

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 77 (1979)

Heft: 9-10

Artikel: La relation mère : enfant prématuré

Autor: Mottu, Delphine

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950653>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 17.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

La relation mère – enfant prématuré

«Un bébé ne peut exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation.»

C'est par cette citation du psychiatre d'enfants anglais Winnicott, que Madame la Doctoresse Delphine Mottu de la Clinique pédiatrique de Genève commença son exposé.

Cet exposé constitue la première partie de notre programme de formation continue du lundi 28 mai 1979, lors de la 86^e Assemblée des déléguées de l'Association suisse des Sages-femmes qui se réunit à l'Alfa-Zentrum à Berne.

Votre profession vous amène à vous occuper de femmes qui deviennent mères. Ma profession de pédiatre n'amène à m'occuper d'enfants, et en particulier de nourrissons, et j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant pour vous d'entendre parler de la relation entre la mère et l'enfant.

Vous connaissez certainement les sentiments, les joies et les peines des femmes qui enfantent, puis qui découvrent leur enfant et forgent avec lui des liens uniques durant le séjour à la Maternité. Nous parlerons d'abord un peu de ces relations entre mères et enfants nés à terme, pour pouvoir les comparer ensuite avec les relations mères et enfants prématurés, sujet que j'ai choisi pour ce matin. Si les mères d'enfants prématurés peuvent trouver un soutien actif tant auprès de la sage-femme qui s'occupe d'elle durant les premiers jours après la naissance, qu'auprès du pédiatre qui s'occupe de l'enfant avec les infirmières du service spécialisé, et que toute l'équipe travaille ensemble et dans le même but, bien des difficultés s'aplaniront et les relations mère–enfants prématurés seront peut-être facilitées si nos relations s'améliorent.

Que se passe-t-il durant la grossesse?

«La maternité n'est pas seulement un processus biologique, mais aussi une expérience psychologique unique, grâce à laquelle la femme a l'occasion de ressentir intimement

le sens de l'immortalité et la victoire de la vie sur la mort» (Hélène Deutsch).

Pendant la grossesse, la future mère rêve fréquemment, cela correspond à une mobilisation de ses réserves psychiques pour faire face à son nouveau rôle. S'imaginant dans ce nouveau rôle, la femme associe souvent des craintes d'être inadéquate, d'être détruite durant la grossesse ou l'accouchement et d'être incapable d'une façon ou d'une autre d'accomplir complètement sa féminité. A la fin de la grossesse, ses désirs et ses craintes sont concentrés vers le fœtus. Ainsi prend forme la personnalité et la réalité indépendante du fœtus par rapport à sa mère, bien avant qu'il soit séparé d'elle. La plupart du temps, la mère se construit une image du bébé qu'elle désire, à moins qu'elle ne soit trop superstitieuse pour le faire. L'image de ce bébé parfait est bien sûr basée sur la propre expérience de la mère, sur son enfance, mais est aussi influencée par l'image donnée par les mass media du bébé qui est le plus souvent celle d'un bébé de 6 mois, assez différent du nouveau-né rouge, couvert de vernix et de liquide amniotique, et à ce moment là, la mère peut être gravement déçue. En plus il y a la crainte assez forte que le bébé ait une malformation; si c'est le cas, la mère la met en relation assez vite avec ses craintes d'être inadéquate et incapable, et elle se sent immédiatement coupable et responsable de ce défaut. Cela débouche le plus souvent sur une attitude hyperprotectrice envers l'enfant.

Ensuite la relation entre la mère et l'enfant devient plus complexe

L'enfant est dépendant de sa mère pour les satisfactions de besoins physiologiques, la mère ayant également des besoins physiologiques mêlés à des réactions instinctives pour le maternage. La gratification fournie par des sensations somatiques est génératrice du désir de répétition de ses sensations. Ainsi la mère et son enfant reçoivent chacun du plaisir et le cycle commence à se perpétuer. Ainsi des besoins physiologiques et leur gratification deviennent une base solide pour une union entre la mère et l'enfant. Le désir de nourrir l'enfant, au sein ou au biberon, est le signe qu'une

relation mère–enfant commence. Si ce désir manque, il faut y être attentif et intervenir rapidement avant que les relations ne se dégradent.

