

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Toulouse

# **La place de l'attachement dans la prise en charge kinésithérapique des bébés prématurés hospitalisés en néonatalogie**

*Mémoire de fin d'étude en vue de la validation de l'UE28*

Présenté par Marthe MAHOUT

Promotion 2017-2021

Directeur de Mémoire : Bruno Colombié



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Toulouse

# **La place de l'attachement dans la prise en charge kinésithérapique des bébés prématurés hospitalisés en néonatalogie**

*Mémoire de fin d'étude en vue de la validation de l'UE28*

Présenté par Marthe MAHOUT

Promotion 2017-2021

Directeur de Mémoire : Bruno Colombié

## Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier deux personnes qui m'ont particulièrement aidé dans la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord mon directeur de mémoire Bruno Colombié, kinésithérapeute et psychomotricien spécialisé en pédiatrie, qui a accepté de m'accompagner en cours d'élaboration. Il a su être à mon écoute, patient et très disponible. Il m'a apporté beaucoup de connaissances qui ont permis de rendre ce mémoire plus proche de la réalité.

Je souhaite également adresser un grand merci à M. Delanghe qui m'a aidé dès le début de ce mémoire. Il a été d'une très grande aide et m'a aidé à traverser toutes les difficultés auxquelles j'ai fait face.

Je ne peux évidemment pas faire un mémoire sur l'attachement sans remercier mes parents. Je les remercie d'avoir toujours été présent pour moi lors de la réalisation de mon mémoire mais également en dehors. Je remercie mes sœurs, Aglaé et Hortense, de m'avoir soutenue et encouragée tout au long de ce projet.

Pour finir, je souhaite dire merci aux deux experts qui ont répondu à mes questions. Ces deux témoignages ont été d'une grande aide et je souhaite les remercier d'avoir développé leurs réponses et transmis une partie de leur passion.

Je remercie également mes amies et plus particulièrement Marianne et Atika, qui ont su écouter mes peines et mes joies pendant ces 2 années pleines de rebondissements.

# Table des matières

Remerciements.....	4
Introduction.....	6
1. Description de la situation rencontrée .....	8
2. Eclairage théorique .....	11
2.1. Santé et prématurité.....	11
2.2. Recommandations sur la prise en charge en prématurité.....	14
2.3. La théorie d'attachement.....	16
2.4. Les grands principes de la prise en charge des nouveau-nés prématurés... .....	19
3. Problématique .....	28
4. Analyses des données du terrain.....	29
4.1. Méthodologie des entretiens.....	29
4.2. Analyse des données obtenues .....	30
5. Discussion.....	33
Conclusion .....	36
Références Bibliographiques .....	37
Liste des annexes .....	41

# Introduction

---

D'après L'OMS, un nouveau-né est considéré comme prématuré lorsqu'il naît avant 37 semaines d'aménorrhées. Ces bébés nés prématurés sont catégorisés en "prématurés modérés", s'ils naissent entre la 32<sup>e</sup> et la 37<sup>e</sup> semaine, en "grands prématurés" s'ils naissent entre la 28<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine et en "très grands prématurés" s'ils naissent avant la 28<sup>e</sup> semaine. Aujourd'hui, 1 naissance sur 10 est prématurée ce qui représente 15 millions de bébés par an (OMS, 2012). La prématurité est ainsi un enjeu de santé publique majeur et de nombreuses recherches sont faites chaque année pour permettre la meilleure prise en charge possible et l'actualisation des connaissances sur ce sujet.

Les conséquences d'une naissance prématurée sont multiples et peuvent aller jusqu'au décès du nourrisson. Ces bébés doivent faire face à de nombreuses problématiques physiques et psychologiques qui laissent dans de nombreux cas des séquelles à vie.

A leur naissance, ces nouveau-nés prématurés sont immédiatement hospitalisés dans des services de néonatalogie. Ils y restent pendant de nombreuses semaines dans un contexte artificiel et très anxiogène. Ils doivent faire face à des stimuli très au-dessus de ceux qu'ils auraient reçus dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement sans complications.

Cette situation est très compliquée à la fois pour le bébé qui se bat pour sa vie et pour les parents qui avaient imaginé cet évènement autrement et le vivent comme un traumatisme.

La présence et l'implication des parents sont pourtant essentielles au bon développement de l'enfant afin qu'un attachement sécurisé puisse se développer. Il est donc important que l'équipe soignante soit sensibilisée au rôle primordial des parents et qu'elles puissent tout mettre en place pour assurer qu'ils aient la meilleure place possible dans cette prise en charge.

L'attachement est défini comme un "engagement, sentiment qui lie, unit fortement à quelqu'un". Ce terme est très large et ne semble pas spécifique à la relation qu'entretient le bébé avec ses parents. Ce lien était tout d'abord défini comme la "dépendance émotionnelle". Cependant J. Bowlby, considéré comme le théoricien de l'attachement, propose de parler d'attachement pour que ce terme ne soit plus considéré comme un besoin secondaire. En ce qui concerne H.H.F Harlow, le terme le plus approprié pour lui serait de parler d'affectivité

en différenciant l'affection maternelle, l'affection du jeune enfant pour sa mère, le système d'affection entre pairs ou compagnons de jeu, le système d'affection hétérosexuel et le système d'affection paternel (Zazzo et al., 1979).

A travers ces quelques éléments historiques, nous pouvons nous rendre compte de l'intérêt porté à cette relation mère-enfant. Actuellement l'attachement est considéré comme un élément indispensable au développement de l'enfant. Ainsi la séparation forcée entre les parents et le bébé prématuré doit être réduite au maximum et les parents doivent être intégrés par les équipes soignantes tout au long de la prise en charge pour assurer le développement harmonieux de leur enfant.

# **1. Description de la situation rencontrée**

---

Le thème de mon mémoire a été décidé assez rapidement. Je me suis immédiatement intéressée à la pédiatrie, plus particulièrement à la néonatalogie, et à l'attachement. Je me suis ainsi questionnée pour comprendre d'où venait ce sujet. En effet, je n'ai jamais pu faire de stage en pédiatrie. De plus, je n'ai jamais fait face à des troubles de l'attachement lors d'une prise en charge. J'ai sûrement rencontré des patients avec des problématiques d'attachement mais je n'ai jamais fait le lien avec leur pathologie. Ainsi, je ne l'ai jamais pris en compte dans ma prise en charge. Pourtant, ce projet de travailler en néonatalogie n'est pas récent puisqu'il est antérieur à mon entrée dans les études de kinésithérapie.

Suite à de nombreuses réflexions, j'ai compris que mon histoire personnelle était directement liée à ce choix de sujet.

Je suis née par césarienne suite à un accouchement compliqué. Certains signes montraient que j'avais souffert lors de cet accouchement et j'ai dû être transportée dans un service de néonatalogie où je suis restée les 2 premiers jours de ma vie. Puisque ma mère avait subi une césarienne et que le service de néonatalogie n'était pas dans le même hôpital que la clinique dans laquelle elle avait accouché, je n'ai eu aucun contact avec elle pendant ces 2 jours.

Ma mère est psychologue pour des enfants âgés entre 0 et 3 ans. L'attachement est donc une problématique qu'elle rencontre et qui est souvent évoquée lors de discussions autour de son travail. Lorsqu'elle parle de ma naissance, elle explique que la création de notre lien d'attachement s'est faite en partie grâce à l'aide d'une infirmière qui a guidé ma mère pour faire du peau à peau avec moi lorsque nous nous sommes retrouvées.

La façon dont on s'attache a des conséquences sur beaucoup de choses par la suite puisqu'il s'agit de la toute première forme de relation sociale de notre vie. Il a un impact sur nos choix de vie. Mon envie de travailler avec des bébés prématurés depuis longtemps vient peut-être de mon expérience.

Dans mon cas, je n'avais pas de problèmes physiques, je ne me battais pas pour ma vie, je n'ai été séparée de ma mère "que" 2 jours et le personnel soignant a permis de favoriser le lien d'attachement entre ma mère et moi. Je me suis ainsi demandé, comment des nouveau-



nés tel que des bébés prématurés, séparés pendant des mois de leurs parents et qui font face à de nombreuses complications durant les premières semaines de leur vie, peuvent-ils développer un attachement aussi fort et sûr que des enfants nés dans des conditions "habituelles". Les recherches que j'ai pu faire ont montré que les troubles de l'attachement sont une des problématiques très fréquemment retrouvée chez les enfants prématurés.

La suite de ma réflexion consistait à me demander quelle place l'attachement, et de manière plus globale la dimension affective et émotionnelle, était prise en compte dans la santé et dans la prise en charge des patients. Pendant mes études de kinésithérapie, certaines notions telles que "modèle bio-psycho-social", "écoute", "relation privilégiée entre le kinésithérapeute et le patient" sont abordées. Il s'agit d'une grande partie de la formation. Cependant, peu d'outils concrets nous sont proposés pour répondre aux problématiques psycho-sociales que peuvent rencontrer les patients. Dans beaucoup de cas, écouter ou rediriger sont les solutions. Il me semble pourtant restrictif de dire que les kinésithérapeutes ne possèdent aucuns outils pour permettre de répondre, en partie, à ces problématiques.

Je me suis ainsi intéressée aux outils utiles pouvant être proposés aux enfants souffrant de troubles de l'attachement. Une grande partie de ces techniques montrent l'importance du toucher dans la création de ce lien. Il paraît ainsi évident que la place du kinésithérapeute peut jouer un rôle majeur dans l'attachement puisque l'un des composants caractérisant notre métier est justement le toucher.

En kinésithérapie, le toucher permet la prise de contact. Par le toucher, un dialogue corporel se crée et une relation spécifique s'établit entre nous et le patient. L'un des outils spécifiques du kiné possible grâce au toucher est le massage.

Si le toucher permet une prise de contact, la suite logique de ma réflexion a donc été de m'intéresser à l'efficacité du massage sur l'attachement chez les bébés prématurés.

Cependant il faut souligner que je n'ai jamais fait de stage en néonatalogie ou en pédiatrie et cela limite de façon importante ma connaissance sur le sujet et ma vision des faits. De nombreux articles et connaissances théoriques sont à ma portée mais ils ne remplaceront jamais une expérience pratique. Je pense que cette analyse des pratiques professionnelles a pour but de montrer les outils que nous avons en théorie pour favoriser l'attachement, mais la réalité du terrain est systématiquement différente de la théorie. Il est

indispensable de prendre en compte les avis des professionnels pratiquant au quotidien pour comprendre toutes les problématiques de ce sujet.

## 2. Eclairage théorique

---

### 2.1. Santé et prématurité

"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (OMS, 1946). Cette définition permet de mettre en valeur l'importance de la santé psycho-sociale d'un individu y compris celle d'un nouveau-né. En ce qui concerne l'enfant, l'OMS écrit : "le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement ". (OMS, 1946). Ce point permet d'accentuer l'intérêt porté à la santé physique et psychique des enfants.

La prématurité est un problème fréquemment rencontré aujourd'hui. La prise en charge d'une naissance avant le terme est la source de nombreuses complications. Nous pouvons tout d'abord nous intéresser aux conséquences physiques sur ces nouveau-nés. Lors de leurs premières semaines de vie, les prématurés n'ont pas finalisé la maturation de leurs organes. Certains organes essentiels à la vie ont besoin d'une assistance ou d'une attention particulière pour permettre au bébé de survivre.

