

## Grande prématurité : que faire des pères dans une unité de néonatalogie ?

### Extreme Prematurity: What Can a Father Do in a Neonatal Unit?

A. Burguet · B. Mulin

© Lavoisier SAS 2017

**Résumé** Il n'est pas facile d'être le père d'un très grand prématuré. « *Comment aider la mère de mon bébé, comment trouver ma place dans cette unité de soins, que puis-je faire avec mon enfant, ai-je bien compris ce qui m'a été dit ?* » Ces interrogations sont le témoin du cheminement complexe d'un père tout au long des parcours de soins de sa compagne et de son enfant. L'objectif est ici de rappeler l'importance de la cohérence et de la continuité des prises en charge anté- et postnatales. Il s'agit de ne pas nuire à la construction d'un socle émotionnel nécessaire à l'installation des liens entre parents et enfants, un espace où les attentes et rôles du père ont une spécificité particulière.

**Mots clés** Périnatalité · Attachement · Parents · Père · Relation parent-enfant

**Abstract** It is not easy being a father to an extremely premature baby. "How do I help the mother of my child, how do I fit in to this care unit, what can I do with my baby, have I correctly understood what I have been told?" These questions bear witness to the complex path that a father takes along the path of caring for his partner and child. The aim here is to issue a reminder of the importance of consistency and continuity between antenatal and postnatal care. There is nothing detrimental about building an emotional base required to cement the bonds between parents and children, a space where the expectations and the role of the father have a specific identity.

**Keywords** Perinatal care · Bonding · Parents · Father · Parent-child relationship

---

A. Burguet (✉)  
Pédiatrie 2, CHU François-Mitterrand,  
14, rue Gaffarel, F-21079 Dijon cedex, France  
e-mail : antoine.burguet@chu-dijon.fr

B. Mulin  
Réseau périnatal Franche-Comté,  
CHU de Besançon, F-25030 Besançon cedex, France

Rien ne se passe comme prévu lors d'une naissance très prématurée sur le plan de l'installation des liens parents-enfants. Les inquiétudes issues de l'état de santé de la mère et de l'enfant modifient le cadre d'une relation triangulaire normale. Un service de néonatalogie, c'est une unité de lieu et de temps où ces trois humanités vont évoluer pendant plusieurs semaines. Comment faire pour ne pas entraver maladroitement ces liens appelés et amenés à se constituer dans des conditions très particulières ? Et le verbe « faire » est important dans un monde hospitalier respectueux des recommandations et des conduites à tenir dans le champ des soins conventionnels et des soins relationnels. Comment faire pour concilier une approche individualisée tenant compte des capacités, des désirs et des possibilités de toutes les parties soignées, et la volonté des soignants d'harmoniser les pratiques en fonction de leur disponibilité, d'une part, et de la réalité physique médicale liée à la prématurité, d'autre part ? Il s'agit là d'un enjeu majeur pour les unités de néonatalogie. Mais avant de « faire », il est primordial de « *poser les choses sur la table* », c'est-à-dire de bien comprendre les paramètres en jeu dans cette découverte des relations à trois.

### Pourquoi s'intéresser à la présence des parents et plus particulièrement du père, dans un service de néonatalogie, quel est le sens de la question ?

Le suivi à long terme des enfants nés prématurément a mis en évidence chez certains d'entre eux l'existence de difficultés de comportement, de troubles de la relation, de troubles de l'attention [1,2] et chez certains parents l'existence de manifestations dépressives, d'anxiété vis-à-vis de leur enfant et de mésestime de soi [3]. À part les lésions organiques cérébrales liées aux hémorragies, à l'hypoxie, aux cascades inflammatoires entourant l'infection périnatale, on ignore dans quelle mesure et par quels mécanismes exacts la prématurité est susceptible de venir modifier le développement psychocognitif et relationnel des anciens prématurés.