A ce moment là intervient le choix entre l'alimentation au sein ou au biberon, choix pour lequel interviennent un grand nombre de facteurs personnels, culturels ... Cela est un problème si complexe que je ne veux pas l'aborder maintenant cela nous entraînerait trop loin.

Pour revenir à la période néo-natale, la mère doit durant les premiers jours constamment adapter ses rêves et ses désirs à la réalité de son enfant. Parfois la mère ressent une grande euphorie après l'accouchement mais parfois aussi ce sont des sentiments négatifs avec un certain désappointement et cela amène à la fameuse «dépression post-partum» ou «période bleue», joli nom choisi par les Américains pour cette période floue.

Mais la contribution de l'enfant à ce début de relation est importante, il influence fortement le devenir de cette relation. En général les mères se rendent compte assez vite de la force et de la façon avec laquelle l'enfant réagit face à son environnement. Pendant une courte période (1h à 3h) après l'accouchement, l'enfant est très réveillé et réagit vivement aux stimuli, puis il y a une période de désorganisation de quelques jours durant lesquels peu à peu des rythmes entre le sommeil et l'éveil vont s'établir. Cette période-là est très soumise aux variables extérieures (conditions de l'accouchement, maturité du Système nerveux central du bébé, etc.). C'est durant cette première semaine aussi que l'homéostasie du bébé se réalise par rapport aux réactions de la mère. La mère et l'enfant ont tous les deux un rôle important, s'adaptant l'un à l'autre pour établir une bonne relation.

Après cette première période

L'attachement entre la mère et l'enfant peut être suivi en observant cinq comportements principaux du nourrisson:

la succion

l'agrippement

la réaction de suivre

les pleurs

les sourires et les gazouillements.

Dès l'âge de 2 mois, le bébé joue un rôle actif, c'est par sa propre initiative qu'il cherchera le contact avec sa mère.

Entre 4 et 12 mois se modèle le comportement d'attachement entre la mère et l'enfant; plus il sera intense, moins il y aura d'inhibition et plus il y aura d'exploration. Il faut que l'enfant soit sûr de ses bases, de sa sécurité propre grâce à une mère aimante, pour qu'il ose s'aventurer à l'extérieur. Si les soins corporels du bébé sont entrecoupés d'échanges sociaux entre la mère et l'enfant (sourire, paroles, caresses, gazouillements, bercelements), ils seront les instruments à travers lesquels l'enfant et la mère s'attachent l'un à l'autre. Le développement d'un attachement sécurisant peut être apprécié en observant s'il existe entre la mère et l'enfant un contact physique et prolongé, ainsi que la capacité de la mère d'apaiser par le contact un enfant malheureux, d'autre part en évaluant la réceptivité de la mère aux signaux émis par son bébé, et enfin en jugeant si l'environnement est tel qu'il permet au bébé de déceler un sens à ses actes (de cela il découle que l'attitude de la mère doit être cohérente). Si ces conditions sont remplies, la relation mère-enfant sera une source de plaisir pour les deux partenaires. Il peut y avoir un manque de maternage ou bien une surcharge si la mère est peu sensible aux signaux émis par le bébé et prend constamment l'initiative pour absorber son attention.

Comme nous l'avons vu, les premières heures de vie peuvent avoir une influence déterminante sur la qualité de la relation établie. Or le moment privilégié dans les premières relations, c'est le repas, au sein ou au biberon.

Lezime et Robin ont observés ces repas en clinique et ont conclu qu'il y a des comportements très différents selon le sexe et le rang de naissance. Les garçons ont un rythme de succion plus lent et des arrêts spontanés plus fréquents au cours des repas. Les mères interviennent davantage durant les repas des filles soit en secouant ou tournant la bouteille, soit en forçant, soit en retirant le biberon à contre temps. D'autre part, probablement en raison de leur plus grande anxiété, les primipares s'adaptent moins bien au rythme de succions de leur premier bébé, elles ne trouvent pas toujours d'embellée de façon souple et adroite les gestes qu'il faut pour tenir et manipuler le bébé, le calmer et satisfaire ses besoins de façon gratifiante.

