

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: Les relations mère : enfant lors de l'accouchement prématuré

Autor: Därendinger, Sylvia

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950654>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

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

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.

Dans chaque clinique d'accouchement, la réalisation idéale des soins médicaux accordés à la mère et à l'enfant se situe certainement au premier plan.

Mais avons-nous satisfait aux exigences de notre mission si nous avons apporté à un enfant prématuré les meilleurs soins médicaux et spécialisés et que nous le remettons, après 6 ou 8 semaines, comme un étranger à sa mère ou à ses parents à leur domicile?

Durant mes années de formation, j'ai connu le cas d'une mère qui s'était à ce point détachée de son enfant, qu'elle n'était plus capable, après 12 semaines de séparation, d'emmener son enfant à la maison en le considérant comme le sien. Cependant l'occasion de voir sa petite fille deux fois par jour à travers une vitre lui avait été offerte durant tout son séjour à l'hôpital. Elle pouvait aussi s'entretenir du développement de l'enfant avec l'infirmière qui s'en occupait. Mais lorsque, une semaine avant la sortie de l'enfant, elle le tenait pour la première fois dans ses bras pour lui donner son biberon, elle n'en fut plus capable et l'on prit conscience du drame. Naturellement, il s'agit là d'un cas extrême. Mais je me pose la question si, après une séparation de plusieurs semaines, chaque mère éprouve vraiment des sentiments maternels lorsqu'elle peut emmener à la maison son enfant né prématurément.

Se trouvant dans l'impossibilité d'observer et de soigner leur enfant durant plusieurs heures chaque jour, les mères ne pouvaient naturellement pas se rendre compte des problèmes que posait leur enfant, ni de la fréquence des interventions d'urgence que le personnel soignant était obligé de leur prodiguer pour préserver leur vie – et, le cas échéant, cela avait lieu plusieurs fois par jour.

Lorsque l'on permet à un enfant né prématuré de quitter le service de soins intensifs, tout fier que l'enfant soit maintenant en bonne santé et ait franchi les obstacles, on donne l'assurance à sa mère que l'enfant sain et sauf peut enfin rentrer à la maison. Elle devrait donc se réjouir. Bien qu'elle se trouvât devant beaucoup des points d'interrogation et des incertitudes, presque aucune mère n'ose s'exprimer en ce sens. Et la plupart du temps s'y ajoutait, une fois arrivée à domicile, un sentiment d'impuissance en se retrouvant seule sans aucune aide expérimentée.

Nos expériences au Frauenspital à Berne

Grâce au soutien généreux du professeur von Muralt, nous avons pu commencer, il y a déjà 4 ans, à intégrer les parents de façon intensive aux soins accordés à leur enfant malade, en leur permettant d'approcher des couveuses afin d'observer leur enfant de très près, et en les familiarisant avec les monitorings et tout l'environnement d'un service de soins intensifs. Nous croyons qu'en tant que non-laïcs, nous sous-estimons souvent l'extrême oppression tant psychique que physique d'un tel service. Déjà en passant le pas de la porte d'un tel service, les parents sont surpris par l'atmosphère humide et chaude.

Ils voient plusieurs couveuses côte à côte ainsi que des monitorings clignotant et faisant des bips et enfin des machines auxquelles les enfants sont reliés par des tuyaux et des câbles. Ne sachant pas encore lequel de ces enfants est le leur, le doute et la peur les tenaillent intensément. Nous essayons donc de rendre les parents attentifs à de telles impressions. Nous veillons à ce que l'infirmière qui s'occupe généralement de l'enfant soit présente lorsque les parents viennent pour la première fois. Ainsi ils peuvent tout de suite parler à la personne qui est en contact direct avec le nouveau-né. Au début, si les parents ont peur de toucher leur enfant, on ne les y contraint pas. Ils peuvent cependant regarder comment leur enfant est soigné.

Nous avons encore fait un pas de plus en offrant aux parents la possibilité de venir près de leur enfant à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Les premières visites sont souvent de courte durée. Les parents doivent d'abord assimiler leurs premières impressions. Ensuite, lorsqu'ils reviennent plus souvent, des questions de plus en plus nombreuses surgissent au fil de leurs propres réflexions.

