

Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Ecole des sciences de la réadaptation

Formation en Ergothérapie

Natacha BECK

UE 6.5S6 : Evaluation de la pratique  
professionnelle et recherche.

Mémoire d'initiation à la recherche

**L'ergothérapeute en service de néonatalogie :**

**Perception des pratiques collaboratives sur l'attachement parents-enfant**

**à travers les co-occupations**

Sous la direction de A. GIRAUDIER, référente professionnelle A. ZIMMERMANN

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire, Anaïs GIRAUDIER, pour son accompagnement tout au long de ce travail de recherche. Un profond merci pour sa constante disponibilité à n'importe quel moment, ses précieux conseils, sa patience et ses encouragements.

Un grand merci à ma référente professionnelle, Aurélie ZIMMERMANN, pour ses remarques et son accompagnement.

Je tiens également à remercier mes parents qui m'ont soutenu dans cette réorientation et qui ont toujours accepté mes décisions. Merci de m'avoir soutenue et accompagnée dans cette étape.

Un grand merci à Justine et Rim qui m'ont accompagné durant ces 3 ans à l'IFE. Merci pour leur bienveillance, leurs conseils et leur amitié.

Je tiens aussi à remercier mon groupe de mémoire et mes camarades de classe pour leurs conseils et remarques durant les régulations de mémoire et ces 3 ans à l'IFE.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance aux ergothérapeutes qui ont accepté de participer aux entretiens. Merci pour ces riches échanges et d'avoir contribué à ce mémoire.

Enfin, un grand merci à l'équipe pédagogique de l'IFE d'Aix Marseille, Géraldine DESPRES, Catheline BLANC, Julien PAVE et Anaïs GIRAUDIER. Merci pour leurs accompagnements et leur écoute durant ces 3 années.

# Sommaire

1	Introduction .....	1
1.1	Contexte.....	1
1.1.1	Problématique professionnelle .....	1
1.2	Le thème .....	1
1.2.1	Champs disciplinaire .....	1
1.2.2	Terminologie .....	2
1.2.3	La résonance du thème .....	3
1.3	L'enquête exploratoire.....	5
1.3.1	Objectifs et typologie de l'enquête .....	5
1.3.2	Population et site d'exploitation .....	6
1.3.3	Outil et recueil des données.....	7
1.3.4	Construction de l'outil de recueil des données.....	8
1.3.5	Choix des outils d'analyse des données .....	8
1.3.6	Réflexion et législation.....	8
1.3.7	Test du dispositif d'enquête.....	9
1.3.8	Déroulement de l'enquête.....	9
1.3.9	Présentation et analyse des résultats .....	10
1.3.10	Analyse statistique des données de la population.....	10
1.3.11	Analyse critique du dispositif d'enquête .....	13
1.4	Problématisation pratique .....	14
1.4.1	Synthèse de la problématisation pratique .....	14
1.5	Méthodologie de la revue de littérature .....	15
1.5.1	Bases de données .....	15
1.5.2	Equation de recherche .....	15
1.5.3	Filtre de recherche, critères d'inclusion et d'exclusion.....	16

1.5.4	Revue de littérature.....	16
1.5.5	Synthèse de la problématisation pratique .....	23
1.5.6	Question initiale de recherche .....	24
1.6	Concepts .....	24
1.6.1	Co-occupations .....	24
1.6.2	Théorie de l'attachement .....	26
1.6.3	Collaboration pluridisciplinaire .....	29
1.6.4	Recontextualisation et problématisation théorique.....	32
1.6.5	Question et objet de recherche.....	33
2	Matériels et méthodes .....	33
2.1	Méthode de recherche.....	33
2.2	Population et sites d'exploration .....	34
2.3	Choix de l'outil de recueil des données.....	35
2.4	Anticipation des biais et stratégies d'atténuation .....	35
2.5	Construction de l'outil de recueil des données .....	37
2.6	Réflexions et législation .....	37
2.7	Choix des outils de traitement et d'analyse des données.....	38
2.8	Test du dispositif d'enquête.....	38
2.9	Déroulement de l'enquête.....	38
3	Résultats.....	39
3.1	Analyse descriptive de la population.....	39
3.2	Analyse thématique .....	39
3.2.1	Interventions en ergothérapie .....	40
3.2.2	Pratiques collaboratives en néonatalogie .....	41
3.2.3	Attachement parents-enfant .....	42
4	Discussion.....	43
4.1	Interprétation des résultats et éléments de réponse à l'objet de recherche .....	43

4.2	Critique du dispositif de recherche .....	45
4.3	Intérêts et limites des résultats et transférabilité pour la pratique professionnelle ....	45
4.4	Ouverture vers des nouveaux axes d'exploration.....	46
	Bibliographie.....	48
	Annexes .....	56

## **Index**

UNAE : Union Nationale des Associations des Etudiants en Ergothérapie

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

WFOT : *World Federation of Occupational Therapists*

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

Parcours de soins COCON : parcours de soins préCOces et Coordonnés du Nouveau-né vulnérable

RGPD : Règlement Général de Protection des Données

MESH : *Medical Subject Headings*

NICU : *Neonatal Intensive Care*

NIDCAP : *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

KC : *Kangaroo Care*

PMI : Protection Maternelle Infantile

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

HAD : Hospitalisation A Domicile

## **1 Introduction**

### **1.1 Contexte**

Lors du congrès de l'Union Nationale des Associations des Etudiants en Ergothérapie (UNAEE), en octobre 2023, j'ai assisté à une conférence sur l'intervention de l'ergothérapeute dans les services de néonatalogie. L'intervenante a terminé sa présentation en nous expliquant que ce domaine était encore peu accessible aux ergothérapeutes et que leur place n'était pas encore bien identifiée et comprise par les professionnels de santé de ce domaine.

Plus tard dans l'année, une ergothérapeute est venue nous faire cours sur l'intervention précoce en ergothérapie. Une partie du cours présentait l'intervention précoce en service de néonatalogie. Cette dernière nous a également expliqué, qu'en France, l'ergothérapie en néonatalogie n'était pas encore très connue et développée.

Ces deux interventions m'ont questionnée. Selon moi, l'ergothérapeute a sa place en service de néonatalogie, au même titre qu'un autre professionnel de santé. L'ergothérapeute est spécialiste de l'interaction entre la personne son environnement et ses occupations. Son intervention est holistique et prend en considération l'ensemble des sphères qui constituent le quotidien d'une personne. Ces domaines sont particulièrement impactés en service de néonatalogie et peuvent présenter des répercussions importantes pour le développement du nourrisson. L'ergothérapeute peut également avoir un rôle à jouer dans l'aménagement de l'environnement du service, la préconisation de matériel de puériculture adapté, etc. Cependant, le manque de formations spécifiques sur la néonatalogie, dans les Instituts de Formation en Ergothérapie (IFE), et la faible connaissance des champs de compétences et d'activités de l'ergothérapeute, peuvent être des facteurs limitant la représentation de l'ergothérapeute dans ce domaine.

#### **1.1.1 Problématique professionnelle**

Une problématique professionnelle découle des questions soulevées par le contexte :

*Dans quelles mesures, l'ergothérapeute pourrait-il apporter son expertise dans une équipe pluri/inter/trans disciplinaire, déjà constituée, au sein d'un service de néonatalogie ?*

### **1.2 Le thème**

Ainsi, afin d'encadrer la recherche soulevée par la problématisation professionnelle, nous définissons un thème de recherche : *L'ergothérapie en service de néonatalogie.*

#### **1.2.1 Champs disciplinaire**

Notre recherche s'inscrit dans les champs disciplinaires des sciences médicales et sanitaires. Les sciences médicales et sanitaires sont définies comme les sciences de la santé, comprenant

la médecine clinique et fondamentale, et les biotechnologies médicales (1). Ici, notre thème s'intéresse particulièrement à la médecine clinique et fondamentale. Cette recherche s'inscrit également dans les champs des sciences de l'occupation. Les sciences de l'occupation sont définies comme une discipline scientifique ayant pour but l'étude de l'activité humaine. Ces sciences étudient le lien qu'il existe entre les occupations humaines, la santé, le bien-être et la qualité de vie (2). Ici, il est pertinent de s'intéresser aux sciences de l'occupation puisque le thème de notre étude s'intéresse à l'apport de l'expertise de l'ergothérapie qui se base sur la promotion de la santé via l'occupation humaine (3).

### **1.2.2 Terminologie**

A présent, nous allons expliciter les termes de notre thème de recherche : *Ergothérapie et néonatalogie*.

Selon la *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT) et l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapie est une discipline appartenant au champ des métiers du paramédical (3,4). L'ergothérapie prône que le bien-être humain passe par l'engagement dans des activités significatives du quotidien (2). Les ergothérapeutes travaillent sur des processus d'adaptation et de réadaptation mais également d'intégration sociale (3). L'ergothérapie permet aux personnes de s'engager dans leurs activités quotidiennes, de façon satisfaisante, autonome, sécurisée et indépendante (3). De plus, l'ergothérapie propose des approches centrées sur le patient dans le but de supporter l'engagement occupationnel à travers l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement (4). Particulièrement en pédiatrie, l'ergothérapeute accompagne l'enfant dans le développement de son répertoire occupationnel pour lui permettre de se développer physiquement, cognitivement et psychologiquement de façon optimale (5). L'ergothérapeute doit prendre en considération les situations de handicap que l'enfant peut être amené à rencontrer (5). Il doit également prendre en compte l'environnement social et physique de l'enfant, puisqu'une grande partie de ses occupations sont co-construites avec ses parents (5). En effet, le répertoire occupationnel de l'enfant est conditionné par de nombreux facteurs externes comme la culture, les valeurs familiales ou encore le logement familial mais également par des facteurs internes comme les intérêts propres, les capacités motrices et cognitives (5).

La néonatalogie est définie dans le code de la santé publique comme une discipline médicale du domaine de la pédiatrie, dont l'objectif est la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque (6). Le service de néonatalogie accueille des nouveau-nés à partir de la 22-26<sup>ième</sup> semaine de gestation, qui est considérée comme le seuil de viabilité en France pour

les nouveau-nés, jusqu'au 27<sup>ième</sup> jour de vie (7,8). Les nouveau-nés accueillis peuvent être des nouveau-nés prématurés, des nouveau-nés de faibles poids et taille et des nouveau-nés nés à terme mais présentant des maladies de naissance ou déclarées dans les jours suivant la naissance (9). Le service de néonatalogie se trouve dans les maternités de type II et III (10). Au sein du service de néonatalogie, plusieurs secteurs peuvent être identifiés : un secteur de réanimation néonatale, un secteur de soins intensifs ou médecine néonatale, et un secteur de pré-sortie (9). Les maternités de types II possèdent une unité d'obstétrique classique mais disposent, en plus, d'un service de néonatalogie avec une unité de soins intensifs (10). Les maternités de type III détiennent également une unité d'obstétrique en plus d'une unité de soins intensifs et de réanimation néonatale (10). L'équipe médicale et paramédicale travaillant dans ces différents secteurs est composée de médecins, infirmières et puéricultrices, auxiliaires de puériculture, kinésithérapeutes, et psychomotriciens, ... (9). Le personnel soignant accompagne tout autant le nouveau-né que sa famille et son entourage durant le séjour de prise en charge, période aussi vulnérable pour l'enfant que pour son entourage (9). L'intégration maximale de la famille dans le processus de prise en charge est un des points centraux du service de néonatalogie (9).