Vers le quatrième jour, le rythme de succion de l'enfant atteint un certain équilibre, tandis que la mère perçoit mieux les signaux émis par l'enfant. L'avidité de l'enfant, plus ou moins marquée peut provoquer chez la mère soit une frayeur soit une fierté. Certaines mères ont peur qu'une succion lente et fréquemment interrompue ne soit l'indice de difficultés alimentaires futures.

Les réactions des mères devant les besoins alimentaires de leur enfant sont étroitement dépendantes de leur propre expérience en ce domaine.

L'activité visuelle de l'enfant

Elle joue également un rôle très important dans l'établissement des relations avec sa mère, car il a pour celle-ci une signification vitale, en tant qu'indice le plus évident de la qualité d'être vivant de l'enfant. Cependant le regard maternel, dans les premières semaines semble moins attiré par les yeux que par la bouche, tant est grand son souci de contrôler ce qui se passe au niveau du déroulement du repas. Le rôle du visage de la mère est fondamental pour le développement émotionnel de l'enfant.

L'enfant se découvre dans le visage maternel qui joue un rôle de miroir et inversement la mère se voit dans le visage de bébé. La position adoptée par la mère, dont dépend l'orientation du visage de l'enfant, influence la qualité des contacts visuels, ainsi que les échanges verbaux. Les verbalisations fréquentes adressées à l'entourage n'entraînent que peu de contacts visuels: l'enfant réagit à une certaine «qualité» de voix humaine.

Pour le regard aussi les bébés sont actifs et c'est souvent l'enfant qui est l'initiateur du contact œil à œil. Les mères posent souvent des questions relatives à la vision du bébé, demandant à quel âge il voit, ce qu'il percevra en premier. Bien qu'elles mettent souvent en doute leurs capacités de vision, elles s'adressent à leurs enfants avec des paroles qui montrent que malgré tout elles croient que l'enfant les voit et les reconnaît.

Si l'on observe des couples mère-enfant à l'âge de un an, comme l'ont fait David et Appel en 1966, on se rend bien compte que chaque mère est plus ou moins sensible et ouverte aux diverses manifestations

de la conduite et du développement de son enfant. Certaines paroles sont accueillies par l'enfant, appréciées, valorisées et de ce fait renforcées. Ignorées, non perçues, elles sont non cultivées; activement prohibées et de ce fait inhibées, elles peuvent donner lieu à des conflits. Chaque enfant, par son individualité s'offre à sa mère comme un «objet» qui par sa nature, ses réactions, ses impulsions propres provoque en elle remous et réponses suivant ce qu'elle est. Et c'est bien en fonction de ces mouvements de l'un à l'autre que s'organise tout un jeu d'interactions auquel l'enfant est constamment exposé; il y oppose des réactions qui sont siennes et qui à leur tour engendrent et orientent celles de sa mère. Ces interactions se font sur un mode qui deviendra formateur de personnalité, unique, le mode étant différent pour chaque couple mère-enfant.

Tous les processus spécifiquement humains, c'est-à-dire:

la capacité d'utiliser le langage et d'autre symboles

la capacité de planifier et de construire des modèles

la capacité d'établir une relation de collaboration de longue durée, s'enracinent et prennent naissance dans les trois premières années de vie, au moment où l'interrelation entre la mère et l'enfant sont les plus importantes.

Quelques chiffres

Si nous en venons maintenant à parler des relations entre mères et enfants prématurés, notre véritable sujet, il faut d'abord rappeler le nombre de naissances de prématurés, qui, à Genève par exemple, est d'environ 5% par rapport aux naissances à terme. Et pour une mortalité globale de 3,6% pendant l'accouchement et la première semaine de vie, il y a une mortalité de 10% chez les prématurés de moins de 1500 g. Ces dernières années, la mortalité des prématurés a diminué de façon importante, grâce à l'emploi des ventilateurs et plus récemment des systèmes qui permettent que le poumon immature des prématurés soit constamment sous pression positive. Le pronostic vital a alors été transformé et grâce à ce système, on peut maintenant envisager comme viable des enfants de 24 semaines de gestation (dans des centres américains) et de 26 semai-

nes dans nos Maternités suisses. Bien sûr cela apporte toute une pathologie nouvelle, ces grands prématurés étant encore plus fragiles, du point de vue pulmonaire, rénal et surtout SNC.