Les poumons du bébé prématuré sont immatures. Entre la 28<sup>e</sup> et 36<sup>e</sup> semaine de vie in utero, les poumons sont à la phase sacculaire de leur développement ce qui correspond à la période où les parois alvéolaires s'affinent avec la structure capillaire. Puis après la 36<sup>e</sup> semaine, les parois alvéolaires sont vascularisées par un capillaire unique. Ces éléments nous permettent de dire que lorsqu'un bébé naît trop tôt, ses poumons ne sont pas capables de fonctionner correctement, les échanges gazeux ne sont pas suffisamment efficaces et il est parfois nécessaire qu'il ait besoin d'une assistance pour respirer dans les premières semaines (Gasior et al., 2011, p. 1338). De plus, nous savons que le surfactant est sécrété entre la 34<sup>e</sup> et la 35<sup>e</sup> semaine de grossesse par le poumon. Il permet à celui-ci de bien fonctionner. Lorsque la naissance est prématurée avant la 34<sup>e</sup> semaine, ce surfactant n'est pas efficace ou en trop petite quantité. La complication redoutée est le syndrome de détresse respiratoire aiguë souvent rencontré chez les prématurés.

Ces bébés, doivent également faire face à des problématiques d'alimentation puisque les réflexes tels que la succion ou la déglutition, habituellement présents à la naissance, ne

sont parfois pas développés si la naissance est prématurée. Une assistance sera nécessaire pour permettre l'alimentation (Pfister et al., 2008, p. 317).

Les infections sont également une problématique très fréquemment rencontrée en prématurité. En effet, le système immunitaire de ces nourrissons n'est pas mature ce qui augmente leur risque de développer des infections (Amri et al., 2008, p. 228).

Au niveau cérébral, la prématurité entraîne des risques de lésions catégorisés en 3 grandes classes : les maladies de la substance blanche périventriculaire, les hémorragies non parenchymateuses et les autres lésions cérébrales qui regroupent les infarctus cérébraux dans d'autres territoires du cerveau. Ces lésions ont des conséquences qui peuvent être très lourdes à la fois à court et à long terme. En effet elles peuvent provoquer des paralysies cérébrales avec pour conséquences des hémiplésies, des tétraplésies, des troubles du comportement, des épilepsies, des troubles de l'apprentissage, ... (Marret, S., et al., 2000).

La douleur a longtemps été considérée comme inexistante chez le fœtus et le bébé. En effet, le bébé n'est pas capable d'exprimer sa douleur comme le fait l'adulte. Cependant, des études menées par Fitzgerald en 1991 ont permis de démontrer que les bébés ressentent la douleur. De plus, le fœtus et le bébé naissant précocement ont une sensibilité modifiée par rapport à l'adulte. Les récepteurs cutanés sont présents dès la 7<sup>e</sup> semaine de vie intra-utérine avec un système d'influx nerveux présent. Ces récepteurs sont identiques à ceux présents chez l'adulte mais ont un seuil de stimulation plus faible. Cela signifie qu'un nouveau-né prématuré va ressentir une douleur plus importante que ce que peut ressentir un adulte pour le même stimulus. De plus, les voies descendantes de la nociception ne sont matures qu'au moment de la naissance. L'immaturation du système de la douleur chez le fœtus et le bébé prématuré rend toutes les stimulations plus douloureuses chez eux que dans la population générale. En prenant en compte le contexte d'hospitalisation dans lequel ils sont et le nombre d'actes douloureux qu'ils subissent chaque jour, il est indispensable de savoir qu'ils ressentent et de façon plus intense ces douleurs pour avoir un acte adapté (Debarge, V.H., 2011).

Lors du troisième semestre de la grossesse, la couche graisseuse sous la peau du bébé se développe. Celle-ci permet de réguler la température intérieure de celui-ci de façon à ce qu'il puisse s'adapter à des changements de température. Dans le cas de la prématurité, cette couche graisseuse n'a pas pu être développée avant la naissance. La conséquence est que

l'enfant est en hypothermie. Pour pallier ce problème, le nourrisson est placé en couveuse jusqu'à ce qu'il soit capable de s'adapter à des variations de température.

Les conséquences biologiques de la prématurité sont nombreuses. Il ne faut cependant pas négliger les nombreuses conséquences psychologiques et affectives dont doivent faire face les prématurés durant les premières semaines de leur vie.

Pendant longtemps, l'aspect physique et le contexte d'urgence vitale pour le bébé ont longtemps été la seule problématique réelle pour les équipes médicales. Maintenir physiquement en vie le bébé était la priorité et la prise en charge de la prématurité était souvent hyper-médicalisée. De plus, le lien entre la notion d'attachement et la survie du nourrisson n'avait pas été établie. Il faut attendre les travaux de Spitz en 1948 pour avoir les premiers textes décrivant les conséquences d'un manque ou d'une absence d'attachement. Dans ses écrits, Spitz décrit le comportement d'enfants ayant été séparés pendant plusieurs mois de leur mère et placés dans des orphelinats. Ces enfants recevaient tous les soins physiques dont ils avaient besoin. Cependant, il observe plusieurs types de comportement qui peuvent être considérés comme les différentes étapes de la séparation. Tout d'abord, ces enfants sont "pleurnichards", puis ils restent en "retrait" puis se comportent avec une "rigidité glacée". Il parle alors de dépression anaclitique. Si alors la séparation est supérieure à 5 mois, ces symptômes sont irréversibles et peuvent parfois conduire au décès de ces enfants. Spitz parle alors d'hospitalisme (Spitz, 1948, p. 385).

L'expérience du "Visage Impassible" de E. Tronick en 1989 a également permis de comprendre les conséquences presque immédiates sur le bébé lorsque la figure d'attachement cesse d'interagir et maintient un visage figé. Cette expérience a pour but de mimer la dépression maternelle. Elle permet d'observer que le bébé met en place de nombreux stratagèmes pour attirer sa figure d'attachement avec des sourires, des vocalisations et bien d'autres éléments. Lorsqu'il s'aperçoit qu'il n'arrive pas à faire "revenir" son parent, le bébé se met très rapidement en retrait et se centre sur lui-même. Cette mise en situation d'une discontinuité dans les réactions parentales permet de montrer que la figure d'attachement est un pilier pour l'enfant afin qu'il interagisse avec son environnement (Apter, 2008, p. 23).

Ces observations permettent à la communauté scientifique de l'époque de commencer à se poser des questions sur la prise en charge des enfants. Elles sont le début d'une nouvelle ère dans l'étude de la psychologie de l'enfant et sa compréhension.

Aujourd'hui, la prise en charge des nourrissons nés trop tôt est très complexe, elle regroupe de nombreux professionnels pouvant agir à la fois au niveau physique et psycho-affectif pour permettre au bébé de se développer de la meilleure façon possible.

## 2.2. Recommandations sur la prise en charge en prématurité

### 2.2.1. OMS

Concernant les soins du nouveau-né prématuré, l'OMS fait tout d'abord un état des lieux des risques spécifiques rencontrés par ces bébés. Tous ces risques sont d'ordre physiques puisqu'il s'agit de l'alimentation, des infections, du risque pulmonaire, du risque cérébral, de la jaunisse, du risque digestif, des rétinopathies et de l'anémie.

Plusieurs parties sont ensuite dédiées aux soins nécessaires au nouveau-né prématurés. Il s'agit des soins pour maintenir la température corporelle du bébé, pour assurer l'alimentation, pour prévenir des infections et pour assurer une respiration efficace. Pour finir, une partie est consacrée à la méthode "mère kangourou". Cette partie explique l'importance de cette méthode qui a prouvé son efficacité sur la réduction de la mortalité. Il est également précisé que cette méthode a des bénéfices sur l'attachement mère-enfant (OMS, 2012).

### 2.2.2. *Charte européenne des enfants hospitalisés*

Dans la charte européenne des enfants hospitalisés (annexe I), la relation enfants/parents est mise au centre de l'hospitalisation. En effet, il est stipulé dans les points 2, 3, 7 et 8 que les parents sont invités et encouragés à rester auprès de leur enfant quels que soient l'heure, l'âge de l'enfant ou son état afin "qu'ils participent activement aux soins de leur enfant". Cela rejoint l'idée que la présence des parents est essentielle au rétablissement de l'enfant. Il est également dit que l'environnement hospitalier doit correspondre aux "besoins physiques, affectifs et éducatifs" de l'enfant et que l'équipe soignante "doit être

formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille". Une sous-section spécifique est dédiée aux droits de l'enfant dans les services de néonatalogie et de réanimation. Cette partie explique la difficulté de la parentalité dans un tel service. En effet, la sensibilité des parents face à la condition de leur enfant peut impliquer un rejet de la part de ceux-ci. La chartre insiste sur l'importance du contact précoce et actif dès que les parents y sont prêts (Charlmers, B., 1993).

### 2.2.3. *Recommandations nationales et européennes*

Les recommandations francophones concernant la prise en charge des nouveau-nés prématurés sont quasi inexistantes. Pour remédier à ce manque de synthèse de données, la Société Française de Néonatalogie (SFN) a créé un groupe de travail appelé Groupe de Réflexion et d'Evaluation de l'Environnement des Nouveau-nés (GREEN), qui permet à des professionnels de la santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychomotricien, ...) de faire une synthèse des données trouvées dans la littérature. De nombreux thèmes sont abordés tels que le portage en peau à peau, les topiques en néonatalogie, l'environnement lumineux idéal, la préparation à la sortie de la néonatalogie, la posture, la thermorégulation, ...

Au niveau européen, des recommandations ont été faites par la European Foundation for the care of Newborn Infant (EFCNI) en 2018. Celles-ci sont centrées sur le bébé et prennent en compte son rythme de sommeil, la douleur, les soins de la peau, ... L'intégration de la famille est précisée pour chaque étape de la prise en charge ou les parents peuvent prendre part à de nombreux soins effectués sur leur bébé. Les parents peuvent ainsi être acteurs à part entière du développement de leur nouveau-né et peuvent assurer leur rôle parental le plus complètement possible dans ce contexte de néonatalogie (EFCNI, 2018).

### 2.2.4. *La commission des 1000 premiers jours*

En septembre 2020, une commission regroupant de nombreux experts a rendu un rapport sur les 1000 premiers jours de l'enfant. Cette commission a permis de regrouper de nombreux éléments permettant de mettre à jour et de regrouper les connaissances sur le développement du tout petit. Dans cette commission, une partie est spécifiquement centrée sur le bébé prématuré. Cette partie insiste sur l'importance de la proximité du bébé avec ses parents.

Concernant tous les bébés, y compris les bébés non hospitalisés, il est écrit :

*"Le nourrisson s'attache aux personnes qui répondent rapidement, chaleureusement et de la façon la plus adéquate possible à ses comportements. Ce lien d'attachement sécure est un important facteur de protection pour assurer le développement, la santé mentale et physique de l'enfant à court et long terme. Il y a des différences inter-individuelles entre parents mais aussi entre bébés, ce qui nécessite une coadaptation entre les partenaires. Trouver le bon rythme avec son bébé, à travers l'accordage affectif, la parole, le regard ou le toucher, permet la qualité de l'attachement et des relations sociales qui persisteront tout au long de la vie."* (Ministère de la Santé, 2020).

Ce rapport indique le lien entre le développement des bébés et l'interaction précoce entre les parents et les enfants. Il a ainsi permis de voter l'allongement du congé paternité par l'Assemblée nationale. Ce vote met en lumière l'importance de la présence des parents auprès du nouveau-né y compris dans le cas d'une naissance prématurée.

## 2.3. La théorie d'attachement

Bien que même en 1897, Baldwin disait que l'homme est un être social de naissance qui se construit avec les autres, l'attachement est un concept relativement récent. Les premières observations ayant mené à parler de l'attachement datent de 1948 lorsque Spitz décrit les réactions des nourrissons en carences affectives. En effet, jusqu'alors le lien unissant la mère à l'enfant n'est pas considéré comme un besoin primaire, c'est-à-dire impliquant une réaction autonome du bébé pour assouvir ce besoin, mais comme un besoin secondaire, c'est-à-dire dérivé d'un besoin primaire. Ainsi, le besoin de manger est un besoin primaire et celui-ci implique une interaction entre la mère et l'enfant et engendre progressivement une dépendance psychique du bébé à sa figure nourricière.