Dans la mesure du possible, nous essayons de veiller à ce que ce soit toujours la même infirmière qui s'occupe d'un même enfant. Ainsi peut naître en quelque sorte une profonde confiance qui est la base même de notre relation entre parents, enfants, infirmières et médecins. La plupart des mères et presque tous les pères trouvent rapidement assez d'assurance pour toucher la peau de leur enfant. Il faut pour ainsi dire faire l'effort sur soi-même pour toucher ce petit nou-

veau-né qui semble si fragile. Mais lorsque les parents remarquent que même les plus petits prématurés réagissent au toucher et se laissent même calmer par des caresses, cela est très important pour eux et c'est même une coopération pratique dans la tentative de guérison rapide de leur enfant. Dès que la mère peut rester plus longtemps à côté de l'isolette, nous lui montrons comment langer l'enfant, comment on prend sa température et, plus tard, comment on lui donne le biberon ou comment on lui injecte le lait dans l'estomac au moyen de la sonde ou de la seringue. Selon l'état de l'enfant et de la mère, nous envisageons la possibilité que l'enfant tète directement au sein. Même si l'enfant est encore sous perfusion ou relié à un autre câble, nous mettons l'enfant sur les genoux de sa mère à côté de l'isolette. Ainsi les mères peuvent découvrir que même leur petit enfant prématuré est et deviendra une personnalité bien distincte. Elles apprennent à connaître les «dadas» (habitudes) de leur enfant. Un tel est de préférence couché sur le ventre, un autre sur le côté et un troisième fait toujours pipi quand il n'est pas langé.

Il est aussi très très important d'informer une mère qui ne peut pas venir fréquemment près de son enfant – ou même jamais – et de la rendre attentive à ces différentes attitudes. Les parents ne veulent pas seulement entendre que leur enfant va mieux du point de vue médical. Ils sont en droit de demander des renseignements sur le comportement de leur enfant. Combien ils aimeraient entendre crier leur enfant, ou lui voir ouvrir les yeux, ou s'entendre dire que leur enfant bouge dans son isolette! J'ai vu des parents être très fiers quand il fallait attacher les bras de leur enfant parce qu'il essayait sans cesse d'arracher l'aiguille de la perfusion piquée sur sa tête.

Soigner son enfant est aussi une affaire de couple

Après quelque temps, quand les mères sont plus sûres d'elles-mêmes pour les soins, elles initient leur mari et ils les prodiguent à tour de rôle. Naturellement nous informons aussi les pères le plus rapidement possible, parce qu'il arrive que la mère ait tellement peur, que

c'est en premier lieu le père qui soigne l'enfant. Si des parents ont des jumeaux, la plupart du temps il va de soi que chaque parent s'occupe d'un enfant.

Si pour des raisons médicales, une mère doit être hospitalisée après l'accouchement, par exemple au In-selspital, nous lui rendons visite avec l'enfant chaque jour aussitôt que possible.

Après avoir entendu tous ces points positifs, il faut avouer qu'il y a naturellement aussi un côté négatif et problématique.

De nos jours, les parents comprennent mieux que, si leur enfant est malade et immature, des arrêts respiratoires et d'autres situations mettant sa vie en danger peuvent survenir. La plupart du temps nous arrivons à préparer les parents à de tels incidents. Le choc est cependant très grand et demande de la part des infirmières et des médecins une compréhension mise au diapason.

Les parents de tels enfants expriment fréquemment le désir de rester nuit et jour dans notre service. Nous leur permettons naturellement d'être présents plusieurs heures d'affilée. Puis nous essayons de les convaincre de rentrer chez eux, afin de prendre un peu de recul pendant quelques heures. Ils peuvent téléphoner à n'importe quelle heure, même la nuit si le doute les empêche de dormir.

Si nous le jugeons nécessaire, nous prions parfois les parents de quitter le service, même si leur propre enfant n'est pas concerné.