Par exemple maintenant que l'on peut faire des scanning cérébraux, l'on se rend compte qu'un tiers des prématurés de moins de 1500 g font une hémorragie cérébrale, parfois minime et sans traduction clinique. Ainsi l'on peut bien s'imaginer que le développement psycho-moteur d'un grand prématuré n'est pas sans problème.

Durant les premières années de vie, un grand prématuré (moins de 30 semaines) présentera des perturbations toniques, un manque de contrôle postural et une certaine irritabilité avec des troubles de la latéralité et une mauvaise coordination. A ces problèmes neurologiques s'ajoutent un retard de développement, présent chez tous les prématurés, il est cependant plus marqué pour les garçons que pour les filles. Ce retard s'estompe avec l'âge, les prématurés du huitième mois le combrent vers 1 an, ceux du septième mois vers 3 ans et ceux du sixième mois vers 5-6 ans.

De plus les prématurés présentent plus de troubles du comportement que les enfants à terme, et ces troubles ont tendance à s'accroître avec l'âge. Chez les filles, ce sont surtout des caprices, un petit appétit et une anorexie, une très grande lenteur à table, ceci jusqu'à 10-11 mois. Si il y a eu en couveuse des troubles de déglutition lors des gavage, cela débouche rapidement sur un forçage maternel et des troubles de la conduite alimentaire. Chez les garçons ce sont surtout les colères, l'instabilité, les décharges brusques et l'agitation. Il y a fréquemment chez garçons et filles des troubles du sommeil. La plupart des auteurs constatent que plus la durée du séjour en couveuse est longue, plus grandes sont les difficultés d'éducation. Cette éducation est le plus souvent marquée par des attitudes de surprotection qui engendreront chez l'ancien prématuré un certain infantilisme affectif.

Il faut essayer de comprendre pourquoi les mères agissent ainsi. Pour Ajuriaguerra, l'adaptation réciproque entre la mère et l'enfant pose des problèmes délicats et précoces. Face à cet être fragile qui leur appartient les femmes deviennent très souvent extrêmement dépendantes de lui, mais souvent elles

montrent aussi une grande ambivalence envers cet enfant qui n'est pas fait comme elles l'auraient voulu qu'il soit, envers les dépenses d'énergie qu'il leur demande et les lents progrès qu'il leur offre.

Les problèmes psychologiques sont de trois types

En premier, les mères ont un très fort *sentiment d'échec*. La prématurité réalise une profonde blessure d'amour-propre, une insulte à l'intégrité du corps, la femme a peur que ses organes génitaux soient défectueux; que sa féminité ne soit pas assez grande et a peur de recommencer une grossesse. Cela est accentué par la séparation d'avec l'enfant, séparation qui ravive la blessure d'amour-propre puisque la mère se sent inadéquate pour soigner son enfant. Cette absence du bébé parfois en danger vital crée un vide et un sentiment de non réalité. Toute identification devient impossible, tout au moins suspendue. L'enfant ne peut être imaginé, représenté. Cela nous amène à parler du deuxième type de problème. Les mères ressentent donc une amputation et font souvent une réaction de *deuil anticipé*. Elles doivent faire face à des inquiétudes bien naturelles quant à la survie de leur enfant, elles imaginent souvent la pire issue et sont souvent sans espoir; bien sûr, dès lors elles ne peuvent imaginer leur future relation avec leur enfant. Il risque alors de s'instaurer un déni de réalité de l'enfant. L'équipe soignante peut s'en rendre compte si les parents et plus particulièrement la mère ne parlent pas de l'enfant à leur entourage, s'ils ne choisissent pas de prénom, et s'excusent de ne pas faire de visite à l'enfant, en disant qu'ils préfèrent ne pas s'attacher à cause du risque de décès. Ainsi l'on constate parfois que les parents espacent leurs visites lorsque l'état de l'enfant s'aggrave. Le retrait d'investissement de l'enfant peut être grave et aboutir plus tard à de graves problèmes, comme celui d'enfant battu, dont 50%, selon certaines statistiques, sont d'anciens prématurés. On retrouve également beaucoup de prématurés chez des enfants qui ont si peu d'appétit de vivre qu'ils mangent peu, dorment peu, ne grandissent pas et sont solitaires, ce sont probablement des résultats de carence affective très précoce.