Les travaux de Spitz consistent à observer des enfants ayant été séparés de leur mère. Il décrit l'hospitalisme et des enfants en dépression anaclitique. Ces enfants ont pourtant reçu tous les soins physiques dont ils avaient besoin.

En 1958, H.H.F. Harlow fait des expérimentations sur des bébés singes. Celles-ci consistaient à comparer les réactions de bébés singes face à des "mères artificielles" ayant des caractéristiques différentes. Certaines étaient allaitantes, d'autres revêtues d'un chiffon



doux, se balançant, chauffées, .... Ces expériences ont permis de voir que les bébés singes préféraient les mères artificielles revêtues d'un chiffon doux, et chauffées au détriment d'une mère artificielles allaitante qu'ils n'approchaient que très rarement. Ainsi les conclusions de ces observations sont que, chez le singe, le besoin de contact et de proximité avec une figure d'attachement prime sur la faim (Zazzo et al., 1979).

Ces observations ont permis de faire avancer les connaissances sur l'attachement. Il est cependant imprudent de faire une généralité sur l'humain d'observations faites sur des bébés singes.

Cette même année, J. Bowlby, considéré comme le théoricien de l'attachement, écrit son premier article qui décrit le terme "d'attachement" appelé à l'époque "dépendance émotionnelle". Ce changement de terme permet alors de considérer l'attachement comme un besoin primaire plutôt qu'un besoin secondaire. En 1959, la première version de la théorie de l'attachement est décrite par J. Bowlby. Comme le dit R. Zazzo dans "le colloque sur l'attachement", dans la théorie de l'attachement, Bowlby explique que comme pour tout besoin primaire, le bébé né avec un système inné de réponses permettant de contenter ses besoins. Il parle de 5 "patterns" : le sourire, la succion, les cris, l'étreinte et l'action de suivre (Zazzo et al., 1979). Ce système inné n'est pas dirigé vers une personne spécifique avant le 7<sup>e</sup> mois de vie. Cependant, les premières semaines de vie conditionnent l'établissement futur de ce lien dirigé spécifiquement vers une personne puisque d'après Bowlby, ce lien débute pendant la grossesse et se développe dans les 3 premières années de vie.

En 1978, les travaux de M. Ainsworth ont permis d'étayer la théorie de l'attachement à travers des observations faites sur des enfants de 12 à 18 mois dans ce qu'elle appelle "la situation étrange". M. Ainsworth a permis de différencier différents types d'attachement. La situation étrange consiste à observer les réactions des bébés dans une situation inhabituelle. Dans cette situation, on demande aux parents de sortir de la salle pendant 3 minutes à 2 reprises puis de revenir. Les réactions des bébés peuvent se catégoriser en 4 grands types d'attachements différents :

- L'attachement sécure où l'enfant est curieux de son environnement avant la séparation et manifeste une certaine détresse lors de la séparation mais reste consolable facilement. Lors du retour du parent, il retourne à son exploration.

- L'attachement insécure anxieux/évitant où l'enfant explore son environnement de la même manière en présence ou en l'absence du parent.
- L'attachement insécure anxieux/ambivalent où l'enfant est anxieux avant même la séparation et n'explore pas son environnement. Il se trouve dans une grande détresse lors de la séparation et n'est pas facilement consolable même après le retour du parent.
- L'attachement insécure désorganisé où l'enfant n'est pas cohérent dans ses réactions. (Bowlby, J, 1989)

Ces observations permettent de confirmer et d'étayer l'hypothèse que l'exploration de l'environnement, et par conséquent le développement psychomoteur d'un bébé, est conditionnée par le lien d'attachement qui l'unit à sa figure d'attachement. L'attachement est ainsi primordial pour permettre le bon développement global d'un bébé. Toujours d'après M. Ainsworth, l'attachement sécure permet de créer ce qu'elle nomme une "base de sécurité" qui permet à l'enfant d'avoir un support qui lui permettra d'explorer le monde en toute confiance (Tereno et al., 2007, p. 151).

L'attachement est de plus en plus étudié aujourd'hui et de nouvelles personnes permettent de continuer à développer nos connaissances sur cette théorie. Parmi eux, Nicole et Antoine Guedeney se sont énormément intéressés à l'attachement dans de nombreux articles. Ils résument la théorie et proposent des pistes de dépistage et de traitement des troubles de l'attachement. Des observations récentes de troubles de l'attachement présents chez des enfants parfois très petits ont permis à N. et A. Guedeney de construire une échelle permettant d'identifier précocement les troubles de l'attachement. Cette échelle, nommée ADBB (Alarme Détresse Bébé) évalue l'expression du visage, le contact visuel, l'activité corporelle, les gestes autocentrés, les vocalisations, la vivacité de réponses face à une stimulation, la capacité d'entrer en relation et la capacité d'attirer l'attention. Cette échelle validée permet de détecter rapidement les potentiels retraits d'un bébé d'un examen pédiatrique (Guedeney et al., 2004, p. 1048)

Bien que le bébé naisse avec un système inné favorisant l'attachement, ce processus est réciproque et les réactions des parents conditionnent le type d'attachement que va développer le bébé. L'état émotionnel du parent est un élément important à prendre en compte dans le développement de ce lien.

Dans le cas d'une hospitalisation en néonatalogie d'un bébé prématuré, la réponse du parent ne peut pas être aussi constante. En effet, bien que très présents dans les services de néonatalogie, les parents ne peuvent pas être aussi présents qu'avec un nourrisson à terme. D'une part l'hospitalisation fait qu'ils ne peuvent pas être présents physiquement aussi souvent, et d'autre part, ils ne peuvent pas répondre à tous les besoins, parfois très spécifiques de leur nouveau-né. Un point important à souligner est que le bébé prématuré reste pendant quelques semaines entre la vie et la mort. Cette angoisse de mort explique que de nombreux parents de bébés prématurés ont du mal à investir leur bébé avec parfois un rejet de leur enfant, ce qui a un impact évident sur la création du lien d'attachement (Lord-Gauthier, M, 2020).

## 2.4. Les grands principes de la prise en charge des nouveau-nés prématurés

### 2.4.1. Soins de développement (NIDCAP)

A sa naissance, un nouveau-né prématuré reçoit des stimulations supérieures à celles qu'il reçoit dans le ventre de sa mère. Le rôle de chaque personne qui entoure ce bébé est de faire en sorte de se rapprocher le plus possible de la situation in utero physiologique qu'il aurait dû vivre.

Le NIDCAP, Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program, est un programme qui se développe de plus en plus dans les services de néonatalogie. Il permet d'avoir une approche centrée sur le bébé et basée sur ses compétences. Le principe est d'observer les réactions du bébé pour reconnaître une situation de surstimulation néfaste pour son développement, notamment cérébral (Westrup, 2007, p. 448)

Pour évaluer le niveau de stress et d'inconfort d'un bébé prématuré, le NIDCAP utilise l'APIB : the Assesment of Preterm Infant's Behavior. Cette échelle permet d'évaluer des sous-systèmes de fonctionnement que sont le système nerveux neurovégétatif, le système moteur, le système veille-sommeil, l'attention/interaction et les capacités d'autorégulation. Les comportements tels que l'évitement du regard, le bâillement, les pleurs, l'éternuement, le tortillement, l'agitation, le changement du rythme respiratoire ou de la fréquence cardiaque, et bien d'autres signes peuvent signifier un stress dû à une

interaction trop intense entre le bébé et son environnement. L'APIB permet de reconnaître ces signes et ainsi adapter l'environnement au bébé (Als et al., 2005, p. 95).

Le NIDCAP permet ainsi à toute l'équipe soignante qui intervient auprès du bébé de reconnaître ces signes et d'informer les parents sur les gestes qu'ils peuvent effectuer sur leur bébé sans toujours se rendre compte du stress que cela peut provoquer.

Les 2 grands axes du NIDCAP sont de limiter les stimulations neurosensorielles inadaptées générées par l'environnement des soins intensifs de néonatalogie et de permettre aux parents d'être présents et actifs auprès de leurs enfants. Ce dernier point est possible grâce à la formation d'une équipe pluridisciplinaire capable de guider les familles dans ce sens (Burguet et al., 2014, p. 140)

De nombreuses études se sont intéressées aux effets à long terme du programme NIDCAP chez des bébés prématurés. Dans la plupart des études, il en résulte une différence significative en faveur des groupes de bébés prématurés ayant bénéficiés du NIDCAP qui montre qu'ils ont un meilleur développement global (Westrup, 2007, p. 448).

Le NIDCAP n'est pas le seul soin de développement possible, il en existe d'autres telle que l'approche sensori-motrice de Bullinger. Ces soins sensori-moteurs sont axés sur le fait que l'enfant est un partenaire actif. Ainsi, la prise en charge est centrée sur les capacités du bébé. Cependant, contrairement au NIDCAP qui a fait la preuve de son efficacité en néonatalogie, très peu d'études permettent de montrer l'efficacité de cette méthode sensori-motrice dans le contexte de la prématurité.

#### 2.4.2. *Pluridisciplinarité*

La prématurité n'étant pas seulement une problématique purement médicale, il est nécessaire que de nombreux professionnels assurent la prise en charge globale de ces nouveau-nés. Parmi ces professionnels, nous pouvons retrouver : les médecins, les infirmiers, les puéricultrices, les kinésithérapeutes, les assistants sociales, les psychologues, les psychomotriciens.

Ces professions ne sont pas les mêmes et leurs actions seront différentes. Pourtant il est indispensable que tous les actes réalisés aillent dans la même direction. L'enfant doit être au centre de l'attention, il doit être pris dans sa globalité et les parents doivent être informés

et intégrés à la prise en charge de leur enfant. Pour assurer une prise en charge harmonieuse entre ces différents professionnels, une bonne communication est indispensable.

Pour permettre cette pluridisciplinarité, chaque région détient un réseau de soins qui permet le suivi régulier et continue de l'enfant prématuré dès sa naissance. Ce réseau de soins permet à de nombreux professionnels tels que des médecins, des kinésithérapeutes, de psychomotriciens, des psychologues, des orthophonistes et bien d'autres, de travailler main dans la main et de pouvoir collecter et partager plus facilement des informations concernant l'évolution de l'enfant. Ces réseaux suivent le bébé jusqu'à l'âge de 6-7ans.

### *2.4.3. Le rôle du kiné en néonatalogie*

Les objectifs principaux du kinésithérapeute chez des petits patients prématurés hospitalisés en néonatalogie sont axés sur la prévention orthopédique et de permettre la meilleure construction motrice possible. La recherche d'un lien parents-bébé n'est pas un objectif spécifique du kinésithérapeute. Cependant, il est important de comprendre que pour atteindre ces objectifs et être efficace dans son traitement, le kinésithérapeute doit prendre pleinement en compte l'importance de la notion d'attachement.

Cependant, bien que le kinésithérapeute n'ait pas comme objectif principal la création de ce lien, il est indispensable qu'il prenne en compte l'importance de l'attachement. Sa prise en charge doit être construite de manière à intégrer pleinement cette dimension, en dédramatisant la haute technicité du service de néonatalogie et en faisant pleinement équipe avec les parents.

Il est ainsi primordial de travailler en collaboration étroite avec les autres professionnels notamment les psychomotriciens en ce qui concerne l'attachement pour permettre un travail cohérent et ainsi avoir une action efficace sur toutes les problématiques que soulève la prématurité.