Il est évident que lors de tels incidents, les parents de l'enfant concerné se posent des questions: dans quelle mesure cela va-t-il nuire à l'enfant? En portera-t-il des séquelles? Cela peut-il encore lui arriver à domicile?

Nos expériences parlent en faveur de renseignements clairs et honnêtes.

Il est entendu que nous ne laissons pas rentrer à la maison un enfant qui aura encore fait des arrêts respiratoires 3 ou 4 jours auparavant. Nous essayons de déshabituer l'enfant le plus tôt possible des monitorings de surveillance, la plupart du temps une semaine avant son départ. A ce moment-là, les enfants sont très proches de la date de leur naissance à terme.

Chez les prématurés sans problèmes, nous autorisons les parents à aller se promener avec leur enfant par beau temps juste avant le départ, ou nous le faisons nous-mêmes

si nous en avons le temps. Comment voyons-nous cette transformation du point de vue du personnel soignant? Naturellement plus coûteuse et exigeant beaucoup plus de temps. Si déjà on envisage de tels changements, il faut les faire avec une intime conviction, c'est-à-dire faire sentir aux parents qu'on leur consacre le plus de temps possible. Au début, les mères demandent souvent que quelqu'un soit à côté d'elles lorsqu'elles soignent leur enfant. Ceci doit être respecté dans tous les cas. Il faut faire attention à ne pas trop exiger des parents.

Ecoute et dialogue

Spécialement dans notre service, la place nous manque énormément. Cela demande beaucoup de compréhension et de volonté d'engagement de notre part pour accepter, en plus, la présence des parents dans un service déjà tellement animé.

J'insiste ici sur le fait que toutes mes collègues mettent tout en œuvre pour réaliser cette intégration. Cela est pour nous une grande diversion de pouvoir nous entretenir avec les parents pendant les moments plus calmes. Il en résulte des liens précieux qui tous contribuent au bien-être de l'enfant et à gagner la confiance des parents.

Bien des remarques spécifiques des parents nous ont déjà apporté une aide instructive pour les soins aux enfants.

Les médecins aussi participent de manière admirable, car les parents leur demandent bien plus souvent des renseignements et des entretiens. Jusqu'à un certain degré, nous acceptons aussi la présence des parents lors de la visite des médecins.

Nous sommes tous convaincus que cela vaut la peine de prendre sur soi ce surcroît de travail car quelle serait l'utilité de soins médicaux hautement qualifiés si beaucoup de relations importantes étaient perturbées qui ne peuvent plus ou seulement difficilement être renouvelées? Nous avons augmenté de façon remarquable les chances qualitatives de survie du nouveau-né malade, alors donnons-nous aussi les chances d'augmenter au maximum la qualité des rapports entre ces parents et ces enfants!

Procès-verbal de la 86^e Assemblée des déléguées

Lundi, 28 mai 1979, à 14 h 00, au Centre de congrès «Alfa», Laupenstrasse 15, Berne

Présidence:

Mademoiselle Elisabeth Stucki;

Procès-verbal:

Mademoiselle Dr. Elisabeth Nägeli

Madame Hanni Stähli, présidente de la section Berne, salue les invités et les déléguées est souhaité que les affaires se déroulent sans frottement, parce que les «femmes sages», on le sait, doivent aussi maîtriser des situations difficiles. Elle souhaite à toutes beaucoup de plaisir dans la capitale fédérale et dans l'Oberland bernois.

Ordre du jour

1. Ouverture de l'Assemblée des déléguées

Mlle Elisabeth Stucki remercie Mme Stähli et la section de Berne pour leur accueil chaleureux et le grand travail que cela leur a occasionné. Elle salue les invités et les déléguées et déplore l'absence de Mlle Paillard (membre d'honneur) et de Georgette Grossenbacher (membre du Comité central).



Der sehr schöne Markt frühmorgens ... bunt und lebendig.

2. Contrôle des mandats des déléguées

a) Déléguées

Argovie: Mmes Rita Roth, Annemarie Hartmann, Maria Troxler, Trudi Ott, Klara Richter

Bâle-Campagne: Mmes Heidi Thommen-Schaub, Irène Lohner, F. Gieder-Luder