Normalement ces réactions devraient aller en diminuant après la première visite des parents à l'enfant, et surtout quand la mère a pu toucher l'enfant. Lorsqu'on stimule les parents à entrer les mains dans l'isolette, on est frappé de constater que certains pères et aussi certaines mères, mettent parfois plusieurs jours à s'y décider, sont craintives lors de ce premier contact et ensuite quelle joie il peut leur procurer! Très peu de parents osent parler à leur enfant dans l'isolette et dire tous les mots tendres employés par la mère d'un nourrisson à terme, «L'instinct» maternel a besoin d'être stimulé par une interaction mutuelle, pour pouvoir s'exprimer. Si une séparation intervient pendant cette période sensible, la mère peut concevoir des pulsions agressives envers son enfant. Elle n'est plus capable d'apprécier les besoins réels de son enfant qui devient «un objet à réparer». Cet être minuscule devient alors intouchable et pour finir la mère évite son enfant. Cela peut aboutir à un type de comportement qui marquera toutes les premières années de l'enfant. Enfin il y a encore, au troisième plan, le très fort *sentiment de culpabilité* ressenti par la plupart des mères de prématurés.

Celles-ci s'accusent d'être mauvaises, de recevoir une punition pour une faute quelconque, disant ne pas pouvoir se pardonner si l'enfant reste déficient ou meurt. Parfois cela se transforme en sentiment d'agressivité vis-à-vis du personnel qui s'occupe de l'enfant ou bien vis-à-vis du mari. D'autres fois, la mère se sent incapable de s'occuper de l'enfant comme le fait la nurse. Les soins lui apparaissent comme une technique toute puissante, meilleure que son instinct, et à la gratitude se mêle un sentiment d'infériorité; cela est bien sûr très accentué si l'équipe soignante considère la présence des parents comme gênante et source d'infection. La mère n'ose pas poser des questions, surtout sur les causes de prématurité car elle a peur qu'on lui révèle ses fautes.

Comme l'enfant prématuré n'offre pas beaucoup de réponses aux stimuli (mouvements, sourires) il apparaît comme sans défense vis-à-vis d'une mère qui se sent dangereuse (à cause de ce sentiment de culpabilité) et cela augmente son anxiété.

L'angoisse est bien naturelle pour la mère qui n'a souvent aucun contrôle visuel de ce qui se passe avec

son bébé qu'elle voit si courtement durant les visites. Et souvent lorsqu'elle le voit, c'est avec tout un appareillage, qui est terrifiant et traumatisant pour des parents, qui font ensuite des fantasmes.

Une question qui nous concerne toutes

Comment contribuer à maintenir le lien si brutalement coupé entre la mère et le prématuré et comment limiter autant que possible tous les sentiments maternels qui seront la source de problèmes affectifs plus tardifs chez l'enfant?

Un des remèdes le plus simple, et souvent le plus mal employé par nous pédiatres, est de donner l'information la plus large possible concernant l'enfant, et ce de vive voix. Il faut rassurer les parents, les encourager à faire des projets. Par contre il faut éviter de mettre l'accent sur ce qui est anormal ou pathologique (de toutes façons l'avenir du prématuré est relativement imprévisible) et faciliter l'identification.

Il faut une certaine concordance dans l'information donnée par l'équipe (et là la collaboration avec les sages-femmes qui parlent et soignent les mères est importante) car les parents amplifient les plus légères discordances de point de vue entre le personnel, brodent autour du moindre détail et nourrissent leur angoisse du moindre signe. Très souvent les mères ne s'intéressent qu'à la prise de poids de leur enfant, comme si d'autres choses comme le sommeil, la toilette étaient autant de choses inimaginables pour la mère d'un prématuré. Pour lutter contre cela, il faut admettre *réellement* la mère dans le service, en l'encourageant à faire des soins, à procéder au gavage puis au biberon. Ce qui peut être la source de difficultés nouvelles, car la mère peut se rendre compte alors que le gavage (utilisé pour nourrir des prématurés qui n'ont pas encore de réflexe de succion, ou bien un réflexe trop faible) est une expérience un peu pénible pour l'enfant qui parfois gémit et a des conduites d'évitement. L'adaptation au biberon est parfois marquée par des signes de fatigue et de malaises neuro-végétatifs importants qui aboutissent à des cyanoses et des apnées qui sont angoissantes pour la mère, mais ces