### *2.4.4. Mise en forme, installation, portage*

Lorsqu'il naît à terme, un nouveau-né possède une maturation cérébrale qui permet d'obtenir un relatif équilibre entre ses muscles fléchisseurs et extenseurs. Cet équilibre lui permet d'aller à l'encontre de la pesanteur. Dans le cas d'une naissance prématurée, cet équilibre n'est pas atteint lors de l'accouchement et il n'est pas capable de résister

correctement contre la pesanteur. La position spontanée d'un bébé prématuré est en extension, les bras en chandelier, les jambes en batraciens et la tête en extension ou en arrière. Cette position est néfaste pour ce bébé et peut avoir des conséquences orthopédiques et psychomotrices à long terme. Ainsi, l'adulte regroupe le bébé pour le mettre en forme et permettre au bébé de communiquer avec son environnement et notamment avec ses parents. Ce lien avec son environnement a un impact positif sur son développement cérébral. La mise en forme en flexion de ce bébé que ce soit dans sa couveuse ou lors du portage ou des changements de position est un élément essentiel pour permettre le développement psychomoteur physiologique de ce bébé (Kloekner, 2008, p. 157).

En plus de cette flexion, le bébé doit être positionné de façon à ce que sa tête et ses membres inférieurs soit alignés avec le reste de son corps.

Ce soutien postural peut se faire par les parents qui positionnent l'axe de la colonne en flexion ainsi que les membres et cherchent à capter le regard de leur bébé. Cette mise en forme peut également être réalisée par plusieurs éléments. Il existe de nombreux petits matériels permettant de caler le bébé dans une position adaptée tels que des serviettes, des couvertures, des coussins à bille, ... Une technique qui peut être utilisée dans le cadre de la néonatalogie est l'emmaillotement qui consiste à recouvrir le corps du bébé de façon à ce qu'il se sente dans une enveloppe corporelle de manière un peu similaire à ce qu'il aurait pu connaître in utero. Ainsi lorsqu'il aura tendance à s'étirer, le tissu permettra de le ramener en flexion naturellement (Matte, C. et al., 2018). Il est également possible de positionner le bébé dans différentes positions pour éviter les risques de déformation crânienne mais également pour permettre de stimuler le tonus d'une manière différente (Kloekner, 2008, p. 157).

Lors du portage, ces principes de positionnement en enroulement doivent être respectés. Il en va de même pour les changements de position où ce qu'il est conseillé de faire est de maintenir le bébé en flexion en le faisant rouler pour pouvoir le soulever. La pesanteur n'étant pas la même dans l'air quand dans le liquide amniotique, le trajet entre le matelas de la couveuse et les bras du porteur doit être la plus rétrécie possible. Ainsi le porteur doit se pencher le plus possible et se trouver le plus proche possible du bébé avant de le soulever.

Très tôt, le bébé évolue dans les 3 plans de l'espace notamment grâce à certains réflexes archaïques tel que le réflexe tonique asymétrique du cou (RTAC) qui lui permet d'évoluer sur le plan frontal en allant d'un côté à l'autre. En effet, de façon physiologique le bébé né dans une position de flexion et peut très rapidement réaliser des mouvements de torsion pour ensuite acquérir des mouvements de redressement. (Kloekner, 2008, p. 157). Il est important d'aider le bébé à explorer les différents plans de l'espace pour qu'il puisse se développer de façon harmonieuse.

Il faut bien entendu rester attentif aux réactions du bébé pour détecter un éventuel stress que pourrait provoquer une position.

#### 2.4.5. *La méthode Kangourou*

Le portage est un moment privilégié entre le bébé et la personne qui le porte. Lorsqu'il s'agit des parents, cela permet d'avoir une action sur l'attachement. Le "peau à peau" ou le portage Kangourou est depuis quelques années une méthode largement utilisée en néonatalogie.

D'après l'OMS : "La méthode *portage kangourou* consiste à porter un enfant prématuré sur le ventre en contact peau contre peau. Cette méthode est très efficace et facile à appliquer. Elle contribue à la bonne santé et au bien-être des prématurés et des nourrissons nés à terme". N'étant au départ qu'une solution pour pallier le manque de couveuse en Colombie, cette méthode est aujourd'hui considérée comme un outil indispensable à la prise en charge des nouveaux nés prématurés (World Health Organization & World Health Organization, 2005, p. 13)

D'après une étude de 2012 consacrée à la méthode kangourou, de nombreux bénéfices ont pu être identifiés. En effet, dans les pays en développement, elle permettrait de réduire la mortalité, les maladies graves, les infections, la durée d'hospitalisation, d'améliorer la stabilité cardio-respiratoire, la thermo stabilité, le sommeil, le développement neurodéveloppemental, l'allaitement et la modulation des réponses à la douleur. De plus, cette étude explique le sentiment d'utilité que ressentent les mères lors de l'utilisation de la méthode kangourou ce qui améliore les liens d'attachement. (Jefferies, 2012, p. 144)

Toujours d'après l'OMS, la méthode kangourou permettrait aux parents d'être moins stressés, plus confiants en eux même, et plus épanouis. Cette estime d'eux même ont pour

conséquences qu'ils sont plus à l'aise pour répondre aux besoins de leur bébé pendant l'hospitalisation et à plus long terme lorsque leur bébé sera rentré chez eux. Il est ainsi pertinent de dire que la méthode kangourou permet d'améliorer la qualité des liens d'attachement qui unit un bébé prématuré à ses parents (World Health Organization & World Health Organization, 2005, p. 13).

#### 2.4.6. *Intégrations des parents*

L'intégration des parents autour de leur nouveau-né dans les services de néonatalogie est un axe majeur du NIDCAP. La présence des parents auprès de leur enfant a des bénéfices à la fois pour les parents et pour les bébés.

Les conséquences observées sur les parents sont qu'ils sont moins angoissés, qu'ils développent une meilleure estime d'eux en comprenant le comportement de leur bébé et en pouvant répondre à leur besoin de façon plus adaptée. La présence des parents près de leur enfant a également pour impact de réduire le taux de dépression maternelle et de favoriser l'allaitement ce qui est un reflet de la qualité des soins apportés et de l'implication parentale. Cette assurance qu'ils acquièrent tout au long de l'hospitalisation implique une moindre réticente à la sortie d'hospitalisation et peut même impliquer une sortie plus précoce (Glorieux et al., 2012, p. 45)

Du côté du bébé, de nombreux bénéfices peuvent être décrits. L'un des bénéfices majeurs de la présence des parents est de diminuer la douleur. En effet, lors de gestes douloureux par exemple, les parents peuvent être acteur des soins en aidant au regroupement de leur bébé. Certaines études ont montré l'action analgésique de ce regroupement fait par les parents, qui peut parfois même être plus efficace que l'utilisation des opiacés. En plus de cette action sur la douleur, la présence des parents auprès du bébé permet d'améliorer le sommeil notamment lorsque les parents pratiquent le peau à peau ce qui permet au bébé d'avoir un sommeil plus organisé. Pour finir, plusieurs études ont montré les effets positifs de la proximité des parents au niveau du développement global du bébé notamment grâce à l'allaitement qui permet au bébé de créer un meilleur attachement avec sa maman qui est un des facteurs essentiels du développement d'un bébé (Pierrat et al., 2012, p. 35)

Il est ainsi très important de maintenir une proximité entre le bébé et les parents. Cette proximité est cependant parfois compliquée à mettre en place. En effet, la naissance prématurée est un événement très brutal qui est toujours vécu comme un traumatisme par les



parents. Le bébé qu'ils ont imaginé et fantasmé devient réel et ne correspond pas à leurs attentes. La rencontre entre les parents et le bébé doit être préparée et encadrée pour éviter un potentiel rejet. Face à ce bébé si fragile, le stress et les angoisses de mort peuvent avoir un impact direct sur ce début de relation parents/enfant. De plus, ce bébé n'est pas mature et n'est pas capable de communiquer et de répondre aux stimulations de la même façon qu'un bébé né à terme. Dans un schéma de naissance habituelle, les parents sont les seuls à prendre soin de leur bébé. Dans le cas d'une naissance prématurée, cela n'est pas possible et il peut se développer un sentiment d'incapacité ou de culpabilité. Il est donc indispensable que l'équipe soignante redonne toute la place à ces parents pour qu'ils se réapproprient leur enfant et pour leur apprendre à s'occuper de leur bébé sans le surstimuler. L'équipe est ainsi là pour apprendre à ces parents devenus parents trop brutalement à se sentir parent. Ainsi les parents peuvent être sollicités pour intervenir lors de soins tels que la toilette, le changement de couche et d'autres soins qui ne relèvent pas du médical. Ils peuvent également contenir leur bébé lors de soins particulièrement désagréable ou douloureux pour le bébé. Un des rôles du parent est d'assurer le soutien postural du bébé et de le positionner en enroulement. Des jeux de regroupement peuvent être mis en place pour maintenir cette position de flexion. Comme il a été dit plus tôt, cette position va permettre au bébé de mieux communiquer avec son environnement et avec ses parents ce qui va ainsi renforcer le lien d'attachement.

#### 2.4.7. *Le toucher en kinésithérapie*

Le métier de kinésithérapeute est un métier qui passe par le toucher. Ce toucher est un élément essentiel lors des séances de kinésithérapie y compris lors de séances avec un bébé.

Dans la théorie de l'attachement, nous avons expliqué que la proximité physique, le contact de peau à peau, la chaleur d'un corps sont des éléments importants pour le développement du lien d'attachement. Le kinésithérapeute possède de nombreux outils tels que la mise en forme, le portage, le soutien postural, la méthode Kangourou et l'intégration des parents qui permettent d'initier des situations qui participent énormément à la création du lien d'attachement

Une technique spécifique à disposition du kinésithérapeute est le massage. Cette technique utilise le toucher pour soulager un patient. En ce qui concerne les nourrissons, le massage est utilisé dans de nombreuses cultures notamment dans les pays d'Asie comme en

Inde, en Chine, au Népal ou au Bangladesh depuis des siècles (Kulkarni et al., 2010, p. 774). L'utilisation du massage chez les nouveau-nés est arrivée récemment dans les pays occidentaux grâce à Vimala McClure une Américaine qui suite à un voyage en Inde en dans les années 70 à créer "the International Association of Infant Massage" dont le but est de faire du massage une pratique plus répandue dans le monde (International Association of Infant Massage, 2018).

L'utilisation du massage chez des bébés nés à terme est ainsi une pratique courante qui tend à se développer dans les pays occidentaux. Elle aurait pour effet notamment de créer un lien entre les parents et l'enfant.

En prenant en compte ces éléments, il est légitime de penser à l'utilisation du massage dans la prise en charge de bébés prématurés hospitalisés en néonatalogie dans le but d'améliorer l'attachement. Cependant l'enfant prématuré n'est pas totalement mature et ne reçoit peut-être pas le massage de la même manière qu'un enfant né à terme.

Dans un article de 2018 de International Association of Infant Massage , il est écrit :

*"Les tapotements, les caresses superficielles et les effleurements sont des stimulations qui n'existaient pas dans le ventre de la mère et qui sont plus difficiles à tolérer pour les bébés prématurés ou pour les bébés malades nés à terme"* (Matte, C. et al., 2018).

Dans la littérature, de nombreux articles ont tenté d'évaluer l'efficacité du massage chez les prématurés.