### **1.2.3 La résonance du thème**

Afin d'identifier la pertinence de la thématique, il faut se questionner sur les enjeux socio-économiques, professionnels et les enjeux de santé publique en lien avec notre thème. De plus, nous nous interrogeons sur la vivacité de notre thème et son utilité socio-professionnelle.

Cette thématique s'inscrit aussi bien en termes d'enjeux de santé publique que d'enjeux socio-économiques. En effet, de nombreux rapports de santé comme le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2020 (11), ou encore le rapport Euro-Peristat de 2015-2019, réalisé par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) (12), rapportent que les taux de naissances prématurées, dans le monde et en France sont encore très élevés. Ces mêmes rapports font état d'un taux élevé de décès suite aux naissances prématurées (12). De plus, la prise en charge de ces nouveau-nés représente un important coût financier, pouvant mener à des inégalités. En effet, l'enquête nationale périnatale de l'INSERM en 2021 et le rapport *Born too Soon* de l'OMS en 2012 affirme que le type de grossesse, les inégalités sociales, la précarité, le niveau d'éducation, l'accès aux soins pendant et après la grossesse, le contexte géopolitique sont autant d'enjeux influençant la prise en soins du nourrisson (13). En France, on estime que le cout moyen de frais de séjour en service de néonatalogie s'élève à 1039,88 euros, à cela s'ajoutent les frais médicaux et paramédicaux (14). Enfin, en fonction de

l'état de santé de l'enfant, celui-ci peut rester en moyenne entre 23 à 98 jours en service de néonatalogie (15).

Cette thématique est également socialement vive puisque l'Agence Régionale Santé (ARS) Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), dans son plan 2023-2028 affirme que les enfants vulnérables à la naissance doivent avoir un suivi organisé jusqu'à leur 4 ans (16). De plus, plusieurs parcours et commissions, notamment les parcours de soins préCOces et Coordonnés du Nouveau-né vulnérables (COCON) et la commission des 1000 premiers jours affirment l'importance de prises en soins précoces pour le bon développement de l'enfant (17,18). Les parcours COCON permettent également le suivi et la prise en soins précoce coordonnées et pluridisciplinaires de l'enfant vulnérable de 0 à 5 ans (17). Dans les écrits, le rôle de l'ergothérapeute est mentionné dans le parcours de soins de l'enfant dans la commission des 1000 premiers jours et les parcours COCON (17,18). En effet, nous pouvons retrouver sur le site internet du Réseau de périnatalité PACA-Corse et Monaco, réseau à l'initiative du parcours COCON PACA, des documents en ligne comprenant des prescriptions relatives aux soins en ergothérapie, ainsi qu'un annuaire des ergothérapeutes conventionnés COCON (19,20). Cependant, dans la pratique, peu d'ergothérapeutes, étant inscrits dans les référentiels des professionnels intervenant dans les parcours COCON, sont sollicités pour intervenir dans le parcours de soins des enfants. Sur le site du Réseau de périnatalité PACA-Corse et Monaco, une fiche présente le projet COCON. Cette fiche précise les actes de prises en charge en ergothérapie seulement pour les forfaits de soins de 2 à 5 ans, tandis que nos plus proches collaborateurs paramédicaux, les kinésithérapeutes et psychomotriciens, sont désignés pour le forfait de soins précoces de 0 à 24 mois (21). De plus, dans le rapport d'étape du 25 septembre 2024 du parcours COCON Occitanie, il est mentionné 23 ergothérapeutes conventionnés COCON contre 106 psychomotriciens et 193 kinésithérapeutes (22). De même, le nombre de prises en soins réalisées par différents professionnels paramédicaux dans le cadre du parcours COCON a été comparé. Aucune prise en soins en ergothérapie n'a été effectuée, contrairement aux kinésithérapeutes qui ont enregistré en moyenne 23,4 séances et aux psychomotriciens avec en moyenne 11,6 séances (22). De même, dans certains livrets d'accueil, transmis par les services aux familles, l'ergothérapeute n'est pas mentionné comme faisant partie du personnel paramédical (9).

Cette thématique possède une forte résonance sociétale puisque de nombreuses lois et décrets ont été votés en faveur des nouveau-nés hospitalisés et de leurs familles. En mars 2018, une loi permettant d'allonger la durée du congé paternité en cas d'accouchement prématuré ou

d'hospitalisation du nouveau-né a été proposée, aboutissant à un décret (23). La loi du 8 juin 2020 permet l'accompagnement des familles après le décès d'un enfant avant 25 jours post-naissance (24). Le décret du 11 avril 2022 permet, à titre expérimental, aux structures de néonatalogie de pouvoir réaliser des soins de néonatalogie au domicile des nouveau-nés (25). Plusieurs études comme le projet européen *RECAP Preterm* et le projet européen *PREM-STEM* (26,27) sont encore en cours. Ces deux projets ont notamment pour objectif d'étudier les prises en soins en néonatalogie, les protocoles d'organisation de soins et de soulever des questions éthiques (26,27). La présence d'études toujours en cours atteste bien de la vivacité actuelle de la thématique.

Ainsi, à la lumière du nombre de naissances prématurées, d'études réalisées et en cours, des lois et décret votés ainsi que des plans de santé publiés, il apparaît que la prise en charge de ces nouveau-nés vulnérables constitue une thématique actuelle. Cependant, ce thème est également d'utilité professionnelle puisqu'il permet d'identifier la place et le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine émergent.

Une mise en tension entre les écrits et la réalité de la pratique peut être faite.

En effet, dans les écrits le rôle des ergothérapeutes est identifié de manière inégale. Dans la pratique un faible nombre d'entre eux sont sollicités afin d'intervenir dans les parcours de soins des enfants (22). Ce thème de recherche permet, également, de mettre en lumière la collaboration avec les différents acteurs de la prise en soins des nouveau-nés vulnérables.

### **1.3 L'enquête exploratoire**

Ainsi pour vérifier la résonance de notre thème, nous menons une enquête exploratoire dans le but de confronter les données préliminaires à la réalité de la pratique des ergothérapeutes.

#### **1.3.1 Objectifs et typologie de l'enquête**

L'enquête exploratoire nous permet de répondre à deux types d'objectifs : les objectifs généraux et les objectifs spécifiques.

#### **Objectifs généraux**

Les objectifs généraux, identifiés pour cette enquête, visent à :

1. Evaluer la faisabilité de la recherche
2. Faire un état des lieux de la pratique dans le but de vérifier la pertinence du sujet
3. Clarifier la problématique initiale

4. Orienter la démarche de recherche.

### **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques, quant à eux, visent à :

1. Comparer la variation de la répartition des ergothérapeutes en service de néonatalogie.
2. Quantifier la durée pendant laquelle les ergothérapeutes travaillent en service de néonatalogie.
3. Évaluer l'impact/pertinence clinique de la prise en soins en néonatalogie par les ergothérapeutes.
4. Identifier les axes d'intervention lors de la prise en soins en service de néonatalogie par les ergothérapeutes.
5. Explorer la perception, la reconnaissance et la satisfaction des ergothérapeutes celle des autres professionnels quant aux interventions de l'ergothérapeute en service de néonatalogie.
6. Identifier les freins/obstacles/défis limitant la pratique ergothérapique en service de néonatalogie.
7. Identifier les leviers favorisant l'implantation et le développement de la pratique ergothérapique en service de néonatalogie.

L'enquête exploratoire menée est une enquête quantitative. Elle a pour but de décrire la population d'ergothérapeutes travaillant en néonatalogie. Elle cherchera à estimer des valeurs relatives, comme une fréquence de freins rencontrés ou d'outils utilisés, et des valeurs absolues, comme la durée de temps passée en service. L'estimation de valeurs relatives et absolues repose sur des enquêtes quantitatives (28).

### **1.3.2 Population et site d'exploitation**

Par la suite, nous définissons des critères d'inclusion et d'exclusion pour la population notre étude.

### **Critères d'inclusion**

Nous incluons dans cette étude les ergothérapeutes francophones de l'Europe : France, Suisse, Belgique, Luxembourg. L'enquête se portera sur les ergothérapeutes travaillant dans des pays francophones afin de faciliter la confrontation des pratiques. Nous pouvons supposer qu'un continent partageant une langue commune et une proximité géographique, ne présente pas une

grande variabilité dans la pratique en ergothérapie, mais suffisamment pour permettre d'obtenir différents points de vue et alimenter le débat. Nous nous focalisons sur les ergothérapeutes travaillant en néonatalogie et les ergothérapeutes ayant travaillé en néonatalogie mais n'étant plus en activité depuis maximum 6 mois. Nous limitons la fin d'activité dans le domaine à 6 mois maximum afin que les ergothérapeutes puissent encore être à jour de leur ancienne pratique, du fait de l'émergence et de la technicité de la prise en soins dans ce domaine.

### **Critères d'exclusion**

De ce fait, nous excluons de l'étude les ergothérapeutes ne travaillant pas en néonatalogie ou n'étant plus en activité depuis plus de 6 mois. Nous excluons également les ergothérapeutes non francophones et ne travaillant pas en France, Suisse, Belgique, Luxembourg.

### **Sites d'exploration**

En ce qui concerne les sites d'exploration, pour cette étude, nous nous concentrons sur les services de néonatalogie en maternités publiques et privées, les équipes de néonatalogie mobiles, et les cabinet libéraux dans lesquels les ergothérapeutes pratiquent des prises en soins auprès de nouveau-nés.

#### **1.3.3 Outil et recueil des données**

Ainsi pour mener notre enquête exploratoire de manière optimale, il est nécessaire d'identifier un outil et recueil de données en accord avec les objectifs spécifiques de l'enquête.

##### **1.3.3.1 Choix de l'outil de recueil des données**

Dans le cas de notre enquête, nous choisissons d'interroger les ergothérapeutes via un questionnaire. Le questionnaire est un outil adapté et cohérent pour les enquêtes quantitatives.

### **Avantages**

Le questionnaire présente de nombreux avantages.