inconvenients sont moindres pour l'avenir que le risque du sentiment de non-réalité et de désinvestissement affectif que court un prématuré qui est rendu à une mère qui n'a pas pu s'adapter à lui.

Durant les repas donnés par les mères dans les services de prématurés, le climat est souvent tendu, très chargé d'émotion, car les moments sont brefs. Les mères recherchent un contact étroit avec l'enfant, suspendues dans une certaine immobilité, ne pouvant ou n'osant détacher leur regard du visage de l'enfant, très concentrées sur la bouche et la tétine et l'on remarque que les prématurés sont capables d'un regard net, ils peuvent se fixer sur le haut du visage maternel et maintenir cette fixation un certain temps. En fonction du temps passé dans le service avec leurs enfants, les mères auront de meilleurs liens avec l'équipe soignante et pourront de mieux en mieux verbaliser tous leurs sentiments négatifs, ce qui pourra grandement les aider. En améliorant le contact, les mères garderont de moins en moins, en elles, d'explications irrationnelles teintées de culpabilité. Demander à la mère de tirer son lait nourrir le bébé est aussi une façon de l'associer aux soins et de lui donner une responsabilité. Il faut bien sûr être particulièrement attentifs aux mères qui ne visitent pas leurs enfants et ne pas hésiter à leur demander de le faire en les entourant au maximum.

En plus être conscient que les problèmes de la mère se multiplient en fonction des réactions du père, de la famille; les femmes dont le mari participe à tous les problèmes relatifs à la naissance prématurée et qui visitent souvent leur bébé, ont une adaptation beaucoup plus facile à leur enfant.

Si cette adaptation se fait déjà pendant le séjour en couveuse puis au lit, le retour à domicile de l'enfant sera rendu plus facile, car elle connaîtra déjà les signaux et la réciprocité exprimés par l'enfant. Si durant les premiers jours de l'enfant à la maison, la mère téléphone constamment dans le service pour demander conseils et explications, c'est que la relation entre la mère et l'enfant est encore précaire et que l'équipe soignante n'a peut-être pas suffisamment aidé la mère. En général dès que l'enfant semble regarder sa mère et lui sourire, la mère est transfigurée, sécurisée parce qu'elle a établi un contact œil-à-œil avec l'enfant et dès ce

moment là le comportement de l'enfant se régularise et l'angoisse de la mère diminue. De toutes façons, le lien affectif entre les parents et l'équipe soignante du prématuré reste très fort, il est fait de reconnaissance et de rancune.

En conclusion

Je voudrais vous rappeler que les relations mère-enfant s'établissent dès la grossesse et surtout les premiers jours après la naissance. Que ces relations sont beaucoup plus difficiles à établir en cas de prématurité et qu'il incombe donc au personnel, infirmière de service de prématurés, pédiatre, sage-femme, d'être attentifs aux difficultés qui peuvent surgir. Plus les parents de l'enfant prématuré seront participants à la vie quotidienne de leur enfant dans le service, plus leurs relations seront proches et même si cela pose quelques problèmes, cela devrait aboutir à améliorer fortement et renforcer le lien mère-enfant.

Les relations mère – enfant lors de l'accouchement prématuré

Mme Sylvia Därendinger, infirmière HMP, fut la deuxième oratrice dans notre programme de formation continue lors de la 86^e Assemblée des déléguées de l'Association suisse des Sages-femmes. Grâce à sa riche expérience professionnelle, elle a très bien su cerner le problème de la crainte des parents face à un service de soins intensifs pour prématurés.

Etant parvenus, au cours des dernières années, à réaliser, même dans les hôpitaux, une meilleure relation mère-enfant lors des accouchements à terme, nos efforts portent maintenant sur les accouchements prématurés.