Une méta-analyse de 2013 incluant 17 études visant à évaluer l'efficacité du massage sur la prise de poids, la durée de l'hospitalisation et le développement neurocomportemental a donné comme conclusion que le massage était une technique efficace pour permettre aux bébés prématurés de prendre du poids et de diminuer leur durée d'hospitalisation. En ce qui concerne le développement neurocomportemental, les résultats ne permettent pas d'affirmer l'efficacité du massage (He et al., 2013, p. 735)

Les études évaluant spécifiquement l'efficacité du massage sur les comportements d'attachement sont peu nombreuses. En 2018, une étude regroupant 40 mères et leur bébé prématuré a cherché à évaluer les effets du massage sur le lien d'attachement. Ce lien a été étudié grâce à une échelle nommée "Maternal Attachment Behavior Scale" qui permet

d'observer les comportements émotionnels, les comportements de proximité et les comportements de soins. Les résultats de cette étude ont montré une différence significative entre le groupe pratiquant les massages et le groupe témoin ce qui a permis de conclure que le massage permettait d'accélérer les comportements d'attachement (Shoghi, M. et al., 2018).

Une étude de 2005 cherchant également à évaluer spécifiquement l'effet du massage sur l'attachement a permis de montrer une optimisation des liens d'attachement entre la mère et l'enfant après 3 mois. L'échelle utilisée était "the Coding Interactive Behavior Manual" qui teste la sensibilité maternelle, l'intrusion maternelle, la participation sociale de l'enfant et la réciprocité dyadique (Ferber et al., 2005, p. 75).

Il est important d'insister sur le fait que le massage réalisé sur des bébés prématurés est une technique qui nécessite une formation supplémentaire et que la formation initiale de masso-kinésithérapie n'est pas suffisante du fait de la particularité liée à l'immaturation de ces nouveau-nés. Il faut pouvoir reconnaître les signes montrant que cette technique n'est pas bien reçue par le bébé et savoir enseigner cette technique aux parents pour qu'ils la réalisent correctement.

### 3. Problématique

---

Un des éléments indispensables à la création d'un lien d'attachement est le toucher. Dans un contexte de prématurité, ce toucher est remis en question. Le bébé n'est pas mature, il ne reçoit pas les stimulations tactiles de la même façon qu'un bébé né à terme et celles-ci peuvent même parfois être douloureuses. Le programme NIDCAP explique que la prise en charge des bébés prématurés doit se rapprocher le plus possible de ce que le bébé aurait connu in utero. Certaines techniques ayant pour but la proximité physique semblent être très utilisées dans les services de néonatalogie et certaines sont recommandées tel que le portage kangourou. Cependant, il existe une incertitude et une discussion encore en cours sur la technique du massage. En effet, le massage ne reproduit pas des stimulations que le bébé né trop tôt aurait connu physiologiquement in utero. Cet élément nous laisse donc penser que le massage ne semble pas être recommandé pour les bébés prématurés. Cependant, les nombreux articles scientifiques vus plus tôt tendent à démontrer que le massage aurait des effets bénéfiques sur ces bébés prématurés.

En ce qui concerne les effets sur l'attachement, les articles sont peu nombreux mais auraient également tendance à montrer que le massage serait bénéfique pour aider à la création de ce lien.

Dans ce contexte, nous pouvons nous demander : comment le Masseur Kinésithérapeute peut-il réellement aider à la recherche d'un lien parent-enfant chez les nouveau-nés prématurés hospitalisés en néonatalogie, notamment grâce à la technique du massage ?

## **4. Analyses des données du terrain**

---

### **4.1. Méthodologie des entretiens**

L'entretien semi-directif est une technique qui permet de confronter une personne experte du sujet avec l'enquêteur en face à face pour parler d'un sujet précis. L'intérêt des entretiens comparativement aux questionnaires envoyés est qu'il est plus facile et moins long de développer un sujet de vive voix plutôt que sur papier. Afin de guider l'entretien, nous avons préparé une grille de questions afin de regrouper les questions que nous souhaitons poser (Annexe II). Ces questions sont ouvertes et la personne y répondant est libre de développer. Elles sont rangées dans 3 grands thèmes avec des questions spécifiques pour guider l'enquêteur si la personne questionnée s'éloigne du sujet.

Compte-tenu des conditions sanitaires actuelles, je n'ai pas pu réaliser ces entretiens en face à face. J'ai laissé aux personnes interrogées le choix de faire cet entretien soit par téléphone soit en visioconférence.

La finalité de ces entretiens est de pouvoir avoir une idée de la réalité de la prise en charge sur le terrain. Nous avons décidé de nous concentrer uniquement sur des kinésithérapeutes travaillant ou ayant travaillé en Néonatalogie au cours de leur carrière.

Trouver des coordonnées pour interroger les professionnels de santé a été une étape assez fastidieuse. J'ai contacté beaucoup de personnes pour avoir des coordonnées de kinésithérapeutes travaillant en néonatalogie. Après avoir contacté plusieurs structures de soins accueillant des anciens prématurés, mes professeurs de pédiatrie, le CHU de Toulouse et des associations regroupant des professionnels de santé travaillant en néonatalogie, j'ai appelé le CHU de Lyon, de Bordeaux, de Brest, de Strasbourg et de Paris. Parmi tous ces appels je n'ai réussi à trouver que deux personnes voulant bien répondre à mes questions.

## 4.2. Analyse des données obtenues

### 4.2.1. *Etude du premier objet de recherche : l'attachement en néonatalogie*

Les deux entretiens que j'ai pu réaliser permettent de voir que l'attachement est une problématique majeure de la prématurité (Annexe III & IV). En effet, les 2 kinésithérapeutes que j'ai interrogés ont insisté sur l'importance de la prise en compte de cette notion lors de leur prise en charge.

La modification du lien d'attachement est due à plusieurs éléments. Tout d'abord la grossesse est perturbée. Des mots comme "angoisse" et "manque d'implication" ont été évoqués ce qui permet d'illustrer l'impact de cette grossesse trop brève sur les liens d'attachement. L'accouchement et la naissance sont également modifiés et des mots comme "traumatisme", "catastrophe" et "échappement" ont permis de les définir. La rencontre est également une composante à prendre en compte puisqu'elle est modifiée par rapport à une rencontre des parents avec leur bébé nés à terme. Pour finir, l'hospitalisation perturbe la création de ce lien. Les expressions "angoisses de mort", "oser toucher" et "peur" permettent de montrer les difficultés des parents à s'impliquer auprès de leur bébé.

Tous ces éléments ont des conséquences négatives sur les liens d'attachement ce qui peut mener à un "état de dormance" du bébé ou au contraire à un bébé très "irritable" et qui a des difficultés à faire un "retour au calme". De plus, du fait de leur personnalité propre ou du traumatisme qu'ils ont vécu, les parents sont parfois "toxiques" et ne permettent pas au bébé de se "calmer".

Ces 2 kinésithérapeutes ont insisté sur la place primordiale de la famille dans la prise en charge du bébé prématuré. Dans l'un des entretiens, il a été dit que la présence des parents est "vitale" pour le bébé. La participation des parents est possible lors de la "toilette", pour "contenir leur bébé" et pour qu'il se "sente soutenu et aimé".

#### *4.2.2. Etude du deuxième objet de recherche : le kiné face à l'attachement*

D'après ces 2 entretiens, l'attachement est une notion que le kinésithérapeute doit prendre en charge. Pour illustrer cette importance de l'attachement lors des séances, il leur a été demandé de noter l'importance de l'attachement sur une échelle de priorité allant de 0 à 10. Les deux résultats obtenus sont entre 8 et 10, 10 étant une priorité absolue.

En ce qui concerne les facteurs influençant l'attachement, nous pouvons distinguer les facteurs ayant un impact positif et les facteurs ayant un impact négatif. "L'accroche visuelle", la prise de conscience des parents sur l'impact positif de leur présence auprès de leur enfant, "l'évolution positive" du bébé, le peau à peau, et la participation des parents sont des éléments qui ont des conséquences positives les liens d'attachement qui unissent les parents avec leur bébé. Au contraire, "l'hospitalisation", "le protocole strict de la néonatalogie", les "angoisses" des parents et la "distance" du domicile des parents par rapport au service de néonatalogie sont des facteurs qui influencent négativement le développement d'un lien d'attachement.

Les outils à disposition du kinésithérapeute sont multiples. Le premier énoncé dans les deux entretiens est d'intégrer les parents lors des séances. Il consiste à guider les parents lors du "peau à peau", du "portage", "des soins de maternage", de "l'allaitement", pour "parler à leur bébé" et pour "repérer les signes de détresse".

L'outil spécifique du kiné pour la prise en charge de ces nouveau-nés concernent "l'installation" à la fois des parents et du bébé pour optimiser les interactions ainsi que le "portage". En effet il s'agit d'une préoccupation de tous les professionnels s'occupant des bébés mais "l'œil expert revient au kinésithérapeute".

#### *4.2.3. Etude du troisième objet de recherche : le massage et la prématurité*

Ce troisième et dernier objet de recherche n'a pas donné les mêmes résultats dans les deux entretiens.

En ce qui concerne le massage de façon générale, les deux kinésithérapeutes s'accordent pour dire que c'est un outil "intéressant" et "porteur de bienfait" tant que le bébé

et les parents sont "disponibles". Cette technique permet à l'enfant hospitalisé de se "réapproprier des sensation positives lorsqu'on le touche".

Cependant, leur opinion diverge lorsqu'il s'agit d'un massage pour les bébés nés prématurés. Dans le premier entretien, la kinésithérapeute explique que le massage n'est pas une technique adaptée au bébé prématuré. Cela s'explique par "l'immaturité du système nerveux du prématuré" et par le fait que de telles stimulations sont différentes "de ce qu'il aurait reçu in utéro" ce qui crée un "stress" et une "augmentation du cortisol" néfaste pour le "développement du système nerveux". Dans le second entretien, la kinésithérapeute estime qu'il n'y a pas de limite à l'utilisation du massage sauf que la séance est "mal tolérée". Cependant, elle n'utilise pas cette technique exceptés quelques cas spécifiques.



## 5. Discussion

---

L'attachement est un sujet très vaste et de plus en plus actuel. Cette notion reste relativement récente mais est de plus en plus étudiée notamment dans le cadre d'hospitalisation en pédiatrie. Les entretiens effectués pendant ce mémoire ont montré un réel intérêt pour l'attachement et la volonté d'intégrer cette notion à la prise en charge globale d'un nouveau-né prématuré. Cependant, il est important de souligner une difficulté rencontrée lors de ce travail qui peut remettre en question les résultats trouvés lors de ces entretiens. En effet, comme il a été mentionné plus tôt, trouver des kinésithérapeutes voulant répondre à mes questions a été compliqué. Il est donc intéressant de se questionner sur la raison. Plusieurs hypothèses peuvent être identifiées.

L'une des questions qui se posent est de savoir si l'attachement est suffisamment pris en compte dans la prise en charge en kinésithérapie des bébés prématurés hospitalisés en néonatalogie. En effet, les personnes qui ont accepté de répondre à mes questions l'ont fait parce que ce sujet les intéressait. Elles sont par conséquent plus sensibilisées au sujet et prennent en compte l'attachement dans leur prise en charge. Il ne me semble ainsi pas pertinent de faire une généralité de ce qui est fait sur le terrain à partir de ces deux seuls entretiens. Un autre point à souligner est que tous ces entretiens ont été réalisés dans la région Occitanie. En sachant que le NIDCAP a été implanté en tout premier lieu à Toulouse, la notion d'attachement y est peut-être plus présente que dans d'autres régions. Cependant, mes recherches ont été dirigées dans la région Occitanie avant de m'étendre à d'autres régions. Cela peut également expliquer le manque de réponse des autres régions. Plus que situés dans la même région, ces deux kinésithérapeutes travaillent dans le même service de néonatalogie et bien que l'attachement soit pleinement pris en compte dans ce service spécifique, ce n'est peut-être pas le cas dans un autre service d'un autre hôpital.