Différentes pistes sont débattues : le caractère intrusif de certains soins conventionnels susceptibles de laisser une empreinte [4], le traumatisme de la naissance prématurée pour les parents [5], la dépression maternelle, la précarité sociale associée à la prématurité. À parler franc, on ignore la part respective de chacun de ces mécanismes dans la genèse des troubles observés chez les anciens prématurés, mais on s'accorde sur le caractère « aggravant » de la vulnérabilité psychosociale, facteur de risque qui peut se manifester indépendamment d'une naissance prématurée [6].

Dans un souci de prévention de ces désordres relationnels, au côté des prises en charge « classiques » faites de soins individuels conventionnels à visée respiratoire ou cardiaque, qui ont historiquement accompagné l'émergence de la réanimation néonatale et ont fait la preuve de leur bénéfice sur la morbidité [7], se sont ajoutées secondairement des prises en charge dites « soins de développement » (SD), dont une des finalités est de mieux intégrer les parents dans les soins néonataux [8–9].

Pour un bébé, prématuré ou non, la proximité physique, c'est-à-dire ici la présence des parents dans un service de néonatalogie, est essentielle au développement de la procédure d'attachement qui va se développer durant plusieurs mois et conduire à l'acquisition du sentiment de sécurité [10]. Dans l'autre sens, le bonding, cette énergie et cette attirance vers son enfant qui vient du plus profond de la mère (mais aussi du père) et le désir de la mater, de s'en occuper, de le soigner, ne peut s'exprimer que par le contact physique entre mère et enfant [10].

À partir de ce postulat, favoriser la présence des deux parents auprès de leur enfant tout au long de l'hospitalisation est devenu une priorité des services de néonatalogie, avec toutefois une variabilité importante dans les modalités d'accompagnement proposées aux parents [11].

Aussi, soutenir les parents, s'occuper des pères est une piste de prévention des désordres fonctionnels observés chez les anciens prématurés. Une piste possible parmi d'autres, car à l'heure actuelle, on ignore dans la médecine par les preuves si une perturbation de la procédure d'attachement, cette dynamique du bébé vers ses parents, peut être en partie responsable des séquelles légères tardives.

D'autres travaux de recherche, reposant sans doute sur des enquêtes qualitatives, seront nécessaires pour apprécier/objectiver et quantifier le bénéfice éventuel d'une présence parentale soutenue dans le devenir d'un enfant prématuré. En effet, jusqu'il y a peu, les publications ne faisaient pas état, à notre connaissance, d'une association entre une naissance prématurée et une perturbation de la qualité de l'attachement, attachement insécure et/ou désorganisé, possiblement en raison du large éventail de caractéristiques de l'enfant et des parents, présentes dans la naissance prématurée [12,13]. Par contre, le niveau socioéconomique, fréquemment associé à la prématurité, serait quant à lui associé

à des perturbations de l'attachement [14,15]. Mais depuis peu, le bénéfice de l'établissement d'une relation précoce entre parents et enfants favorisée par les interventions des soignants apparaît dans la littérature. Reynolds et al. établissent un lien positif entre la fréquence de la présence parentale, du peau à peau, et le comportement des prématurés durant leur hospitalisation [16] ; et tout récemment, Charpak et al. ont mis en évidence l'effet favorable du portage en peau à peau chez d'anciens prématurés âgés de 20 ans [17].