En effet, le questionnaire permet de collecter des données de manière standardisée. Il permet de recueillir les réponses de façon uniforme et de pouvoir les comparer. Le vaste choix des modalités de réponse (échelle, question à choix multiple, etc) permet d'apporter une flexibilité dans la collecte des informations. De plus, le questionnaire permet de cibler un large public de participants et d'avoir une portée géographique importante, si celui-ci est diffusé en ligne. Il permet également aux participants d'y répondre quand ils le souhaitent en fonction de leurs contraintes et disponibilités. Il permet également de conserver l'anonymat des réponses et de

permettre aux participants de répondre plus sincèrement à certaines questions, sans se sentir jugés. Enfin, le questionnaire permet de réduire les potentiels biais pouvant être apportés par l'investigateur (28).

### **Inconvénients**

Cependant le questionnaire présente également de nombreux inconvénients.

La formulation des questions est un paramètre important. Selon les différentes formulations, les participants peuvent ne pas comprendre la question. Selon les modalités de réponses employées, celles-ci peuvent manquer de précisions. Enfin, le questionnaire manque de spontanéité et ne permet pas de recontacter les participants à la fin de l'enquête, si besoin. La limite principale du questionnaire est l'impossibilité de pouvoir échanger avec les participants, si besoin d'approfondir la compréhension de leur réponse (28).

#### **1.3.4 Construction de l'outil de recueil des données**

Par la suite, après avoir identifié les différents types de variables, d'échelles et de questions employées, une matrice de questionnement a été rédigée (Annexe 2). Celle-ci a pour but d'organiser les questions de façon logique et fluide afin de recueillir des réponses claires et complètes.

La matrice de questionnement regroupe l'ensemble des variables étudiées, leurs indicateurs, leur objectifs ainsi que les modalités de réponse envisagées pour le questionnaire

#### **1.3.5 Choix des outils d'analyse des données**

Le logiciel de statistiques Excel, version 2404, permettra d'analyser les données récoltées et permettra de réaliser une analyse descriptive et statistique des réponses obtenues grâce au questionnaire. Les questions ouvertes sont retranscrites et éventuellement mises sous forme de ratio en fonction des réponses obtenues.

#### **1.3.6 Réflexion et législation**

Pour respecter la réflexion éthique et la législation, il nous faut déterminer le champ législatif de notre enquête exploratoire et identifier le cadre règlementaire lui correspondant. Ainsi, notre enquête implique des personnes humaines et est pratiquée sur ces mêmes personnes. Cependant, notre enquête n'a pas pour but de développer des connaissances biologiques, ni médicales et n'a pas pour objectif de modifier la prise en soins de patients en néonatalogie, la loi Jardé ne s'applique donc pas (29). En effet, cette enquête a pour seul but de questionner la pratique des professionnels.

Une notice d'information reprenant l'identité de l'investigateur principal de l'enquête, l'objectif principal de l'enquête ainsi que son déroulement, a été envoyée aux ergothérapeutes en parallèle de l'enquête exploratoire (Annexe 1). Selon le règlement général de protection des données (RGPD), cette notice reprend également les droits des ergothérapeutes tout au long de l'étude, notamment le droit de rétractation. De plus, afin de préserver l'anonymat des ergothérapeutes répondant à l'enquête, aucune donnée personnelle ne sera diffusée (30). Enfin, les données récoltées seront conservées dans des dossiers privés et sécurisés par des mots de passe puis supprimées après un délai d'un an après soutenance du mémoire (30).

### **1.3.7 Test du dispositif d'enquête**

Avant de diffuser plus largement le questionnaire, nous réalisons un questionnaire test auprès d'un ergothérapeute. Ce test a pour objectif de vérifier si les questions issues de la matrice sont interprétées comme prévu, et pertinentes. Ce test permet également de déterminer si l'ergothérapeute soulève d'autres questions, issues de ses réflexions et qui pourraient être ajoutées au questionnaire.

A la suite du test, les questions sur les freins identifiés et rencontrés ont dû être reformulées pour être plus explicites. La formulation de ces questions n'était pas assez claire et a mené à confusion. Il était important de bien comprendre et dissocier l'identification des freins rencontrés dans la pratique quotidienne et les freins qui peuvent possiblement impacter la pratique plus généralement. Une reformulation de ces questions a été réalisée. Après discussion avec l'ergothérapeute qui a pu tester le questionnaire, il a été repéré qu'une thématique importante n'avait pas été abordée. En effet, de nombreux ergothérapeutes travaillant auprès des enfants en néonatalogie se trouvent dans des cabinets et pratiquent des interventions en libéral. Afin de pouvoir obtenir une vision représentative du terrain dans la pratique des ergothérapeutes, nous avons dû ajouter des items sur la pratique en libéral.

### **1.3.8 Déroulement de l'enquête**

Deux modalités d'échantillonnage ont été utilisées pour le déroulé de cette enquête : l'échantillonnage de convenance et l'échantillonnage aléatoire. (31)

Le questionnaire a été majoritairement envoyé par courrier électronique aux différents ergothérapeutes via un lien de participation. Les adresses mails ont été trouvées sur différentes plateformes en ligne comme les annuaires d'ergothérapeutes ou encore les sites internet professionnels des ergothérapeutes. Des relances ont été réalisées à plusieurs reprises afin d'inciter les ergothérapeutes à participer à l'enquête. Ici nous avons utilisé la méthode de l'échantillonnage de convenance (31).

La méthode de l'échantillonnage aléatoire, a été utilisée via des publications sur différents réseaux sociaux qui ont été réalisées afin de partager, de manière plus large, le questionnaire aux ergothérapeutes (31).

Passé une date butoir, le questionnaire a été clôturé afin d'empêcher les ergothérapeutes de pouvoir y répondre, dans le but d'analyser les résultats obtenus.

### **1.3.9 Présentation et analyse des résultats**

Ainsi, l'enquête a pour objectif de répondre aux objectifs spécifiques, détaillés précédemment.

#### **1.3.9.1 Analyse descriptive de la population**

Six ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. Ils exercent majoritairement en France (ratio de 4/6), le reste des ergothérapeutes exercent en Suisse (ratio de 2/6) (Annexe 3). L'ensemble des ergothérapeutes sont en activité en néonatalogie (Annexe 4). Ils ont entre 4,5 et 13 ans d'expérience dans la profession, avec une moyenne de 8,5 années d'exercice (Annexe 5). Un tiers travaillent en libéral (ratio de 2/6), un tiers à domicile (ratio de 2/6) et le dernier tiers en maternité (ratio de 2/6) (Annexe 6).

Les ergothérapeutes travaillant en maternité exercent en plus grande proportion en médecine et réanimation néonatale et en soins intensifs néonatal (ratio de 2/2). De manière plus isolée, un des ergothérapeutes travaillant en maternité réalise du dépistage précoce, de l'accompagnement périnatal, et aide aux retours à domicile (ratio de 1/2). Les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire travaillent majoritairement à temps partiel en néonatalogie (ratio de 4/6). Parmi les ergothérapeutes travaillant en structure hospitalière, ils sont en moyenne 3,6 ergothérapeutes à travailler dans leur service (Annexe 7). La répartition du temps de travail en néonatalogie est variable pour chaque ergothérapeute, avec une moyenne se situant à 23h par semaine. La valeur minimale récoltée est de 10 heures par semaine, la valeur maximale récoltée est de 40 heures par semaine. En analysant le premier et troisième quartile, nous identifions que 1 ergothérapeute sur 4 travaille au-dessous de 25 heures en néonatalogie et que 3 ergothérapeutes sur 4 travaillent au-dessous de 37 heures en néonatalogie. Nous n'avons récolté que 5 réponses sur cette question. Une donnée récoltée est considérée comme aberrante a été écartée (80h par semaine passée en service de néonatalogie).

#### **1.3.10 Analyse statistique des données de la population**

Dans cette partie, nous analyserons statistiquement les résultats de notre enquête.

### **L'impact clinique et la pertinence de la prise en soins en néonatalogie**

Nous allons nous concentrer sur le ressenti de la légitimité des ergothérapeutes vis-à-vis de leur prise en soins en néonatalogie. La légitimité des ergothérapeutes vis-à-vis de leur pratique est en moyenne de 9,6/10 (Annexe 8). De même, la satisfaction des ergothérapeutes sur la qualité de leur prise en charge est en moyenne de 7,5/10 (Annexe 10). Cependant, la satisfaction des ergothérapeutes concernant leur temps d'intervention en néonatalogie est en moyenne de 5/10. Globalement les ergothérapeutes sont moyennement satisfaits du temps passé sur leur prise en soins (Annexe 9) mais plutôt satisfaits de la qualité de leur prise en charge.

### **Les axes d'intervention**

Parmi leurs axes d'intervention les ergothérapeutes abordent le positionnement, l'intervention précoce, le soutien parental, le développement des co-occupations, et l'aménagement de l'environnement (ratio de 5/6). Ils axent leur intervention autour de l'alimentation (ratio de 3/6), la gestion de la douleur (ratio de 2/6), et sur le portage à bras (ratio de 1/6). Les prises en soins relevées comme étant les plus importantes dans les prises en soins des ergothérapeutes s'articulent notamment autour de l'accompagnement des parents, on peut retrouver : la guidance parentale, l'éducation thérapeutique des parents, le soutien et expertise parentale, l'accompagnement dans le portage, et les co-occupations. Concernant les prises en soins axées sur le nouveau-né on retrouve : le dépistage précoce, l'alimentation, le positionnement, les stimulations positives dans l'environnement de l'enfant (Annexe11).

### **Les freins et leviers dans la pratique**

Les ergothérapeutes ont relevé les freins qu'ils rencontrent régulièrement dans leur pratique professionnelle. Les ressources budgétaires limitées sont relevées comme les freins étant le plus souvent rencontrés (ratio de 5/6). La limite de temps passé en service est également souvent mentionnée (ratio 4/6). Les ergothérapeutes soulignent également le manque de formation, la non-connaissance de la profession et le glissement de champs de compétences (ratio de 2/6) (Annexe 12A et 12B). L'impact des freins sur la pratique des ergothérapeutes est en moyenne de 7,6/10 (Annexe 13). Les ergothérapeutes déclarent donc que les freins ont un impact assez important sur leur pratique.

Les freins et obstacles, identifiés par les ergothérapeutes, mais non rencontrés dans leur pratique, sont le manque de formation, les ressources budgétaires et la non-connaissance de la

profession d'ergothérapeute (ratio de 5/6). Les ergothérapeutes ont identifié la limite de temps passé en service (ratio de 3/6), et les glissements de champs de compétences (ratio de 2/6).

Afin de lever ces freins, les ergothérapeutes ont identifié plusieurs leviers : la promotion du métier d'ergothérapeute, engager et former des ergothérapeutes, augmenter les Education Thérapeutique des Patients (ETP), proposer plus de cours aux IFE, sensibilisation auprès des services, publier, écrire, partager l'importance du rôle de l'ergothérapeute en service de réanimation néonatale en se basant sur la littérature et les écrits des pays voisins et outre-Atlantique.