L'hypothèse que l'attachement n'est pas totalement pris en compte lors des prises en charge n'est bien sûr qu'une hypothèse et il faut bien insister sur d'autres éléments qui ont pu influencer ce peu de réponses.

Tout d'abord, le contexte sanitaire actuel demande une réorganisation des services et de nombreuses modifications qui peuvent expliquer le manque de temps des professionnels pour répondre à mes questions. De plus, le choix de faire des entretiens

implique forcément une implication plus grande des professionnels puisque répondre à des questions par entretien est plus long que lors d'un questionnaire classique et la contrainte de temps est de nouveau mentionnée. Il faut également préciser que les questionnaires et les entretiens sont des outils très utilisés par les étudiants pour réaliser leur mémoire. Les kinésithérapeutes reçoivent chaque jour de nombreuses demandes et ne peuvent pas répondre à toutes. Ma stratégie de recherche des professionnels peut également être remise en question. En effet, j'ai commencé par contacter des professionnels travaillant en pédiatrie pour leur demander des coordonnées de kinésithérapeutes travaillant en néonatalogie avant de contacter directement les CHU. Cette étape m'a fait perdre un temps précieux. Il aurait également peut-être été judicieux de contacter des hôpitaux d'autres régions dès le début de mes recherches plutôt que de me concentrer sur la région Occitanie en premier lieu.

Il est ainsi impossible de dire si ce peu de réponses est dû à un désintérêt des kinésithérapeutes pour l'attachement ou si le contexte de mes recherches n'a pas permis de trouver assez de personnes. Il reste intéressant de préciser que la notion d'attachement est abordée durant nos études de kinésithérapie. Ainsi, si ce manque de réponse est dû au fait que les kinésithérapeutes ne s'intéressent pas à l'attachement, cela est peut-être parce que ce concept est relativement récent et n'était pas assez abordé dans nos études. Le fait que l'attachement soit abordé aujourd'hui laisse penser qu'il est de plus en plus intégré dans les esprits ce qui implique qu'il sera alors de plus en plus pris en compte lors des prises en charge.

Il faut cependant préciser que le métier de kinésithérapeute n'est pas valorisé dans les recommandations ou les rapports guidant les professionnels de santé dans la prise en charge des bébés prématurés. En effet, il a été mentionné plus tôt la commission des 1000 premiers jours. Ce rapport très récent réalisé par des professionnels de la petite enfance n'a pourtant pas mentionné une seule fois le kinésithérapeute. Le fait que la nécessité du kinésithérapeute ne soit pas reconnue est problématique puisque ce manque peut remettre en question le rôle essentiel des kinésithérapeutes dans les services de néonatalogie.

En ce qui concerne l'utilisation du massage, la littérature tend à montrer l'efficacité du massage chez les prématurés notamment dans la recherche du lien d'attachement avec les parents. Cependant, cette technique n'est pas retrouvée sur le terrain et parfois considérée comme inadaptée à la prématurité. Encore une fois, deux entretiens ne suffisent pas à faire une généralité sur ce qui est pratiqué sur le terrain. Il est possible de se demander pourquoi

il y a une telle différence entre la littérature et la pratique réelle. Tout d'abord, les recherches qui montrent les bénéfices du massage restent peu nombreuses et de faible preuve scientifique. Les conclusions de la méta-analyse de 2013 montrent que plus d'études doivent être faites pour conclure à l'efficacité réelle de cette technique sur les bébés prématurés. Cela peut avoir pour conséquence une hésitation ou une réticence des professionnels à utiliser le massage. De plus, le massage est une technique initialement pratiquée dans d'autres pays comme l'Inde ou la Chine et ne fait pas complètement partie de notre culture en France ou dans les pays occidentaux de manière générale.

## Conclusion

---

Ce travail m'a permis de découvrir plus précisément un sujet qui m'intéressait depuis longtemps. J'ai pu confronter les données théoriques trouvées dans des articles à ce qui est réellement pratiqué sur le terrain. Même si ces recherches n'ont pas permis de donner une conclusion générale de ce qui est fait dans la réalité, il a été très intéressant de pouvoir questionner des professionnels sur leurs pratiques.

L'attachement est une notion de plus en plus intégrée à la prise en charge des bébés prématurés hospitalisés en néonatalogie. C'est un élément indispensable au développement psychomoteur global du bébé né trop tôt. Le kinésithérapeute a une place essentielle dans les services de néonatalogie et doit impérativement prendre en compte l'attachement et tout faire pour favoriser la création de ce lien entre le bébé et ses parents.

L'intégration des parents, le soutien postural, le portage, l'installation, la méthode Kangourou sont tous des outils à disposition du kinésithérapeute pour améliorer la relation entre le bébé et ses parents. Il doit travailler en équipe avec tous les professionnels entourant le bébé pour permettre une cohérence et une continuité des soins.

Le massage est une technique propre au kinésithérapeute. Cependant, il ne semble pas être un outil très utilisé dans le contexte de la prématurité. Bien que la littérature cherche à montrer l'efficacité du massage sur les bébés prématurés, trop peu d'études ont été faites pour permettre de le prouver réellement. Lorsque les données scientifiques seront assez nombreuses, il faudra former les professionnels à cette technique pour qu'ils puissent l'utiliser lors de leur prise en charge.

## Références Bibliographiques

---

Als, H., Butler, S., Kosta, S., & McAnulty, G. (2005). The Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11(1), 94–102. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20053>

Althabe, Fernando, Christopher Paul Howson, Mary Kinney, Joy Lawn, et World Health Organization. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*, 2012. <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204%5Fborntoosoon-report.pdf>.

Amri, F., Fatnassi, R., Negra, S., & Khammari, S. (2008). Prise en charge du nouveau-né prématuré. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 21(56), 227231. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2008.04.019>

Apter, G. (2008). Regarde-moi, je te regarde, et pourtant le sais-tu ? *Enfances & Psy*, 41(4), 23. <https://doi.org/10.3917/ep.041.0023>

Bowlby, J. (1989). La théorie de l'attachement. *Psychopathologie du bébé*, 165-170.

Burguet, A., Menget, A., Chary-Tardy, A.-C., Savajols, E., Abed, N., & Thiriez, G. (2014). Diversité inter-régionale de la quantité de soins délivrés aux grands prématurés : notion de "regard médical ". *Archives de Pédiatrie*, 21(2), 134141. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.11.003>

Chalmers, B. (1993), *Annotation: Care of children in hospital*. *Child: Care, Health and Development*, 19: 119-126. doi:10.1111/j.1365-2214.1993.tb00719.x

Debarge, V. H. (2011). *Douleur et analgésie fœtale*. *Spirale*, n° 59(3), 69. <https://doi.org/10.3917/spi.059.0069>

European foundation for the care of newborn infants. (2018). Care Procedures. [https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2019/11/TEG\\_Care-procedures\\_complete.pdf](https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2019/11/TEG_Care-procedures_complete.pdf)

Ferber, S. G., Feldman, R., Kohelet, D., Kuint, J., Dollberg, S., Arbel, E., & Weller, A. (2005). Massage therapy facilitates mother–infant interaction in premature infants. *Infant Behavior and Development*, 28(1), 7481. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2004.07.004>

Gasior, N., David, M., Millet, V., Reynaud-Gaubert, M., & Dubus, J.-C. (2011). Devenir respiratoire à l'âge adulte de la prématurité et de la dysplasie bronchopulmonaire. *Revue des Maladies Respiratoires*, 28(10), 13291339. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2011.05.015>

Glorieux, I., Montjaux, N., Bloom, M. & Casper, C. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents. *Devenir*, 1(1), 45-53. <https://doi.org/10.3917/dev.121.0045>

Guedeney, A., Dumond, C., Grasso, F. & Starakis, N. (2004). Comportement de retrait relationnel du jeune enfant : du concept à l'outil diagnostique. *M/S : médecine sciences*, 20 (11), 1046–1049.

He, J., Zhang, X., & Wang, L. (2013). The Efficacy of Massage on Preterm Infants : A Meta-Analysis. *American Journal of Perinatology*, 30(09), 731738. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1332801>

Ibáñez, M. (2005). *Prématurité, émotions et développement à long terme*. Spirale, 33(1), 93. <https://doi.org/10.3917/spi.033.0093>

International Association of Infant Massage. (2018, 21 août). The IAIM Organization | International Association of Infant Massage. <http://www.iaim.net/about-iaim/the-iaim-organization/>

Jefferies, A. L. (2012). La méthode kangourou pour le nourrisson prématuré et sa famille. *Paediatrics & Child Health*, 17(3), 144146. <https://doi.org/10.1093/pch/17.3.144>

Kloeckner, A. (2008). Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. *Contraste*, 1(1-2), 157-178. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0157>

Kulkarni, A., Kaushik, J. S., Gupta, P., Sharma, H., & Agrawal, R. K. (2010). Massage and touch therapy in neonates : The current evidence. *Indian Pediatrics*, 47(9), 771-776. <https://doi.org/10.1007/s13312-010-0114-2>

Lemay, M. (1983). *L'éclosion psychique de l'être humain*. Fleurus.

Lord-Gauthier, M. (2020). Le traumatisme psychique d'une naissance prématurée chez l'enfant : une revue de littérature réflexive. *Filigrane : Écoutes psychothérapeutiques*, 29(1), 125. <https://doi.org/10.7202/1070643ar>

Marret, S., & Marpeau, L. (2000). Grande prématurité, risque de handicaps neuropsychiques et neuroprotection. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 29, 373-384.

Matte, C., & Vincent, A. L. (2018). Positionnement thérapeutique, modes de déplacement et modes de portage des bébés. *Perspective Infirmiere: Revue Officielle de L'ordre des Infirmieres et Infirmiers du Quebec*, 15(1), 24-26.

Ministère de la Santé et de la Solidarité. (2020, septembre). *Les 1000 premiers jours : Là ou tout commence*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. *Constitution de l'organisation mondiale de l'OMS*. (1946, 22 juillet). <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

Pierrat, V., Zaoui-Grattepanche, C., Rousseau, S. & Truffert, P. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue du bébé. *Devenir*, 1(1), 35-44. <https://doi.org/10.3917/dev.121.0035>

Pfister, R. E., Launoy, V., Vassant, C., Martinet, M., Picard, C., Bianchi, J. E., Berner, M., & Bullinger, A. (2008). Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*, 60(4), 317. <https://doi.org/10.3917/enf.604.0317>

Shoghi, M., Sohrabi, S., & Rasouli, M. (2018). The effects of massage by mothers on mother-infant attachment. *Health Med*, 24(3), 34-39.

Spitz, R. A. (1948). La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance*, 1(5), 373391. <https://doi.org/10.3406/enfan.1948.1106>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 2(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Westrup, B. (2007). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)—family-centered developmentally supportive care. *Early human development*, 83(7), 443-449.

World Health Organization & World Health Organization. (2005). *La méthode "mère kangourou "*. Organisation mondiale de la Santé.

World Health Organization: WHO. (2018, 19 février). *Naissances prématurées*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Zazzo, R., Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R., Duyckaerts, F., Harlow, H. H. F., Koupernik, C., Lebovici, S., Lorenz, K., Malrieu, P. H., Spitz, R. A., & Widlöcher, D. (1979). *L'Attachement* (2e éd.). Delachaux et Niestlé.



