décisions. <i>Guideline</i> : informer les parents de tout ce qui concerne l'état de leur enfant, les inclure dans les prises de décisions.</li> <li>4. Veulent participer aux soins de l'enfant. <i>Guideline</i> : encourager les parents à participer aux soins en clarifiant leur rôle ; favoriser les visites et le contact peau à peau.</li> <li>5. Vivent des émotions différentes et intenses. <i>Guideline</i> : être attentif au désarroi émotionnel des parents et à leurs capacités d'adaptation ; avoir une attitude empathique et agir selon leurs besoins.</li> <li>6. Veulent une relation de confiance, de la confidentialité en même temps que du professionnalisme de la part des soignants. <i>Guideline</i> : avoir une attitude professionnelle et de soutien.</li> <li>7. Décrivent l'environnement de néonatalogie comme étant « démoralisant », « déprimant » et « menaçant ». <i>Guideline</i> : maintenir un certain confort et de l'intimité dans l'environnement pour les parents.</li> <li>8. Nécessitent une préparation avant le retour à domicile. <i>Guideline</i> : préparation avant la sortie, fournir des numéros de contact en cas de questions ou problèmes.</li> </ol>

	<p>9. Veulent des soins infirmiers de qualité.  <i>Guideline</i> : dispenser des soins de qualité ; mettre en pratique les guidelines mentionnées.</p> <p>10. Concernant l'unité de soins intensifs de néonatalogie  <i>Guideline</i> : avoir une approche centrée sur la famille et suffisamment de temps pour les parents.</p>
<b>Conclusion</b>	
<i>Conséquences pour la pratique</i>	<p>L'<i>empowerment</i> des parents des nouveau-nés admis en soins intensifs de néonatalogie est d'une importance cruciale pour l'attachement parents-enfant et le bien-être psychologique de ce dernier. L'<i>empowerment</i> est entravé par plusieurs facteurs dont le manque de connaissances et de compétences, le manque de temps et l'attitude négative de l'équipe soignante concernant une approche centrée sur la famille.</p> <p>Une proposition de future recherche est faite pour étudier l'impact et l'efficacité de l'<i>empowerment</i> des parents en néonatalogie après la mise en place des protocoles.</p>
<i>Critique</i>	<p>Les références bibliographiques de cet article sont des années 1990 et 2000.</p> <p>Le point fort de l'étude est sa crédibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a une triangulation des sources de donnée (triple échantillon), des chercheurs (entretiens faits par une personne indépendante) et des méthodes (deux phases).</li> <li>- Les auteurs font une autocritique pertinente de leur recherche.</li> <li>- Deux hôpitaux sont inclus dans l'étude.</li> <li>- Les données sont saturées au cours de la phase II.</li> <li>- L'expérience des chercheurs ; Ceux-ci ont une expérience dans les soins à l'enfant et à la famille.</li> <li>- Différents acteurs de la prise en soins du nouveau-né en néonatalogie sont inclus (infirmière, enfant, père et mère)</li> </ul> <p>Les points faibles de cet article :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les entretiens ont été réalisés par groupe et non de manière individuelle auprès de chaque parent. Ceci peut être un biais dans le fait que les expériences et besoins des parents sont subjectifs ; ils ne sont pas forcément d'accord entre eux face à leur vécu et n'osent peut-être pas suffisamment exprimer leurs ressentis.</li> <li>- Les résultats de cette recherche sont transférables dans un contexte sociopolitique identique à celui du lieu de l'étude (Afrique du Sud).</li> <li>- Il n'y a pas de saturation des données au cours de la phase I ; cet élément est reconnu par les auteurs.</li> <li>- Il manque des informations sur les caractéristiques des participants de la phase I. Par exemple, on ne sait pas comment ils ont été sélectionnés hormis les critères d'inclusion ou si l'enfant est toujours hospitalisé dans le service.</li> <li>- Les résultats de la première phase ont pu être discutés dans la phase II mais n'ont pas été vérifiés par les parents concernés.</li> </ul>