### **Le travail pluridisciplinaire**

Les ergothérapeutes collaborent tous avec des médecins pédiatres et des kinésithérapeutes (ratio de 6/6). La collaboration peut également se faire avec des infirmiers et auxiliaires de puériculture (5/6), des psychologues, des assistantes de service social et des éducateurs spécialisés (4/6) mais également avec des psychomotriciens (2/6). De manière plus isolée, un ergothérapeute travaille avec des orthophonistes, des podologues, des dentistes et des médecins Oto-Rhino-Laryngologistes (ORL). La collaboration pluridisciplinaire peut être mise en place via des consultations et des conseils auprès d'autres professionnels (ratio de 5/6), mais également par la mise en place de prises en soins individualisées et de réunions pluridisciplinaires (ratio de 4/6). Le développement de protocoles des soins et le suivis post-hospitalisation en collaboration pluridisciplinaire peuvent également être mis en place (ratio de 3/6). De façon plus isolée, les ergothérapeutes suivent des formations pluridisciplinaires (ratio de 2/6).

Selon les ergothérapeutes interrogés, le ressenti des autres professionnels concernant leur légitimité en néonatalogie est en moyenne de 7,6/10 avec une valeur extrême minimale de 4/10 et une valeur extrême maximale de 10/10 (Annexe 14). De manière générale, les autres professionnels de santé en néonatalogie ont une représentation assez pertinente du rôle de l'ergothérapeute. Concernant le ressenti des ergothérapeutes sur la reconnaissance de leur profession en néonatalogie, ces derniers sont moyennement satisfaits avec une note moyenne de 6/10 (Annexe 15). Les ergothérapeutes ont pu identifier des leviers pouvant permettre le développement et l'intégration de leur pratique en néonatalogie. Ils ont pu identifier la meilleure manière de présenter les compétences des ergothérapeutes aux équipes, la participation à des congrès sur la néonatalogie, l'implication des ergothérapeutes dans les projets de recherche, le développement de la pratique des ergothérapeutes en néonatalogie, la création de groupes de

travail pluridisciplinaire et la communication sur la pertinence des ergothérapeutes en néonatalogie.

### **1.3.11 Analyse critique du dispositif d'enquête**

Plusieurs critiques peuvent être émises sur ce questionnaire.

#### **Biais méthodologiques**

La méthode de construction de l'échantillon présente plusieurs biais.

La recherche d'ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion s'est faite par exploration de leurs profils professionnels sur différentes plateformes en ligne, via la méthode d'échantillonnage par convenance. Ainsi, cette méthode de recherche n'inclut que les ergothérapeutes ayant une forte présence en ligne et excluant ceux moins visibles. De plus, cette méthodologie de recherche de l'échantillon d'ergothérapeute présente un biais de sélection, dans la mesure où nous avons sélectionné les profils d'ergothérapeutes nous paraissant correspondre le plus aux critères d'inclusion. De même, l'envoi du dispositif d'enquête par mail présente un biais de convenance. En effet, le nombre de réponses est conditionné par la réactivité et disponibilité des ergothérapeutes. Enfin, des flyers de participation au dispositif d'enquête ont été publiés sur des groupes de réseaux sociaux d'ergothérapeutes. Cette méthode de recrutement présente un biais de volontariat, puisqu'elle ne permet de sensibiliser uniquement les ergothérapeutes présents sur ces plateformes et ayant une affinité avec les réseaux sociaux (32).

#### **Biais de réponses**

Seulement 6 ergothérapeutes ont répondu au dispositif d'enquête. L'échantillon de réponses recueillies n'est pas représentatif de la réalité de l'ensemble des ergothérapeutes travaillant en néonatalogie. Ainsi ici nous sommes soumis au biais de non-réponse (32). Cependant, l'ergothérapie en néonatalogie étant un domaine émergent, cela explique donc, en partie, le manque de réponse obtenues.

Les questions sur les freins, et la collaboration interdisciplinaire sont celles ayant montré des résultats assez hétéroclites. Les modalités de réponses, comme des échelles de pertinence ou encore des questions ouvertes, auraient pu être réfléchies différemment pour approfondir les réponses obtenues. En effet, les questions ouvertes permettent aux participants d'exprimer leurs idées de manière détaillée. Les échelles de pertinence permettent d'évaluer numériquement l'utilité et la pertinence de phénomènes. Ainsi, au lieu d'interroger les freins à la pratique et la

collaboration interdisciplinaire de manière globale, nous aurions pu évaluer numériquement chaque composante de ces dernières, grâce à l'échelle de pertinence, tout en offrant la possibilité, aux participants, de développer leurs réponses grâce aux questions ouvertes.

### **Biais de posture**

Il a été assez compliqué de tenir une posture de chercheur parfaitement neutre sans interprétation des résultats. La formulation des questions de la matrice a été modifiée à plusieurs reprises afin d'éviter les questions orientées et ainsi minimiser les biais de convenance (32). De plus, l'analyse et la rédaction des résultats ont été revues plusieurs fois afin d'être le plus neutre possible et ne pas extrapoler.

## **1.4 Problématisation pratique**

Suite à l'analyse des résultats obtenus, plusieurs problématiques nous apparaissent. Pourquoi les ergothérapeutes ressentent-ils une insatisfaction concernant le temps passé en service alors qu'ils jugent la qualité de leur prise en soins comme pertinente ? Quels sont les moyens utilisés pour les différents axes d'intervention ? Pourquoi existe-t-il une différence entre freins observés dans la pratique au quotidien et les freins limitant la pratique en général ? Quels ont été les moyens mis en place dans la pratique pour observer une telle différence ? Pourquoi les ergothérapeutes ne sont-ils pas satisfaits de la considération qui leur est apportée, alors que, selon eux, les autres professionnels de santé reconnaissent leur profession comme pertinente ?

Ainsi, ces problématiques pratiques soulèvent de nouvelles questions.

### **1.4.1 Synthèse de la problématique pratique**

Ainsi, au vu des différents résultats obtenus lors de l'enquête, plusieurs problématiques pratiques ont pu être développées. Une première hypothèse est le faible nombre de réponses des ergothérapeutes au questionnaire. Nous pouvons supposer qu'en raison du faible effectif, la tendance des résultats soit plutôt dispersée.

Actuellement, plusieurs questions sont encore sans réponse. Cependant, de nouvelles interrogations émanent de la problématique pratique. Une majorité d'ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire n'exerce pas en milieu hospitalier (ratio de 4/6). La disparité dans les réponses pourrait-elle venir de la différence entre le milieu hospitalier et non hospitalier ?

Nous nous interrogeons sur la nécessité de préciser, dans la problématique professionnelle, le domaine d'exercice. Il pourrait être pertinent de s'interroger sur la pratique des ergothérapeutes

exerçant hors milieu hospitalier, ne bénéficiant, donc, pas des avantages de ce type de structure, notamment en termes de budget et d'accès plus simple à une équipe pluridisciplinaire.

## **1.5 Méthodologie de la revue de littérature**

Ainsi, afin d'avoir un point de vue plus général sur les connaissances scientifiques et professionnelles en lien avec l'ergothérapie et la néonatalogie, nous réalisons une revue de littérature.

### **1.5.1 Bases de données**

Pour trouver de la documentation sur ce thème, nous avons identifié plusieurs bases de données en lien avec les champs disciplinaires évoqués précédemment : les sciences médicales, les sciences paramédicales, et les sciences de l'occupation. En ce qui concerne les bases de données médicales et paramédicales, nous choisissons *Pubmed*, *Taylor & Francis*, *IU Libraries Journal* et *Science directe*. Pour les bases des données en sciences de l'occupation, nous sélectionnons *Sage Journal* et *Cairn* qui inclut des journaux en sciences de l'occupations mais pas seulement (Annexe 16). Enfin, nous n'avons pas utilisé des bases de données comme *Google Scholar* puisque celles-ci sont assez généralistes et ne fournissaient pas de résultats assez ciblés au vu de notre thème de recherche.

### **1.5.2 Equation de recherche**

Par la suite, nous sélectionnons des mots clés afin de pouvoir définir l'équation de recherche. En utilisant les termes *Medical Subject Headings* (MESH) sur *He top*, nous identifions plusieurs mots-clés contrôlés : Ergothérapeute, professionnel de santé, néonatalogie, unité de soins intensifs pédiatriques. Les termes MESH sont des termes standardisés pouvant regrouper, dans les bases de données, plusieurs termes scientifiques appartenant à un même concept.

Nous créons par la suite une équation de recherche en utilisant des opérateurs booléens tels que ET (*AND*) et OU (*OR*) et des troncatures (\*). Les opérateurs booléens ET (*AND*) et OU (*OR*) permettent de n'afficher que les articles contenant les mots clés sélectionnés. La troncature (\*) permet de remplacer certaines lettres d'un mot pour permettre d'élargir la recherche à des mots ayant le même radical. Les troncatures ont été choisies afin de pouvoir sélectionner les différents mots ayant le même radical que ergothérap\* (*occupational therap\**), c'est-à-dire, ergothérapie, ergothérapeute, (*occupational therapist, occupational therapy*). Les opérateurs booléens et troncature permettent ainsi de filtrer la recherche, n'affichant que les articles les plus pertinents. L'équation de recherche définie est donc la suivante :

Ergothérap\* ET (néonatalogie OU « soins intensif pédiatriques ») ;

(*occupational therap\**) AND (*NICU*).

Ici, nous avons fait le choix de modifier notre équation de recherche en anglais et de remplacer *neonatal intensive care unit* par son acronyme *NICU*. En effet, lors de nos recherches bibliographiques, nous avons remarqué que la majorité des articles utilisent directement l'acronyme *NICU* pour mentionner les services de néonatalogie. Afin, d'obtenir plus de résultats durant nos recherches, nous décidons d'utiliser l'acronyme dans notre équation de recherche.

### **1.5.3 Filtre de recherche, critères d'inclusion et d'exclusion.**

La recherche bibliographique se limitera aux articles scientifiques ou professionnels écrits en anglais et/ou français et datant de 10 ans et moins. L'ergothérapie en néonatalogie étant une discipline émergente, il semblerait pertinent de ne pas limiter la recherche en termes de date de parution des articles. Cependant, des articles trop anciens ne seraient peut-être plus en accord avec les connaissances scientifiques actuelles. C'est pourquoi notre recherche se limitera aux articles datant de 10 ans et moins.

Sur chaque base de données, nous sélectionnons des filtres en fonction de la date de parution et du type scientifique et/ou professionnel des articles. Une fois les filtres ajoutés, nous sélectionnons les articles en fonction de leur résumé, puis faisons une seconde sélection en fonction des titres.

Ainsi après avoir mené ces différentes sélections, nous avons retenu les articles qui constitueront notre revue de littérature (Annexe 16). Certains articles ont été trouvés sur des bases de données différentes. Nous avons donc décidé d'afficher, sur notre tableau de bases de données, un total d'articles sélectionnés avec et sans doublon (Annexe 16).