### **En fait, si les parents viennent, si le père vient, c'est probablement déjà gagné**

Certains parents sont toujours présents, d'autres sont attendus, attendus... et trouvent toutes sortes d'excuses pour ne pas venir... Dans ce domaine, les éléments qui conditionnent la fréquence et la qualité des visites parentales sont décrits dans la littérature : l'absence de moyen de transport, le coût des déplacements, la recherche d'un emploi, l'existence d'une fratrie dont les parents ont à s'occuper et une immaturité psychique parentale sont associés à des visites moins fréquentes [18–20]. Ainsi, la rareté des visites parentales durant l'hospitalisation néonatale serait un marqueur de vulnérabilité psychosociale. En ce sens, encourager les visites parentales n'est pas tout à fait une pratique médicale comme une autre où le « faire » serait le garant d'une efficacité : c'est aussi prendre le risque envers certains parents de les placer/confronter à leurs difficultés de vie. Mais ces difficultés de présence parentale ne doivent pas non plus être vécues comme une fatalité par les équipes périnatales : le repérage de ces difficultés en amont de la naissance, et la prise en charge et l'élaboration d'un projet de suivi de grossesse avec une personne référente, est probablement une option nécessaire [21]. Plus légèrement, et dans un autre registre, on sait que chez certains parents deux éléments conditionnent la fréquence des visites des pères : la fréquence des visites de la mère et l'âge postnatal de l'enfant (les visites sont moins fréquentes passé la première semaine) [22]. Les pères restent moins longtemps que les mères auprès de leur enfant [22].

### **Quels sont les besoins et spécificités du père dans un service de néonatalogie ?**

Les études qualitatives conduites dans des unités de soins intensifs en néonatalogie nord-américaines ont identifié des besoins et les attentes des pères, différents de ceux des mères [23–27]. Pour résumer, cinq besoins seraient identifiables dans une relation père–enfant. Le premier besoin serait l'engagement paternel qui correspond à la capacité d'assurer de nouvelles responsabilités. Cet engagement se ferait de trois

façons, en accompagnant et en protégeant durant son parcours l'enfant tout en soutenant la dyade mère-enfant, en recueillant les informations médicales concernant son enfant et en les transmettant à la mère. La participation aux soins ne serait par contre désirée que par la moitié des pères, et ce d'autant plus facilement qu'ils ont déjà un autre enfant. Le deuxième besoin identifiable serait l'échange affectif entre lui et l'enfant, ancré sur toute une gamme de sentiments allant de la fierté à la peur, échange perturbé encore par l'absence de la mère. Le troisième besoin serait lié à la découverte de l'enfant, fait d'une vision positive de son physique, de ses gestes et de son comportement. Un quatrième besoin serait lié au contact physique avec l'enfant, fait de toucher et de réconfort, mais en laissant cependant le privilège de ce même contact entre la mère et l'enfant. Enfin, le cinquième besoin serait fait d'échanges, mêmes brefs, fondés sur la voix et sur les réactions du bébé à la voix paternelle articulées sur le regard ou le mouvement de la main du bébé qui vient lui serrer le doigt. Le rôle fondamental des puéricultrices dans l'établissement des relations parents-enfants, de la nature de leur communication et de leur attention envers les parents, ainsi que les attentes propres du père sont également bien décrites dans d'autres enquêtes qualitatives [28]. La connaissance de ce canevas des souhaits des pères est un support utile aux soignants qui cherchent à favoriser l'établissement et le développement des relations entre parents et enfants.

### **Un service de néonatalogie, c'est quoi ? Comment est-il perçu lorsque l'on est parent ?**

Le père, on l'a vu, aura l'opportunité s'il le souhaite d'accompagner son nouveau-né de la salle de naissance à l'unité de néonatalogie. Il est possible qu'on lui ait déjà proposé, ainsi qu'à la mère, de découvrir cette unité de soins avant la naissance attendue de l'enfant. Mais cette unité de soins est un endroit à la fois inquiétant et rassurant. Inquiétant de par la nouveauté du lieu, la technologie, l'état de santé de l'enfant, la dépossession de l'enfant qui est imposée par le circuit de soins. Rassurant, car il s'agit de la structure porteuse d'espoirs la plus adaptée à l'état clinique de l'enfant. Il s'agit aussi d'une structure de soins, avec ses règles, ses codes, ses angoisses, des visages qui changent, des discours et des intonations variables entre interlocuteurs. En effet, la continuité des soins faite de permanences, de gardes et de repos compensateurs rend incontournable la multiplicité des intervenants et des correspondants. La nécessité de la cohérence des informations à transmettre aux parents, et dans un premier temps au père qui sera le premier messenger de l'état de santé de l'enfant, est une priorité. Il faut informer les équipes sur l'existence d'au moins deux modes de communication pour délivrer au père l'information médicale lors