## Liste des annexes

---

Annexe I : Chartre de l'enfant Hospitalisé

Annexe II : Grille de questions pour les entretiens

Annexe III : Compte rendu du premier entretien

Annexe IV : Compte rendu du deuxième entretien

## **ANNEXE I**

### **Chartre de l'enfant hospitalisé**

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
5. Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.
6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant.
10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

**Charte européenne de l'enfant hospitalisé « Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants. » (UNESCO)**

## **ANNEXE II**

### **Grille de questions pour les entretiens**

## **L'attachement en néonatalogie chez les prématurés**

*L'attachement est-il une notion que vous prenez en compte lors de votre prise en charge ?*

*Quelles conséquences sur l'attachement pouvez-vous rencontrer lors de la prise en charge de bébés prématurés ?*

*Quelle place la famille a-t-elle dans la prise en charge de leur enfant hospitalisé ?*

## **Le kiné face aux troubles de l'attachement**

*Sur une échelle de priorité de 0 à 10 (10 = priorité absolue), quelle importance donnez-vous à l'attachement dans votre prise en charge ?*

*Quels sont les facteurs influençant l'attachement ? (Toucher, succion, ...)*

*Quels outils (non spécifiques du kiné) peuvent favoriser la mise en place d'un lien d'attachement chez les prématurés et leurs parents ?*

*Selon vous, le kiné dispose-t-il d'outils spécifiques à son métier lui permettant d'avoir un impact sur le lien d'attachement qui unit un enfant à ses parents ? Si oui, utilisez-vous ces outils dans la pratique courante lors d'une prise en charge en néonatalogie ?*

*Comment accompagnez-vous les parents pour favoriser cet attachement ?*

## **Le massage et la prématurité**

*Que pensez-vous du massage de manière générale dans la prise en charge en kinésithérapie ?*

*Que pensez-vous du massage effectué en néonatalogie chez les nouveau-nés prématurés ?*

*Y-a-il des limites à l'utilisation du massage chez les prématurés ?*

*Utilisez-vous la technique du massage lors de la prise en charge des nouveaux nés en néonate ?*

## **Annexe III**

### **Compte rendu du premier entretien**

Année d'obtention du diplôme : 1992

Profession et domaine d'exercice : Activité salariée à l'hôpital dans plusieurs services

### **L'attachement en néonatalogie chez les prématurés**

*L'attachement est-il une notion que vous prenez en compte lors de votre prise en charge ?*

Oui, parce que le travail de kiné auprès du bébé prématuré peut aider à l'attachement parents-enfant qui est perturbé par l'attachement

*Quelles conséquences sur l'attachement pouvez-vous rencontrer lors de la prise en charge de bébés prématurés ?*

Il est perturbé par plusieurs éléments :

La Grossesse : qui ne s'est pas déroulé classiquement avec une maman hospitalisée pour grossesse pathologique par exemple avec des angoisses au sujet de son bébé. Il peut parfois y avoir un manque d'investissement de ce bébé à venir. Il y a aussi des perturbations dans le couple et la cellule familiale avec cette hospitalisation. De plus, cette maman est privée de la joie d'une grossesse normale et d'un accouchement normal ce qui peut également perturber l'attachement puisque les derniers mois de grossesse avec le ventre bien arrondi, la préparation de la chambre, le congé maternité ne sont pas vécus et impliquent un mal-être de la maman qui est privée de ces moments-là.

La Naissance : qui est un traumatisme avec un accouchement en catastrophe. On parle dans certains cas d'échappement lorsque tout a été mis en place pour éviter l'accouchement mais que, malgré tout, il se produit. Ce terme d'échappement est très révélateur de ce que représente une naissance prématurée. La naissance est ainsi en catastrophe, le papa ne peut parfois pas être présent, la rencontre très rapide après l'accouchement ou la maman n'a pas le temps de vraiment voir et toucher avant qu'il soit emmené (intubé, massé, ...). Tous ces éléments peuvent perturber l'attachement. De plus, la maternité n'est pas toujours à côté du service de néonatalogie. C'est le papa qui rencontre son bébé seul et qui ne sait pas toujours quoi faire face à celui-ci. Du côté du papa, cela peut être très déstabilisant et peut engendrer des troubles de l'attachement également. Il ne s'agit pas de mauvais parents mais de parents malheureux et bouleversés.



La Rencontre : souvent le bébé n'est pas très beau, souvent intubé, pas très éveillé. On remarque vraiment la différence dans l'éveil entre un bébé prématuré y compris peu prématuré avec un bébé né à terme.

L'hospitalisation : il peut y avoir des angoisses de mort qui peuvent toujours être présentes. L'entourage familial est parfois compliqué, en particulier les grands-mères parfois qui peuvent avoir des mots durs tels que des mots pour dire à leur fille de ne pas trop s'attacher, ou que parfois il vaut mieux les laisser s'en aller, ... Cela s'explique parce que ces grands-mères sont mères et veulent protéger leur enfant du malheur. Le fait de ne pas pouvoir allaiter, de ne pas oser toucher son bébé, le fait qu'il soit très instable perturbe aussi l'attachement. Il est très tôt proposé du peau à peau mais dans le cas où ce premier contact ne se passerait pas bien (malaise, bradycardie, désaturation, ...), les parents ont peur de réessayer en disant que le bébé n'aime pas et qu'il ne veut pas être contre eux, qu'il est mieux dans sa couveuse, ...

*Quelle place la famille a-t-elle dans la prise en charge de leur enfant hospitalisé ?*

Les parents sont les seuls à entrer dans le service. Très exceptionnellement, d'autres personnes peuvent entrer notamment lorsque qu'une maman est seule par exemple. Certains services proposent également de faire entrer les fratries dans un cadre bien règlementé et codifié en fonction de l'état et la stabilité du bébé. Il leur est parfois demandé de patienter ou de sortir pendant les soins mais la place des parents est auprès de leur bébé tout le temps. Ils ne restent pas dormir puisqu'il n'y a pas de lit en général. Il n'est pas encouragé de dire aux parents de rester et dormir sur le fauteuil mais si une maman veut rester jusqu'à tard, elle peut le faire. Ce droit de rester auprès de son enfant a beaucoup évolué depuis 30 ans.

En ce qui concerne les soins, il est très tôt proposé aux parents de participer à la toilette, de leur montrer comment faire et de les aider à y prendre part. Ils ne sont pas forcés, et s'ils veulent faire une partie de la toilette mais pas tout, cela est également possible. Pour les autres soins, les parents ne peuvent pas les effectuer à la place du personnel soignant mais il leur est parfois demandé de rester pour contenir leur bébé, c'est-à-dire de faire en sorte que le bébé se sente soutenu et entouré, notamment pour des soins qui ne sont pas agréables (repositionnement d'une sonde gastrique par exemple).

## **Le kiné face aux troubles de l'attachement**

*Sur une échelle de priorité de 0 à 10 (10 = priorité absolue), quelle importance donnez-vous à l'attachement dans votre prise en charge ?*

8-9/10 puisque les séances ne peuvent pas tout le temps se faire avec les parents mais lorsque les parents sont là, j'essaye de toujours les prendre en compte dans la prise en charge en leur montrant les capacités du bébé et de leur montrer comment ils peuvent interagir avec eux.

*Quels sont les facteurs influençant l'attachement ? (Toucher, succion, ...)*

Ce qui émeut le plus un parent ou provoque un déclic, c'est lorsque qu'il y a une très bonne accroche visuelle (regard fixe, mimiques, ...) entre eux et le bébé. Et lorsque le bébé est bien positionné dans une position facilitatrice, cela joue énormément dans l'interaction parents-bébé.

Le fait de faire prendre conscience aux parents que leur présence apaise le bébé et que cela se voit au niveau des constantes respiratoires et cardiaques du bébé permet également de mettre en place l'attachement.

*Quels outils (non spécifiques du kiné) peuvent favoriser la mise en place d'un lien d'attachement chez les prématurés et leurs parents ?*

Le fait de faciliter l'accès des parents auprès de leur bébé est un élément important. Permettre une intimité entre les parents et les enfants permet de reformer le noyau familial et aide à la création d'un lien d'attachement.

Tout ce qui se rapproche le plus de ce qu'ils auraient normalement dû connaître permet ce lien. Cela peut se faire par la proximité physique avec le peau à peau précoce, le portage, mais aussi tous les soins de maternage en particulier, le bain qui procure beaucoup de plaisir aux parents. Lorsque l'allaitement est possible, il est aussi important de le maintenir en place mais cela reste très compliqué chez le bébé prématuré.

Le fait de prendre des photos lors du peau à peau par exemple permet également de favoriser l'attachement et cela permet aux parents de garder une trace pour se rappeler.

La voix et l'odeur sont des éléments que le bébé est capable de reconnaître. Il est important d'encourager les parents à parler à leur enfant. Il faut leur faire prendre conscience de l'effet de la voix sur le bébé qui s'éveille lorsque les parents sont là.

Le fait que les parents soit simplement présents est important. Les parents qui ne viennent pas ou en coup de vent pose beaucoup de questions

*Selon vous, le kiné dispose-t-il d'outils spécifiques à son métier lui permettant d'avoir un impact sur le lien d'attachement qui unit un enfant à ses parents ? Si oui, utilisez-vous ces outils dans la pratique courante lors d'une prise en charge en néonatalogie ?*

*Comment accompagnez-vous les parents pour favoriser cet attachement ?*

Dans la prise en charge sensori-motrice, il faut installer convenablement le bébé dans sa couveuse ou sur ses parents dans des positions qui permettent de faciliter l'interaction. Si le bébé n'est pas dans une posture confortable et stable, il passe toute son énergie à s'adapter à sa posture et ne sera plus disponible pour interagir avec ses parents. Le bébé doit avoir des appuis stables et confortables et une position du corps physiologique. Les parents doivent également être confortablement installées et il est possible de faire des massages à des parents pour qu'ils se détendent. Il faut que tout le monde soit dans une très grande disponibilité corporelle pour que l'interaction soit la meilleure possible.

Il faut également que les parents puissent détecter les signes de détresse du bébé. Les parents font parfois des choses en pensant que c'est bien comme les massages sur les mains et les pieds mais cela n'est pas agréable pour le bébé. Chez le bébé prématuré, le bâillement et le bébé qui écarte ses bras et ses mains sont des signes de détresse et les parents doivent le savoir.

Tout ce travail n'est pas spécifique du kiné mais la mise en forme et la posture du bébé est spécifiquement un travail de kiné.

### **Le massage et la prématurité**

*Que pensez-vous du massage de manière générale dans la prise en charge en kinésithérapie ?*

Pour le bébé à terme, le massage est un outil intéressant. Il peut se faire dans le bain, avant ou après. Il faut toujours rester vigilant au souhait de la maman. Il ne faut pas forcer une maman à masser son bébé si elle ne le souhaite pas. Dans certaines cultures le massage est très présent mais dans d'autre non. Il faut faire également attention à l'état du bébé. Le massage n'est pas toujours bien reçu par le bébé notamment lorsqu'un bébé est malade, suite à une opération, ... Il faut que les parents et le bébé soient disponibles pour donner et recevoir ce massage.

*Que pensez-vous du massage effectué en néonatalogie chez les nouveau-nés prématurés ?*

*Y-a-il des limites à l'utilisation du massage chez les prématurés ?*

*Utilisez-vous la technique du massage lors de la prise en charge des nouveaux nés en néonot ?*

Du fait de l'immaturation du système nerveux du nourrisson, il est compliqué pour le bébé prématuré de recevoir cette stimulation. Etant sorti trop tôt, il fonctionne encore comme un fœtus. Dans le ventre de sa maman, un fœtus est dans un environnement aquatique, sombre, en apesanteur, contre les parois concaves de l'utérus, à une température de 37 degrés, ... Pour le petit prématuré, il faut essayer de lui donner toutes les sensations qu'il aurait dû ressentir. Le massage ne fait absolument pas parti de ce qu'il aurait reçu normalement in utéro. Le bain est bon pour ce bébé, lui faire ressentir de la pression, le prendre dans ses mains est également bon mais lui donner des stimulations cutanées légères ou fortes n'est pas adapté à son immaturité. Lors de stimulations inadaptées à l'âge gestationnel du bébé, cela crée du stress et engendre une augmentation du taux de cortisol qui est mauvais pour le développement cérébral du bébé. Les stimulations dues à la lumière, aux sondes gastriques, à l'air libre sont déjà des sources de stress, il ne faut pas en ajouter d'avantage si elles peuvent être évitées.