### **1.5.4 Revue de littérature**

Suite à nos recherches bibliographiques, nous avons pu identifier dix articles. Parmi ces derniers, nous identifions trois articles provenant du Royaume Uni. Les revues dans lesquels ils sont publiés, présentent un niveau de rigueur scientifique élevé et possède un score de *Scientific Journal Rankings (SJR)* se situant entre Q1 et Q2.

Un article provient de la littérature brésilienne. Cet article est publié dans une revue brésilienne et possède une rigueur scientifique plus faible, correspondant à un score *SJR* de Q3.

Deux de nos articles proviennent de la littérature américaine. Ces revues possèdent un score *SJR* compris entre Q1 et Q2.

De plus, certains articles sélectionnés correspondent à de la littérature professionnelle. Parmi eux, nous en avons relevé quatre : un français, un anglais et deux américains.

Suite à cela, nous avons analysé et comparé les résultats de ces articles (Annexe 17). Cette analyse nous a permis d'identifier différentes sous thématiques communes. Nous avons également fait ressortir plusieurs questionnements suite à l'éclairage que nous a apporté l'analyse de la revue de littérature.

### **Les co-occupations**

Les co-occupations sont des activités significatives impliquant la participation des parents et de leur enfant. L'article de Richter M., Angell A., Kellner P., Smith J., Pineda R étudie ce phénomène en contexte d'hospitalisation en service de néonatalogie (33). Fraga E., Da Silva Dittz E., Guimaraes Machado L ainsi que Cardin D.A explorent à travers leurs articles la construction et la perception des occupations du point de vue des parents (34, 35).

En service de néonatalogie, on retrouve de nombreuses co-occupations à visée sensorielle : soins peau à peau, toucher, massage de l'enfant, etc. L'étude de Richter, Angell, Kellner, Smith, et Pineda a cherché à explorer la relation pouvant exister entre la participation à des co-occupations sensorielles entre un enfant et ses parents et un enfant et les professionnels de santé du service de néonatalogie. Les résultats ont montré que lors des co-occupations partagées avec les parents, les enfants étaient décrits comme plus alertes. De leur côté, les parents ont rapporté ressentir des niveaux de stress et d'anxiété inférieurs lors des participations aux actes de soins. Ces résultats soulignent l'importance de la présence parentale auprès de leur enfant pour son neurodéveloppement. De même, la participation des parents durant les soins, peut les aider à reconnaître leurs compétences à prendre soin de leur enfant (33).

Permettre de faire prendre conscience aux parents qu'ils sont en mesure de s'occuper de leur enfant a un impact positif sur la représentation qu'ils ont de leur parentalité. En effet, la participation aux actes de soins peut être un renforçateur de leur rôle de parent. Comme le montre l'article de Fraga, Da Silva Dittz, et Guimaraes Machado, l'implication des parents, et notamment des mères, dans les soins de leur enfant permet de favoriser la création du lien d'attachement et donc d'avoir un impact positif sur la parentalité. L'environnement architectural du service de néonatalogie, les soins invasifs réalisés, sont autant de facteurs

pouvant limiter la présence des parents auprès de leur enfant et la manière de s'en occuper. Cela peut perturber les liens d'attachement avec l'enfant et la représentation que les parents se font de leur rôle. Il est donc important de favoriser les opportunités pour permettre aux parents d'être présents auprès de leur enfant et de se sentir impliqués dans la prise en soins de celui-ci (34).

Cardin, nous apprend que la présence des parents auprès de leur enfant, même en dehors des temps d'actes de soins, permet à ces derniers d'accéder à de nombreuses co-occupations non sensorielles. En effet, dans certains services de néonatalogie, les parents rapportent partager des activités basiques du quotidien avec leur enfant. Parmi ces activités on retrouve la décoration la chambre d'hôpital, l'entretien du lit, les discussions et regards avec l'enfant, faire des câlins, communiquer avec les proches, interpréter ses comportements (35). Lorsque les parents sont interrogés sur ces occupations, nombre d'entre eux mentionnent ce qui est appelé les occupations invisibles (35). Les occupations invisibles regroupent les routines que nous mettons en place et que nous réalisons de façon automatique, sans s'en être conscients, avant de réaliser nos occupations (36). On remarque que les familles mettent en place, spontanément, des routines dans leur quotidien en service de néonatalogie. Une vraie vie de famille se développe entre les parents et l'enfant, allant bien au-delà des soins de bases comme le toucher thérapeutique, la toilette ou encore l'alimentation (35).

A la lecture de ces articles, plusieurs questionnements émergent. Quels sont les bénéfices des co-occupations sur les différentes sphères de développement de l'enfant ? Quels sont les facteurs facilitants permettant l'implication des parents dans les prises en soins de leur enfant ? Comment sensibiliser les parents à l'importance de leur participation dans les soins de leur enfant ? Comment les occupations dites invisibles permettent la construction d'une vie familiale en service de néonatalogie ? Comment les routines familiales, en service de néonatalogie, peuvent-elles être encouragées par les professionnels de santé et l'institution ? Comment les aménagements de l'environnement physique et technologique, pourraient permettre de développer l'accès aux co-occupations par les familles ? Enfin, comment adapter les différentes prises en soins pour permettre un engagement maximal des parents ?

### **Les programmes de soins en service de néonatalogie**

Afin que les parents puissent être au centre de la prise en soins de leur enfant, des programmes de soins ont été développés : les soins centrés sur la famille. A travers leurs articles, de nombreux auteurs développent différentes approches des soins centrés sur la famille. C'est la cas de Roué, Kuhn, Lopez Maestro, Agnethe Maastrup, Mitanchez, Westrup, et al. D'autres

auteur comme Buehler, ainsi que Coutts, Woldring, Pederson, De Salaberry, Osioovich, Brotto apportent également leur contribution. Lui Y, Li Z-f, Zhong Y-h, Zhao Z-h, Deng W-x, Chen L-l, et al., proposent des apports qui viennent compléter les travaux précédents (37, 38, 39, 40).

Dans leur étude, Roué, Kuhn, Lopez Maestro, Agnethe Maastrup, Mitanchez, Westrup, et Sizun définissent le programme des soins centrés sur la famille comme une stratégie non médicamenteuse reposant sur la participation des proches, ayant pour but de prévenir les impacts sur le développement du nouveau-né en service de néonatalogie. Parmi ces principes on retrouve : l'accès continu en service de néonatalogie pour les parents, le soutien psychologique parental, la mise en place d'un environnement favorable, la gestion de la douleur, le contact peau à peau, le maintien postural, la protection du sommeil et l'allaitement (37).

En effet, rendre le service accessible 24h/24 pour la famille, malgré les contraintes institutionnelles (réunion de staff, heures de visites, ...) et physiques (espaces de vie restreints et peu intimistes, environnement lumineux et sonores atypiques, couveuses, ...) permet aux parents de se sentir inclus dans le quotidien de leur enfant, au-delà des prises en soins. De même, en rendant l'environnement plus accessible et favorable, les parents sont plus à même de partager des moments de meilleure qualité avec leur enfant. La présence des parents auprès de leur enfant, à n'importe quel moment de la journée, est un droit. Ainsi le débat autour de l'accessibilité du service par la famille fait sens (37).

Un environnement de vie favorable pour les enfants est également préconisé. En effet, la lumière et les sons du service peuvent avoir un impact sur le sommeil de l'enfant et donc sur son neurodéveloppement. De même, les couveuses avec les câbles peuvent provoquer des mauvaises postures et, sur le long terme, favoriser le développement d'anomalies du tonus musculaire, et/ou déformations musculosquelettiques. C'est pourquoi le maintien postural est un axe important du programme. Le regroupement et la flexion du nourrisson peuvent permettre un accès facilité entre sa main et sa bouche, favorisant l'exploration de la sphère orale et facilitant le regroupement sur la ligne médiane du corps (37).

La présence d'un soutien psychologique pour la famille est indispensable afin de les accompagner durant cette expérience qui peut être vécue comme traumatisante et affecter le lien d'attachement. En effet, en service de néonatalogie, le lien qui pousse les parents à s'occuper de leur enfant est fortement entravé (37).

La gestion de la douleur est un principe fondamental des soins centrés sur la famille. Parmi les techniques non médicamenteuses de gestion de la douleur on retrouve notamment, l'allaitement maternel et le peau à peau. Cependant, pour pouvoir mettre en place ces techniques, la présence des parents est indispensable, ainsi qu'un environnement favorable et adapté. L'allaitement présente des bénéfices sur le neurodéveloppement des enfants. Le peau à peau permet, entre autres, de favoriser le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents (37).

L'article de Buehler D nous permet de constater que le *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) se base également sur les approches décrites ci-dessus (38). Le NIDCAP souligne que chaque composante, les parents, le nouveau-né, les professionnels de santé mais également l'environnement physique, peuvent entrer en interaction avec une autre et s'influencer mutuellement, de manière positive comme négative (38).

L'article de Coutts S., Woldring A., Pederson A., De Salaberry J., Osiovič O., Brotto LA s'intéresse plus particulièrement à la pratique du *Kangaroo Care* (KC) (39). Le peau à peau s'inscrit dans la pratique du KC. Le KC s'inscrit dans les soins pouvant être menés dans les services de néonatalogie, quelle que soit la pathologie de l'enfant. Cette approche stipule que le torse de la mère devient le lieu de soin. Le KC permet ainsi un contact peau à peau précoce et de façon continue, sur de longues périodes, entre la mère et son enfant. Ce soin permet notamment une réduction du stress de l'enfant, une interaction sociale positive entre les parents et leur enfant, et favorisant les liens d'attachement précoce. Le KC permet également de favoriser la transition du nouveau-né vers la vie extra-utérine. Le développement neurologique, la régulation physiologique et le comportement à court et à long terme sont également favorisés. Cependant, dans la pratique, de nombreux freins limitent cette approche (39). C'est ce que les auteurs ont essayé de mettre en évidence dans leur article. De nombreux facteurs limitant la mise en place du KC ont été identifiés : l'environnement, les croyances des professionnels, les pratiques cliniques et la présence des parents.

Les professionnels ont des croyances plutôt positives concernant le KC. Cependant, ils sont un peu plus sceptiques en ce qui concerne la mise en pratique de cette méthode. L'environnement est le facteur limitant principal. Le manque d'espace, la non-disponibilité de chambres individuelles, l'absence de chaise d'allaitement, sont tout autant de facteurs pouvant freiner la mise en place de cette pratique. La présence des parents peut être perçue comme une contrainte. En effet, certains professionnels de santé ont affirmé être réticents à la présence permanente des parents en service si l'espace est limité. Les différentes visions anthropologiques que les

familles peuvent porter sur le soin sont également des facteurs auxquels les professionnels peuvent être confrontés lors de la mise en place du KC (39).