d'une première rencontre. Schématiquement, le discours peut prendre le risque d'être tourné vers la performance pure, en raison de l'utilisation de chiffres : « *Votre enfant va bien, la température est de T°, son dextro est normal à 1 g/l, ses besoins d'oxygène sont de n %, la situation est stable* ». Ces chiffres seront autant de repères à respecter et des générateurs d'inquiétude si les objectifs ne sont pas atteints. S'ils sont atteints, ils risquent de détourner l'attention des capacités non quantifiables de l'enfant, comme peut l'être le relationnel enfant-parent. Le discours peut être au contraire de nature qualitative : « *Votre enfant va bien, il est bien réchauffé, il respire calmement avec l'aide de son respirateur, il ne présente pas de souci nutritionnel...* » Ce langage qualitatif permet sans doute d'évoquer les besoins physiologiques du prématuré, sans qu'il y ait d'objectif performant à atteindre.

Et puis, ne faudrait-il pas prendre le temps d'entendre les parents sur ce qu'ils aimeraient faire avec leur enfant dès les premiers jours, en leur posant simplement la question ? Ou du moins, leur demander si on leur a parlé, lors des entretiens prénatals, de ce qu'il était possible de faire avec leur enfant.

### **Et parfois, pour les équipes, accepter de faire le deuil d'un père idéal ?**

Oui, parfois, le père n'est pas là (que dirait-on des situations où deux mamans sont présentes ?), le père ne vient pas, le père n'a pas envie de..., le père n'est pas soutenant, et cette différence à l'attendu peut s'avérer déroutante pour une équipe médicale désireuse de normes. Il faudra bien « faire » avec et ne pas rajouter de conduites maladroites. La pire des maladresses serait sans doute d'attendre la fin d'une hospitalisation néonatale pour découvrir et prendre en charge les difficultés psychoaffectives et sociales de l'environnement. Prendre du temps, laisser parler, laisser venir les émotions, montrer les compétences du nouveau-né prématuré, ne pas donner de leçon, tout cela est nécessaire, mais est sans doute loin d'être suffisant pour régler la globalité du problème. Cependant, il faut accepter, y compris dans un service de réanimation, que tous les professionnels en prennent leur part dans un souci de cohérence.

### **Principe fondamental — continuum de la prise en charge anté- et postnatale**

Chaque professionnel, obstétricien, sage-femme ou pédiatre, s'il intervient à un moment précis du projet de grossesse, ne doit pas se cantonner à la seule période et au seul lieu de son intervention, sous peine d'ignorer la dimension globale des priorités médicales et parentales [29]. Le père, comme la mère, doit être placé en tant qu'acteur à chaque instant du

projet de grossesse. Ce continuum de la prise en charge a pour corollaire une nécessaire cohérence du discours entre tous les professionnels. Cette cohérence du discours médical est essentielle au tissage de liens de confiance entre parents et professionnel de l'instant anté-, per- ou postnatal. Chaque intervention doit être préparée par un échange particulier entre professionnels. Chaque rencontre avec les parents doit pouvoir montrer la réalité et l'efficacité de la transmission des informations entre professionnels d'amont et d'aval.