## **Annexe IV**

### **Compte rendu du deuxième entretien**

Année d'obtention du diplôme : 2015

Profession et domaine d'exercice : Activité salariale à l'hôpital des enfants en néonatalogie et en oncologie pédiatrique.

### **L'attachement en néonatalogie chez les prématurés**

*L'attachement est-il une notion que vous prenez en compte lors de votre prise en charge ?*

Oui, bien sûr. C'est quelque chose que l'on prend en compte mais de manière pluridisciplinaire. La plupart si ce n'est tous les professionnels qui travaillent auprès des grands prématurés ont forcément des notions liées à l'attachement et ont un œil critique voir même expert sur cette notion-là. L'attachement est surveillé, quantifié, qualifié tout au long de l'hospitalisation du petit et ce de manière pluridisciplinaire.

*Quelles conséquences sur l'attachement pouvez-vous rencontrer lors de la prise en charge de bébés prématurés ?*

Il y a plusieurs types de problèmes. Le principal problème est que certains bébés ont tendance à s'oublier, c'est-à-dire qu'ils ne se manifestent pas ou très peu. Ils ont très peu de phases d'éveil donc peu de moments où ils sont disponibles à l'interaction. Les conséquences sont qu'ils prennent plus de temps à téter, à être autonome sur la respiration. Il faut également parler des mauvaises stimulations du fait de la stimulation, des bruits, de la lumière, des soins qui peuvent être douloureux. Ainsi, les enfants dont le lien d'attachement est perturbé se manifestent peu et sont dans un état de dormance.

Un autre problème est que certains enfants restent très irritables très longtemps, c'est-à-dire des enfants qui ont du mal à se stabiliser pendant les soins et qui ont du mal à faire un retour au calme après un événement stressant, anxiogène ou douloureux. Lorsqu'il y a un problème d'attachement, il n'y a pas de réassurance faite par les parents de manière convenable ou adapté, les enfants peuvent manifester une irritation permanente.

Dans certains cas, le lien d'attachement n'est pas adapté et les parents peuvent être toxiques pour le bébé ou les parents sont inadaptés aux services et aux mesures à prendre par rapport à la prématurité, à la douceur, à la lenteur. Dans ces cas-là, les enfants peuvent malheureusement ne pas se stabiliser et ne se calment pas lors par exemple du peau à peau

sur le parent et où l'enfant est plus instable auprès de son parent que dans sa couveuse. Cette toxicité peut être liée aux angoisses des parents ou parfois à des pathologies psychiatriques des parents ou à des comportements inadaptés tels que parler fort, ne pas être assez contenant. Les enfants sont ainsi très perturbés et pas assez soutenus.

*Quelle place la famille a-t-elle dans la prise en charge de leur enfant hospitalisé ?*

Lorsque les parents arrivent dans le service de néonatalogie, on leur présente un topo très simplifié en disant que la partie médicale et paramédicale assurent 50% du traitement de l'enfant. Les 50% restant c'est les parents c'est-à-dire que pour que l'enfant puisse s'accrocher et mener son combat dû à la grande prématurité, il a besoin de se sentir soutenu et aimé, il a besoin de moments de grand confort et de bien être auprès de ses parents, ce que l'équipe médicale ou paramédicale ne peut pas lui accorder. Le parent doit pouvoir être là dans ces moments-là. Ces chiffres ne reposent sur aucune étude mais on leur présente ces chiffres pour leur faire comprendre l'importance de la présence du parent auprès du bébé. Cette présence-là est vitale.

### **Le kiné face aux troubles de l'attachement**

*Sur une échelle de priorité de 0 à 10 (10 = priorité absolue), quelle importance donnez-vous à l'attachement dans votre prise en charge ?*

Très haut, entre 8 et 10.

*Quels sont les facteurs influençant l'attachement ? (Toucher, succion, ...)*

*Quels outils (non spécifiques du kiné) peuvent favoriser la mise en place d'un lien d'attachement chez les prématurés et leurs parents ?*

L'hospitalisation est un facteur qui entrave l'attachement parce que tout est tellement protocolaire que les parents sont un peu dépossédés de leur rôle de parents. L'organisation autour du prématuré est faite avec des protocoles assez stricts tout en essayant d'individualiser le plus possible les soins mais le protocole rythme la journée du bébé. Quand il est vraiment tout petit au début de sa vie avec beaucoup de soins les parents sont dépossédés. Même un changement de couche demande beaucoup de manipulation et ce sont souvent les puéricultrices qui s'en occupent.

Les angoisses sont aussi des facteurs qui entravent l'attachement. Ces angoisses concernent le devenir de leur enfant en voyant leur bébé aussi fragile. De plus on leur explique bien quelles peuvent être les conséquences de la prématurité sur des petits organismes.

Un autre problème qui peut être lié à la taille de l'hôpital est que certaines familles viennent de loin donc les parents ne peuvent pas toujours venir tous les jours notamment s'il y a une fratrie. Il y a aussi la ressource financière qui entre en jeu et l'organisation familiale qui peuvent entraver le bon déroulement d'un attachement.

L'évolution de l'enfant à un impact positif ou négatif sur le lien d'attachement. Un enfant qui aura un parcours du prématuré linéaire et qui évolue tranquillement jour après jour dans le bon sens, cela favorisera l'attachement. Quand l'enfant rencontre des difficultés constantes, c'est source d'angoisse, on a peur de la mort et il peut y avoir une perturbation de l'attachement dans ce cas-là.

Dans les éléments qui peuvent favoriser l'attachement, il y a le peau à peau. De plus il y a les parents que l'on fait participer énormément aux soins même sur des enfants intubés, il y a les entretiens qui sont fait régulièrement avec nous, les médecins ou les puéricultrices pour donner des nouvelles et de les impliquer. La participation aux soins peut être lors du changement de couche, le changement de positionnement de l'enfant, sortir l'enfant de la couveuse pour le positionner en peau à peau lorsque les parents sont assez confiants. Le but est de les autonomiser le plus possible.

*Selon vous, le kiné dispose-t-il d'outils spécifiques à son métier lui permettant d'avoir un impact sur le lien d'attachement qui unit un enfant à ses parents ? Si oui, utilisez-vous ces outils dans la pratique courante lors d'une prise en charge en néonatalogie*

On essaye de faire des séances de kiné avec les parents. De leur montrer qu'il est bien positionné, bien enroulé en flexion antérieure, de leur faire remarquer qu'il vient manger ses mains et qu'il apprend comment téter, de leur montrer qu'il ouvre les yeux, qu'il regarde les parents, de leur dire qu'ils peuvent parler à leur bébé, de leur montrer que de positionner une main sur lui peut le calmer. J'essaie de les faire participer lors des séances et de valoriser quand les parents commencent à se sentir à l'aise. On essaye aussi de leur donner des outils de diagnostic en leur montrant la position optimale et les aider à entrainer leurs yeux et leurs



mains pour accompagner le bébé dans la flexion de l'axe, dans le travail de l'enroulement pour qu'ils arrivent à le faire ou qu'ils aient un œil critique si ce n'est pas bien réalisé.

L'installation et le portage sont des techniques plus spécifiques au kiné mais c'est un outil que toute l'équipe doit mettre en place. Nous les kinés, on passe le plus souvent possible, on essaye d'éduquer le reste des soignants. C'est le travail de tous mais l'œil expert revient au kiné.

*Comment accompagnez-vous les parents pour favoriser cet attachement ?*

On les accompagne du début à la fin. Au début, on leur explique pendant les séances de kiné que notre travail c'est de bien le positionner, de lui donner les bonnes sensations qu'il aurait dû prendre dans le ventre de la maman et de les accompagner dans le peau à peau, lors de l'allaitement, dans le positionnement, dans l'installation avec les différents matériels qu'ils peuvent choisir. Il est aussi proposé des ateliers pour apprendre à utiliser l'écharpe de portage lorsque les enfants sont proches de la sortie

### **Le massage et la prématurité**

*Que pensez-vous du massage de manière générale dans la prise en charge en kinésithérapie ?*

Je pense que c'est porteur de bienfait. Avec ma vision déformée dans le cadre d'hospitalisation des enfants, hors néonatalogie ou même en néonatalogie, on utilise beaucoup le toucher et donc le massage pour que l'enfant puisse se réapproprier des sensations positives lorsqu'on les touche. Lorsqu'un enfant est constamment agressé par des piqûres ou des pansements ou des choses douloureuses, on essaye de contrecarrer un peu ces sensations en proposant des massages pour lui montrer que lorsqu'un soignant s'occupe de lui ça peut être agréable.

*Que pensez-vous du massage effectué en néonatalogie chez les nouveau-nés prématurés ?*

*Utilisez-vous la technique du massage lors de la prise en charge des nouveaux nés en néonatalogie ?*

On ne fait pas de massage à proprement parler. C'est plutôt de l'aide au positionnement, de l'enroulement, de la guidance motrice, ... Bien entendu, pour enrouler un bassin ou de la ceinture scapulaire, et qu'il y a des tensions, on peut essayer de masser et de décontracter dans le mouvement avec des mobilisation en même temps.

*Y-a-il des limites à l'utilisation du massage chez les prématurés ?*

Nous n'avons pas vraiment de limite puisqu'on intervient chez tous les enfants même tout petits et intubés et parfois pas très stables. Dans le cas où la séance est mal tolérée alors il vaut mieux l'écourter mais je ne pense pas qu'il y a de contre-indication à toucher un enfant tant que l'enfant le tolère bien et que ça respecte la douceur.

## **Prise en compte de l'attachement dans la prise en charge en kinésithérapie des bébés prématurés hospitalisés en néonatalogie**

### ***Résumé :***

La prématurité est un sujet de santé publique majeur. Ce mémoire s'intéresse à une problématique récurrente liée à la prématurité : les troubles de l'attachement.

L'attachement est une notion qui doit être prise en compte dès le début, c'est-à-dire, dès l'hospitalisation en néonatalogie de ces bébés nés trop tôt.

La prise en charge de ces petits patients est pluridisciplinaire. Parmi tous les professionnels s'occupant de ces bébés, le kinésithérapeute a un rôle majeur. Il a de nombreuses techniques à sa disposition pour prendre en compte l'attachement notamment en intégrant les parents lors des soins qu'il propose. Ce mémoire s'intéresse à tous les outils du kinésithérapeute lui permettant de favoriser le lien d'attachement entre les parents et le bébé et étudie un peu plus particulièrement la place du massage dans cette prise en charge.

**Mots Clés :** Prématurité, attachement, kinésithérapeute, parents, massage.

## **Bonding concerns in the physiotherapist nursing of premature babies hospitalised in neonatology.**

### ***Summary :***

Prematurity is a main public health subject. This dissertation is focusing on one of the prematurity recurrent issues: bonding troubles.

Bonding is a notion that must be taken into consideration since the beginning, which means since the hospitalisation in NICU of those babies born too soon.

The care of those small patients is multidisciplinary. Among all the health professionals taking care of those babies, the physiotherapist has a main role. He has many techniques available for considering the bonding, particularly by integrating parents in every treatment he offers. This dissertation takes an interest in every physiotherapist's tools that can help to create this bond between parents and the baby and especially the place of the massage in this nursing.

**Keywords:** Prematurity, bonding, physiotherapist, parents, massage.