Lui Y, Li Z-f, Zhong Y-h, Zhao Z-h, Deng W-x, Chen L-l, Liu B-b, Du T-j, Zhang Y ont montré, dans leur article, que malgré la présence de facteurs pouvant limiter la mise en place d'approches précoces, celles-ci restent importantes à prendre en compte dans le parcours de soins de l'enfant (40). En effet, la mise en place de prises en soins précoces en services de néonatalogie augmente les résultats cliniques sur le court terme. L'étude montre une réduction de temps d'hospitalisation de 39,18 jours pour le groupe ayant reçu une intervention précoce contre 47,45 jours pour le groupe contrôle. L'exposition à la musique, au toucher thérapeutique, à des stimulations visuelles sont des interventions pouvant être menées. Celles-ci participent activement au développement des fonctions neuromotrices, fonctions gastro-intestinale, système cardiovasculaire ou encore la structuration du cerveau aux niveaux cognitif et comportemental (40).

Comme vu précédemment, la mise en place de programmes de soins précoces est essentielle pour l'enfant. Cependant, dans son ouvrage, Granier M met en lumière l'importance du suivi post hospitalisation néonatale (41). En effet, une fois l'hospitalisation en service de néonatalogie terminée, le parcours de soin ne doit pas pour autant s'arrêter (41).

L'article de Granier montre que la sortie de l'hôpital est une période difficile pour nouveau-né et ses parents (41). La découverte d'un nouveau quotidien, de nouvelles routines et de nouveaux rôles sociaux peut être stressante pour la famille. C'est pourquoi, l'anticipation et la préparation de la sortie du service de néonatalogie est une thématique qui préoccupe les professionnels du service. De plus, les nouveau-nés pris en charge en service de néonatalogie présentent des risques majorés de troubles du développement. En effet, dans l'article de Larroque, mentionné par Granier, il est identifié que le risque de présenter des troubles du développement est deux à trois fois plus élevé chez les enfants hospitalisé en néonatalogie (42). Il est donc important pour ces enfants de bénéficier d'un suivi rigoureux et régulier en fin d'hospitalisation. En fin de prise en soins hospitalière, des structures de la petite enfance prennent le relais. Parmi ces structures on retrouve notamment les Protections Maternelles Infantiles (PMI), les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ou encore les Hospitalisations A Domicile (HAD). Des réseaux de suivi des nouveau-nés ou des associations peuvent également prendre part à l'accompagnement des parents. (41)

A la lecture de cet article, plusieurs questions peuvent être soulevées. Comment penser l'aménagement du service pour concilier soins et espaces de vie permettant l'interaction des parents avec leur enfant ? Comment adapter le programme de soins centrés sur la famille aux familles présentant des contraintes spécifiques comme l'éloignement géographique, ou encore le travail ? De même, comment arriver à maintenir une dynamique familiale en service de néonatalogie ? Quels sont les impacts psychologiques sur le lien d'attachement ? Quels sont les moyens pour prévenir l'épuisement des parents tout en encourageant leur participation ? Quels sont les impacts des programmes de soins centrés sur la famille sur la parentalité ? La présence d'espaces de transition entre l'hôpital et l'extérieur permettrait-il d'assurer une meilleure continuité des soins post-hospitalisation ? Enfin, comment la collaboration entre les professionnels renforce-t-elle l'efficacité des programmes de soins centrés sur la famille ? Par quels moyens l'aménagement de l'environnement du service peut-il favoriser la collaboration entre les parents et les professionnels de santé ?

### **L'approche interdisciplinaire**

L'article de Nery Borges, Snider, Camelo, Boychuck, Khodary, Goldschleger et Majnemer discute du rôle des professionnels de réhabilitation dans les services de néonatalogie canadien au XXIème siècle (43). Le travail interdisciplinaire en service de néonatalogie est essentiel pour assurer une prise en soin optimale des nouveau-nés. Les professionnels ont observé une modification des pratiques en service, en rapport avec des nouvelles approches, et recommandations (43). De plus les professionnels ont plus de temps à consacrer en service de néonatalogie. En effet, le développement des approches interdisciplinaires au sein des équipes de soins permet une meilleure répartition des tâches. Au Canada, le développement de professions tels que les orthophonistes, ergothérapeutes ou encore les kinésithérapeutes, en service de néonatalogie, permet une gestion plus fluide des besoins spécifiques nécessitant des interventions adaptées et spécialisées (43). Il est nécessaire, l'ensemble des professionnels d'avoir une compréhension claire des capacités de développement et vulnérabilités des enfants hospitalisés en néonatalogie (43).

### **Rôle de l'ergothérapeute**

Craig, Carroll, Ludwig, Sturdivant, et Boop discutent du rôle de l'ergothérapeute en service de néonatalogie (44). Les ergothérapeutes se doivent d'avoir une compréhension et maîtrise de l'environnement et de ses impacts sur les enfants et familles en service de néonatalogie (44). L'environnement peut avoir des retentissements sur la mise en place de programmes de soins

et sur le développement de l'enfant (39, 40). Ainsi, les ergothérapeutes pourraient intervenir à ce niveau et agir comme facilitateurs pour la mise en place de ces pratiques. L'ergothérapeute pourrait également intervenir dans la mise en place d'espaces permettant la réalisation des soins et l'accès aux co-occupations, favorisant ainsi la collaboration entre les parents et les professionnels de santé. De même, avec leurs connaissances sur les occupations humaines, les ergothérapeutes peuvent intervenir auprès des parents pour faciliter la mise en place des occupations et co-occupations (44, 33-35). L'ergothérapeute peut être un moyen facilitateur permettant le développement des co-occupations en service de néonatalogie et ainsi favoriser le développement de routine familiale (33-35). Un des rôles des ergothérapeutes pourrait être de sensibiliser les professionnels de santé à l'impact des occupations sur les rôles sociaux des parents, leurs retentissements sur la parentalité et sur le lien d'attachement avec leur enfant et ainsi de renforcer l'efficacité des programmes de soins centrés sur la famille (44).

Ainsi plusieurs questionnements sont soulevés par les deux paragraphes précédents. Comment les différences de formations et culture professionnelle influencent-elles la pratique interdisciplinaire en néonatalogie ? De plus, quelles compétences relationnelles et organisationnelles sont nécessaires pour une collaboration réussie ? Dans quelles mesures les nouvelles approches et recommandations peuvent modifier les pratiques professionnelles favorisant ou non les pratiques collaboratives ?

De même, comment les perceptions des professionnels influencent-elles la reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute en service de néonatalogie ? Comment la collaboration entre les parents et l'ergothérapeute peut permettre de concevoir des environnements favorables au développement des co-occupations et vie familiale ? Comment le développement des interventions en ergothérapie auprès des familles permet de renforcer son rôle en service de néonatalogie ? Par quels moyens les ergothérapeutes peuvent-ils sensibiliser les professionnels à l'importance des co-occupations ? Dans quelles mesures les collaborations pluri-hospitalières nationales ou internationales permettraient d'inspirer le développement du rôle de l'ergothérapeute en service de néonatalogie ?

### **1.5.5 Synthèse de la problématisation pratique**

Des premiers questionnements émergent de cette revue de littérature. Dans un premier temps, nous observons que les études s'intéressant aux soins centrés sur la famille, se focalisent majoritairement sur la mère. Cependant qu'en est-il du rôle du père ? Ainsi quels pourraient être les facteurs facilitants permettant l'implication des deux parents dans les prises en soins de leur enfant ? Comment sensibiliser les parents à l'importance de leur participation commune

dans les soins de leur enfant ? Enfin, comment les routines familiales, en service de néonatalogie, peuvent-elles être encouragées par les professionnels de santé et l'institution ?

En ce qui concerne les programmes de soins en néonatalogie, comment penser l'aménagement du service pour concilier soins et espaces de vie permettant l'interaction des parents avec leur enfant ? Quels sont les impacts des programmes de soins centrés sur la famille sur la parentalité ? Comment la collaboration entre les professionnels renforce-t-elle l'efficacité des programmes de soins centrés sur la famille ?

Pour finir, par quels moyens les ergothérapeutes peuvent-ils contribuer à sensibiliser les professionnels à la valeur des co-occupations ? Quels sont les outils pouvant être utilisés de façon collaborative afin de favoriser les approches centrées sur la famille ? Enfin, comment le développement des interventions en ergothérapie auprès des familles permet-il de renforcer son rôle en service de néonatalogie ?

### **1.5.6 Question initiale de recherche**

De nos questionnements, découle une question initiale de recherche :

*Dans quelles mesures la collaboration pluridisciplinaire favorisant l'accès aux co-occupations, en néonatalogie, influence-t-elle le lien d'attachement entre les parents et leur enfant ?*

## **1.6 Concepts**

Grâce à la question initiale de recherche, nous identifions trois concepts théoriques. Ces concepts ont pour but de nous apporter des apports théoriques sur la situation et d'en sortir une définition commune. Les concepts ont été modélisés sous la forme d'une matrice conceptuelle où les principaux éléments théoriques ont été synthétisés (Annexe 18).

### **1.6.1 Co-occupations**

Notre question initiale de recherche questionne l'accès aux occupations en service de néonatalogie. Il peut être pertinent de s'intéresser au concept de co-occupation, développé par les sciences de l'occupation. L'utilisation du champs disciplinaire des sciences de l'occupation permettra de comprendre dans quelles mesures l'accès aux co-occupations peut influencer le bien-être et le développement des individus.

L'occupation est le concept clé de la pratique en ergothérapie (45). Les occupations sont des phénomènes difficiles à expliquer et à étudier (45). Ainsi, plusieurs auteurs ont essayé de définir ce terme.

La définition la plus récente est celle de la WFOT, publiée en 2021 (45). Elle définit les occupations comme les « activités quotidiennes que les gens font en tant qu'individus, en famille et avec les communautés pour occuper le temps et donne un sens et un but à la vie » (45).

Selon Caire JM, et Poriet G, les occupations sont influencées par les habiletés physiques, cognitives et sociale de la personne qui les réalise (46). En effet, les capacités motrices et cognitives d'une personne sont étroitement liées à la manière dont cette dernière réalise certaines tâches. Ainsi, des handicaps et déficits peuvent limiter l'accès à certaines occupations. De plus, l'environnement physique et social influence également les occupations (46). Une même occupation réalisée par deux personnes différentes, dans des lieux différents, avec une culture différente n'aura pas la même symbolique et ne sera pas réalisée de la même manière (46). Prenons l'exemple de la pratique alimentaire chez l'enfant. Perez P. a réalisé une étude comparative sur les différences dans les pratiques alimentaires infantiles (47). Elle a mis en évidence qu'à 6 mois, la consommation de légumineuse et des fruits oléagineux, des enfants, évolue fortement selon les pays : elle est très faible en Norvège (moins de 6%), contrairement au Brésil (39 à 60%) ou en Inde (71 à 91%) (47). Cela rend unique une même occupation réalisée par deux personnes différentes. Les occupations sont organisées en routines et habitudes de vie, selon les rôles sociaux que les personnes investissent (46). Pierce définit l'occupation comme une expérience individuelle unique vécue dans des conditions temporelles, socio-culturelles et spatiales identifiées. Une occupation possède une cadence, un début et une fin et peut être vécue de façon partagée ou solitaire (48).