Dans le même ordre d'idée, le professionnel doit s'assurer de la compréhension par les parents du circuit de la grossesse : « où en êtes-vous de votre problème médical », « que vous a-t-on expliqué », « qu'avez-vous compris », « savez-vous pourquoi vous venez me consulter ? » sont autant de formulations désireuses de montrer à la fois la qualité des relations entre professionnels et la perception par les parents de la cohérence des discours entre les professionnels. Et il est essentiel de vérifier que le père est bien en phase avec la mère, c'est-à-dire dans la même perception et compréhension des difficultés. La formulation « et vous, monsieur, qu'en pensez-vous ? » est utile à l'intégration de la place du père dans la réalité de la grossesse et de son rôle de futur père et soutien pour la mère.

Les différents moments où le risque d'une rupture de ce continuum peut surgir sont connus pour un grand prématuré : le désir de grossesse et l'entrée dans un projet de grossesse, l'annonce d'une complication de la grossesse, le changement de maternité lié au transfert in utero vers un type d'établissement adapté à la pathologie de la mère et du fœtus, la naissance de l'enfant avec l'intervention des pédiatres de maternité et des réanimateurs, le transfert en néonatalogie puis dans l'établissement d'origine, le retour à domicile et enfin la prise en charge dans un réseau d'aval de suivi des enfants nés prématurément.

Pour chacune de ces ruptures, des outils ou concepts ont été développés : consultation préconceptionnelle, entretien prénatal précoce, visite anténatale du pédiatre, accompagnement des futurs parents pour la visite du service de néonatalogie, présentation du réseau d'aval des enfants vulnérables, présentation des services de PMI ou d'hospitalisation à domicile en vue du retour à domicile.

Les intervenants de la période postnatale, qu'ils soient pédiatres ou puéricultrices, doivent être conscients de l'existence de ces rencontres passées entre les parents et les professionnels de santé lors de ces moments de ruptures émotionnelles. Ils doivent être prêts à entendre les parents évoquer ces moments cruciaux qui ont pu être moteurs, mais aussi bloquants, dans le développement des relations avec leur futur enfant. Être prêt veut dire savoir se rendre disponible, à tout instant de l'hospitalisation néonatale, pour recevoir non seulement de la mère, mais aussi du père ce besoin d'évoquer ces événements clés de leur parcours de soins. Pas

dans un couloir, pas en 30 secondes, pas au seul moment de quitter le service avec son enfant...

## Donc, au total, « que faire ? »

Il appartient probablement à chaque unité de soins néonatales de réfléchir de façon positive à l'accueil des deux parents. La première étape est de comprendre la signification d'une absence et d'une rareté des visites parentales, traduction de difficultés globales et d'un environnement psychoaffectif à risque. Le repérage de ces situations à risque en amont de la naissance lors d'entretiens prénatals, l'établissement de lien de confiance entre soignants et futurs parents encadrant le projet médical pour l'enfant, l'établissement d'un projet de la découverte des compétences et des besoins de l'enfant privilégiant le peau à peau, montrer aux parents comment ils pourront répondre à ses besoins, connaître les attentes particulières des pères, tout cela nécessite un temps, un regard et une disponibilité des professionnels qu'il faut mettre en parallèle avec le temps médical conventionnel. Le cheminement des équipes est en constante évolution. Ce n'est qu'au prix de telles interventions dans le domaine de la sécurité émotionnelle que le risque de traumatisme lié à la prématurité pourra être minimisé au mieux [30].

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M (2005) Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *N Engl J Med* 352:9–19
2. Larroque B, Ancel PY, Marret S, et al (2008) Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet* 371:813–20
3. Henderson J, Carson C, Redshaw M (2016) Impact of preterm birth on maternal well-being and women's perceptions of their baby: a population-based survey. *BMJ Open* 6:e012676
4. Maroney DI (2003) Recognizing the potential effect of stress and trauma on premature infants in the NICU: how are outcomes affected? *J Perinatol* 23:679–83
5. Halpern LF, Brand KL, Malone AF (2001) Parenting stress in mothers of very-low-birth-weight (VLBW) and full-term infants: a function of infant behavioral characteristics and child-rearing attitudes. *J Pediatr Psychol* 26:93–104
6. Ibanez G, Bernard JY, Rondet C, et al (2015) EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Effects of antenatal maternal depression and anxiety on Children's early cognitive development: a prospective cohort study. *PLoS ONE* 10:e0135849
7. Rozé JC, Cambonie G, Marchand-Martin L, et al (2015) Hemodynamic EPIPAGE 2 Study Group. Association between early screening for patent ductus arteriosus and in-hospital mortality among extremely preterm infants. *JAMA* 313:2441–8