Suite à cette définition, Pierce, Mahoney et Roberts identifient la notion de co-occupation (48, 49). Ils définissent les co-occupations comme des expériences occupationnelles liées par le partage de fortes interactions entre différents participants. Les co-occupations forment une dyade entre les participants et façonnent, de façon interactive, l'expérience que ces derniers partagent (50). Selon plusieurs auteurs, l'interaction entre les participants est un des éléments fondamentaux de la définition des co-occupations (49, 50, 51). A cette définition, Zemke et Clark ajoutent la notion de participation active. Selon ces auteurs, les participants doivent vivre l'activité de façon active pour que celle-ci soit reconnue comme une co-occupation. De son côté, Pierce affirme qu'une activité ne peut pas être considérée comme une co-occupation si les interactions des participants ne sont pas équitables (48). Zemke et Clark ajoutent également que les co-occupations sont les activités le plus fondamentalement sociales (52).

D'autres auteurs précisent que les co-occupations sont caractérisées par des éléments partagés spécifiques. Mahoney et Roberts, ainsi que Pickens et Pizur Barnekow définissent les co-occupations comme une interaction d'émotions, d'intentions et de physicalité entre les participants (49,53). Une co-occupation est caractérisée par une action physique réciproque, des objectifs communs et une réactivité émotionnelle réciproques (46). Ainsi, les comportements moteur, émotionnel et les objectifs, des participants, seraient directement liés et en perpétuelle interaction (53). Les phénomènes de réciprocités se déroulant entre les participants sont caractérisés comme fluides et pouvant à n'importe quel moment influencer ceux des autres participants. Ces différentes composantes peuvent se manifester à différents degrés dans les co-occupations. Cependant, la notion de temps est indissociable de la réciprocité entre ces composantes. Pour que ces composantes puissent interagir, elles doivent agir sur un même intervalle temporel et physique (53).

Pickens et Pizur Barnekow affirment également qu'une co-occupation doit avoir un sens commun même si celui-ci peut évoluer au fur et à mesure des interactions (53). Van Nes F., Jonsson H., Hirschler S., Abma T., Deeg D stipulent que le sens se co-construit à travers les échanges entre participants (54). Pour eux, le sens est co-construit, partagé mais vécu de façon personnelle. Selon Pierce, le sens partagé n'est pas essentiel à la définition de co-occupation car le sens est directement intégré à cette expérience. En effet, les occupations, incluant les co-occupations, sont, à l'origine, des événements porteurs de sens pour les personnes (55).

Pour résumer, le concept de co-occupation peut être défini comme l'engagement occupationnel de plusieurs personnes où l'action de chacun influence l'autre.

Ainsi, pour approfondir ce concept de dyade, il peut être intéressant de s'intéresser à la théorie de l'attachement qui identifie comment les liens affectifs, entre un enfant et ses parents, peuvent avoir une influence sur son développement futur.

### **1.6.2 Théorie de l'attachement**

Notre question initiale de recherche questionne le lien d'attachement entre les parents et leur enfant. Il peut être pertinent de s'intéresser à la théorie de l'attachement, développée par les sciences de la psychologie du développement. L'utilisation du champs disciplinaire de la psychologie du développement permet de comprendre les bases qui sous tendent la formation des liens affectifs et leurs impacts sur le développement des individus. Ici, nous n'étudierons que les théories développées dans le cadre de couples hétéroparentaux, puisqu'il existe peu de données dans la littérature s'intéressant aux couples de parents homosexuels.

Selon Emery J. dans son ouvrage « Théorie de l'attachement parent-enfant », l'attachement qui unit les parents et leur enfant se caractérise comme un lien d'affection entretenu par l'enfant à l'égard de ses parents. Ce lien se développe dans la mesure où une personne considérée comme vulnérable, ici l'enfant, cherche à se lier avec une personne plus forte, ici les parents, afin de lui apporter réconfort et protection. La capacité de lien d'attachement est rendue possible grâce au système d'attachement. En sociologie, ce système est reconnu pour assurer la survie d'un individu. Dans la triade parents-enfant, ce système a pour but de réguler les comportements de l'enfant servant à obtenir la proximité avec ses parents. Dès la naissance, l'enfant est programmé pour rechercher un contact physique avec son donneur de soins, qui est dans la majorité des cas ses parents. Ces comportements sont regroupés en comportements d'orientation (regard, orientation de la tête), signalisation (pleurs, sourire, babillage) et de proximité physique (succion, agrippement) (56).

L'attachement se développe progressivement durant l'enfance, de 0 à 6 ans. Bowlby démontre quatre phases d'attachement : phase de pré attachement, phase d'attachement, phase d'exploration, phase de la formation d'un partenariat (57). Nous ne développerons pas cette dernière phase. Celle-ci s'intéresse aux enfants d'âge préscolaire, ce qui ne traite pas de notre sujet.

#### Phase de pré attachement :

La phase de pré attachement s'étale de la naissance au 3<sup>ème</sup> mois de vie de l'enfant. Les comportements d'attachement évoqués plus haut, lui permettent de moduler ses échanges sociaux. Chacun de ses comportements sont susceptibles d'influencer les comportements de ses donneurs de soins. Par exemple, plus un enfant regarde une personne, plus la probabilité que celle-ci s'approche de lui est forte. Cependant, à ce stade de développement, l'enfant ne sait pas encore discriminer l'orientation de ses messages à un adulte en particulier. L'enfant se comporte de façon similaire avec l'ensemble des adultes de son entourage, même s'il arrive à reconnaître ses parents. Le simple fait d'entendre la voix ou de voir le visage d'une personne peut suffire à calmer les pleurs d'un enfant. La transition entre la phase de pré attachement et d'attachement se fait grâce à l'orientation du signal par l'enfant (57).

#### Phase d'attachement :

La phase d'attachement s'étale entre le 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois de vie de l'enfant. Durant cette phase, celui-ci prend conscience des personnes qui répondent de façon durable et cohérente à ses signaux. Ces personnes deviennent alors des figures principales d'attachement. Ainsi, l'enfant

commence à orienter ses signaux préférentiellement vers ces personnes et apprend comment elles réagissent face à ces derniers. Ces figures principales d'attachement permettent à l'enfant de se sentir en sécurité et d'être confiant dans ses capacités d'exploration et de relation aux autres (57).

Phase d'exploration :

La troisième phase est celle de l'exploration et s'étale jusqu'à la 3<sup>ème</sup> année de l'enfant. Ce système d'exploration est nécessaire pour un développement optimal de l'enfant. La recherche d'équilibre entre la proximité physique avec la figure d'attachement et le besoin d'exploration de l'environnement est important. Ainsi les enfants ayant un attachement sécurisé ont des bases de sécurité solides et sont plus confiants dans leur volonté et autonomie d'exploration. Les enfants avec des profils d'attachement non sécurisé peuvent se montrer plus passifs et n'allant pas à la découverte de leur environnement ou, au contraire, se montrer peu alerte et s'exposer aux dangers (57).

Les différents types de profil d'attachement sont conditionnés par les stratégies d'attachement. Il existe 3 types d'attachement non sécurisé, que nous ne détaillerons pas. Leurs caractéristiques principales sont : difficultés à avoir une confiance optimale en sa figure d'attachement, perception de la figure d'attachement comme source de stress, retenue dans l'expression des émotions et besoins, difficultés d'exploration, comportements ambivalents lors des situations de détresse, isolement face à la figure d'attachement. Plus tard, ces enfants peuvent développer davantage de difficultés de confiance en soi dans les relations avec les autres (56).

Selon Winnicott, ces phases d'attachement s'articulent autour du concept de *care giving* vécu par l'enfant (54). Il développe également un concept que l'on nomme *bonding*. Le *bonding* est le lien d'attachement que crée la mère envers son enfant (58). Ce lien se met en place en quelques heures voire quelques jours après l'accouchement. Il est construit durant la grossesse et se renforce à la naissance de l'enfant. C'est notamment ce lien qui pousse la mère à s'occuper de son enfant. Le *bonding* se base sur des mécanismes hormonaux, des comportements biologiquement programmés et est conditionné par des éléments psychologiques venant de la mère. Klaus M et Kennell J affirment que le *bonding* active le *care giving*, cependant ce constat a été nuancé par d'autres études, plus récentes (59,60). Le concept de préoccupation maternelle primaire, développé par Winnicott, peut être liée à celui du *bonding* (58). Selon Winnicott, il existerait un état de régression fusionnel entre la mère et son enfant. Cet état de régression serait dirigé par des comportements naturels poussant la mère à être en congruence avec son enfant.

Winnicott affirme que la mère se désintéresse du monde extérieur afin de se dévouer pleinement à son enfant. Cet état fusionnel permettrait à l'enfant de se laisser aller et d'explorer sereinement le monde extérieur. Cependant de nouvelles théories ont vu le jour. En effet, Lamb M explore l'importance du rôle du père dans les premières années de vie de l'enfant et l'importance de la complémentarité des rôles maternels et paternels (61).

Ainsi, cette complémentarité des rôles parentaux est importante à prendre en compte afin de permettre un accompagnement familial optimal. Ainsi comment cet accompagnement peut-il être intégré dans un processus d'approche collaborative ?

### **1.6.3 Collaboration pluridisciplinaire**

Notre question initiale de recherche questionne la collaboration pluridisciplinaire. Il peut être pertinent de s'intéresser aux champs disciplinaires des sciences de l'éducation, la psychologie sociale, et la sociologie. Ces champs disciplinaires permettent d'étudier la collaboration pluridisciplinaire sous les angles des dynamiques de groupe, mode de collaboration, facteurs individuels et institutionnels, offrant une vision globale des facteurs favorisant une collaboration pluridisciplinaire optimale.

D'après l'article de Picq T, l'être humain possède une faculté d'organisation permettant d'agir, vivre et travailler en communauté. Cette faculté se nomme la collaboration. La collaboration prône une démarche de co-construction dans le but d'atteindre un objectif où les intervenants sont amenés à apporter leurs compétences au service du bien commun (62). Katzenbacj JR Et Smith DK s'entendent à dire que la collaboration, à la différence du travail de groupe, se rapporte aux réflexions qui alimentent la façon de travailler (63).