8. Als H, McAnulty GB (2011) The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with kangaroo mother care (KMC): comprehensive care for preterm infants. *Curr Women's Health Rev* 7:288–301
9. Pierrat V, Coquelin A, Cuttini M, et al (2016) Translating neurodevelopmental care policies into practice: the experience of neonatal ICUs in France-The EPIPAGE-2 Cohort Study. *Pediatr Crit Care Med* 17:957–67
10. Guédeney N, Lamas C, Bekhechi V, et al (2008) Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Arch Pediatr* 15:S12–9
11. Greisen G, Mirante N, Haumont D, et al (2009) Parents, siblings and grandparents in the neonatal intensive care unit. A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatr* 98:1744–50
12. González-Serrano F, Castro C, Lasa A, et al (2012) Attachment representations and stress in mothers of very low birth weight preterm infants at two years of age. *An Pediatr (Barc)* 76:329–35
13. Korja R, Latva R, Lehtonen L (2012) The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91:164–73
14. Crockenberg S (1981) Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant–mother attachment. *Child Dev* 52:857–65
15. Wille DE (1991) Relation of preterm birth with quality of infant–mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development* 14:227–40
16. Reynolds LC, Duncan MM, Smith GC, et al (2013) Parental presence and holding in the neonatal intensive care unit and associations with early neurobehavior. *J Perinatol* 33:636–41
17. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, et al (2016) Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *Pediatrics* 12. pii:e20162063
18. Giacoia GP, Rutledge D, West K (1985) Factors affecting visitation of sick newborns. *Clin Pediatr* 24:259–62
19. Callahan E, Brasted W, Myerberg DZ, Hamilton S (1991) Prolonged travel time to neonatal intensive care unit does not affect content of parental visiting: a controlled prospective study. *J Rural Health* 7:73–83
20. Lewis M, Bendersky M, Koons A, et al (1991) Visitation to a neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 88:795–800
21. Chanal C : Périnatalité et toxicomanie : comment préserver la place des parents ? <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/391/04.htm>
22. Franck L, Spencer C (2003) Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth* 30:31–5
23. Martel MJ, Milette I, Bell L, et al (2016) Establishment of the relationship between fathers and premature infants in neonatal units. *Adv Neonatal Care* 16:390–8
24. Martel MJ, Bell L, St-Cyr Tribble D, et al (2016) Développement de la relation père et enfant prématuré. Un défi pour l'unité néonatale. *Perspect Infirm* 13:35–7
25. Feeley N, Genest C, Niela-Vilén H, et al (2016) Parents and nurses balancing parent–infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions. *BMC Pediatr* 16:134
26. Flacking R, Thomson A, Axelin A (2016) Pathways to emotional closeness in neonatal units — a cross-national qualitative study *BMC Pregnancy Childbirth* 16:170
27. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS (2008) A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs* 17:810–6
28. Guillaume S, Michelin N, Amrani E, et al (2013) Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatr* 13:18. <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/18>
29. Molenat F, Chanal C, Havasi K, et al (2016) Fonction de coordination. In: *Grossesse et souffrance psychique : précis de nouvelles pratiques*. Montpellier, Éd. Sauramps Medical pp 87–96
30. Roy J (2011) Une prévention du stress post-traumatique ? Naissance d'un enfant prématuré : prévention du traumatisme parental. In: *Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ?* Toulouse, Érès, « Prévention en maternité » pp 287–92