Pour qu'un travail soit considéré comme collaboratif, plusieurs composantes doivent être identifiées. La poursuite d'un objectif clair et formalisé est nécessaire (64). De plus, une répartition des rôles et des responsabilités est indispensable afin de permettre une meilleure efficacité dans l'accomplissement des tâches (63). De même, afin de pouvoir travailler de manière collaborative, les informations doivent être centralisées. C'est pourquoi, la communication entre les intervenants doit se faire de manière établie et uniformisée. En effet, les modes de communication le plus souvent sollicités sont les réunions, les rapports et compte rendus, etc. Ce type de communication a pour but d'être officiel et accessible à tous, afin d'être plus efficace (65). Enfin, il est nécessaire que les collaborateurs interagissent entre eux et partagent leur expertise (66). En effet, plus les interactions sont présentes, plus les

collaborateurs seront interdépendants. De plus, un partage d'expertise permet de mieux connaître les rôles de chacun (66).

Selon Dupuy L, les processus de collaboration peuvent également être mis en place de façon informelle. On parle alors « d'information grise ». Ce type d'information est transmis de manière plus subtile autour d'un café, lors de la pause repas, ou au détour d'un couloir. Cette communication informelle peut aider à construire un sentiment de solidarité et entraide qu'il sera nécessaire d'exploiter afin de co-construire des projets (67).

A présent, nous allons nous intéresser à la pratique collaborative en elle-même. Toujours selon Dupuy L, il existe plusieurs moyens de mener un projet de façon collaborative. On parle alors de co, pluri, inter et transdisciplinarité (67).

#### Co disciplinarité :

La co disciplinarité concerne l'étude d'un objet par des disciplines liées. Généralement ces disciplines sont si intimement liées qu'elles ne peuvent pas être traitées sans être associées. La pratique co disciplinaire permet le croisement des approches, sans forcément apporter plus de compréhension et d'informations sur l'objet d'étude (67).

#### Pluridisciplinarité :

La pluridisciplinarité se base sur une approche transversale. Elle aborde l'atteinte d'un même objectif de façon individuelle. Elle peut être identifiée au travail coopératif. Cette approche consiste en l'étude d'un objet par la juxtaposition des points de vue de plusieurs disciplines, sans forcément identifier un liens entre elles (67).

#### Interdisciplinarité :

L'interdisciplinarité peut se définir comme l'interaction des connaissances de chaque discipline dans le but d'atteindre un objectif commun. Elle permet la réciprocité et le travail collaboratif. A travers l'interdisciplinarité, on peut se questionner sur les plus-values que peuvent apporter des disciplines avoisinantes à la discipline étudiée. L'interdisciplinarité permet l'étude d'un objectif commun, dans la perspectives d'une discipline précise, tout en y intégrant les questionnements et compétences d'autres disciplines (67).

#### Transdisciplinarité :

La transdisciplinarité s'inspire de l'interdisciplinarité. Elle repose sur l'interaction des différentes disciplines qui mènent à l'étude d'un objet à la manière d'un système. La

transdisciplinarité prône la volonté de naviguer à travers les perspectives de chaque discipline afin de dégager des éléments transversaux (67).

A présent, nous allons nous intéresser aux facteurs individuels pouvant influencer les processus collaboratifs. Selon Henri et Basque, l'engagement est une des principales composantes intrapersonnelles d'une bonne collaboration. Ces auteurs définissent l'engagement comme une attitude psychologique permettant la participation active de tous les participants ainsi que la réalisation d'efforts mesurables pour atteindre le but fixé. Des études ont montré que l'engagement dépend de plusieurs variables psychosociales comme l'interdépendance, la cohésion de groupe ou encore la productivité (68).

L'interdépendance permet au groupe de former un ensemble dynamique. En effet, la poursuite d'un objectif commun suscite un état intrinsèque qui motive le groupe à accomplir les tâches. L'interdépendance lie le groupe dans la mesure où une modification de l'état d'un membre modifie l'état de l'ensemble des membres du groupe. Ainsi l'état du groupe est influencé par de nombreux facteurs comme les efforts réalisés pour atteindre les objectifs, les relations et soutien social, l'estime de soi, et les valeurs personnelles (69). De même, une communication empathique, congruente, transparente, non jugeante, permet d'instaurer un climat de confiance au sein du groupe (70). Enfin, la complémentarité des compétences peut également renforcer l'interdépendance. La diversité que permet le groupe peut être perçue comme un atout. La complémentarité des compétences et spécificités des membres du groupe, peut lui permettre de s'élever et d'atteindre plus facilement l'objectif (71).

De plus, la collaboration professionnelle est également conditionnée par des facteurs institutionnels. Les croyances et valeurs de l'institution mais également celles des professionnels y travaillant exercent une influence sur leurs comportements. Celles-ci vont influencer les différentes interactions sociales, les manières de communiquer, l'adhésion aux processus de changement, la cohésion d'équipe, etc (72). La théorie des organisations apprenantes, développée par Kofman et Senge, rejoint les propos ci-dessus. Selon Kofamn et Senge, une organisation apprenante est l'idée du développement continu d'une organisation, de ses capacités, de ses membres et de leurs compétences afin d'améliorer leur pratique future (73). Les éléments clés pour qu'une institution soit une organisation apprenante sont : l'autonomisation, la formation continue, le leadership, avoir une vision commune, et la prise de conscience (74). De plus, Buysse et Wesley ont défini un modèle théorique décrivant quatre étapes principales nécessaires à la collaboration professionnelle (66). Parmi ces étapes on

retrouve : apprendre à connaître les personnes et établir une relation de confiance, déterminer des objectifs de changement, élaborer et exécuter un plan d'action, et enfin évaluer les résultats.

Pour finir, nous nous intéresserons aux différents niveaux de la collaboration humaine, que l'on peut retrouver dans la sphère professionnelle. On distingue cinq niveaux : l'hostilité, la trêve réticente, collaboration tactique, collaboration stratégique, et collaboration transformationnelle (75).

L'hostilité se caractérise par un haut niveau de compétitivité et rivalité entre les collaborateurs. Dans ces cas, la recherche d'avantages personnels tels que les promotions et les avantages est fortement présente (75).

La trêve réticente regroupe les collaborations motivées par des injonctions extérieures (75).

La collaboration tactique définit la mise à l'écart temporaire des intérêts personnels en vue de l'atteinte d'un objectif commun à court terme (75).

La collaboration stratégique désigne la planification à long terme d'une performance commune en vue d'atteindre les objectifs partagés (75).

La collaboration transformationnelle représente le niveau le plus élevé d'interaction au sein d'une équipe, permettant l'amélioration personnelle à travers les expériences collectives (75).

Ainsi, la collaboration pluridisciplinaire repose sur plusieurs éléments clés tel que la poursuite d'objectifs communs, la répartition des rôles, la communication et l'expertise partagée. De plus, il existe différents types et niveaux de collaboration. Enfin, l'interdépendance, l'engagement personnel et le soutien institutionnel sont des facteurs essentiels à une collaboration efficace.

#### **1.6.4 Recontextualisation et problématisation théorique**

Les ergothérapeutes interrogés lors de l'enquête exploratoire ont rapporté qu'un des principaux axes de leurs interventions était le développement des co-occupations et la guidance parentale. Grâce au cadre conceptuel, nous avons pu identifier que les liens d'attachement entre l'enfant et ses parents s'étalent sur plusieurs phases. Comme évoqué plus haut dans le cadre conceptuel, certains comportements sont génétiquement et biologiquement programmés, doit-on pour autant intervenir ? De plus à quelle(s) étape(s) du développement de l'attachement intervenir sans être intrusif ? D'après certains auteurs, le *bonding* active le *care-giving*. Est-il donc plus pertinent de n'intervenir que sur la mère et le *bonding* pour favoriser le développement du *care-giving* ? De plus, les théories de l'attachement s'intéressent essentiellement au rôle de la mère. Cependant qu'en est-il du rôle du père ? Comment adopter une approche holistique de l'enfant

en ne considérant qu'un seul de ses deux parents ? L'approche holistique des interventions en ergothérapie doit se concentrer sur le développement des co-occupations familiales. Comment développer cette approche lorsque la majorité des théories considèrent majoritairement la mère ?

De plus lors de l'enquête exploratoire, les ergothérapeutes ont également relevé qu'il était important de sensibiliser les services de néonatalogie sur le rôle des ergothérapeutes et les interventions qu'ils peuvent mener. Ainsi les ergothérapeutes pourraient sensibiliser les professionnels des services de néonatalogie aux co-occupations ou aux soins centrés sur la famille. Cependant, comment la sensibilisation des professionnels peut-elle mener à une adaptation des pratiques ? De plus comment sensibiliser les professionnels à des concepts qui leur sont inconnus ? Comment favoriser la compréhension mais également l'adhésion ? De même, sensibiliser les professionnels médicaux et paramédicaux à des concepts ergothérapeutiques ne serait-il pas un risque de perte d'identité professionnelle pour les ergothérapeutes ? Afin de conserver l'identité professionnelle et favoriser la légitimité des ergothérapeutes, est-il plus pertinent de sensibiliser les services de néonatalogie aux rôles des ergothérapeutes plutôt qu'à leurs concepts ? Comment conserver la spécificité des ergothérapeutes ?

### **1.6.5 Question et objet de recherche**

La recontextualisation et problématisation théorique ont permis de construire la question de recherche suivante :

*Comment les ergothérapeutes en néonatalogie perçoivent-ils l'impact des pratiques collaboratives, axées sur les co-occupations, et sur l'attachement parents-enfant ?*

Ainsi, notre objet de recherche sera le suivant :

*L'impact des pratiques collaboratives en lien avec les co-occupations et l'attachement entre les parents et leur enfant.*

## **2 Matériels et méthodes**

Ainsi pour répondre à notre question de recherche nous allons mener une étude compréhensive dans le but de caractériser un phénomène (76).

### **2.1 Méthode de recherche**

Notre recherche sera de nature clinique et qualitative. A travers cette recherche, nous souhaitons caractériser et donner du sens à un phénomène. En effet, ici, nous cherchons percevoir l'impact

d'une pratique en ergothérapie. Cette méthode exploratoire permet la découverte de savoirs par une analyse de contenu.

La recherche clinique ne possède pas d'hypothèse préalable. Cependant, elle vient proposer une révision des théories, étudiées en amont. Cette méthode de recherche doit veiller à respecter un principe : ne pas aller au-delà de ce que veulent livrer les participants (76,77).

## **2.2 Population et sites d'exploration**

Par la suite, nous définissons des critères d'inclusion et d'exclusion de la population pour notre enquête.

### **Critères d'inclusion**

Nous incluons dans cette enquête les ergothérapeutes francophones de l'Europe : France métropolitaine et les départements d'outre-mer, Suisse, Belgique, et le Luxembourg. A la différence de notre enquête exploratoire, ici, nous incluons également les ergothérapeutes résidant dans des pays francophones à l'international : République démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali, Togo, Cameroun, Haïti et Canada. Suite au faible nombre de réponses à notre questionnaire, nous décidons d'élargir les critères d'inclusion. Nous nous focalisons sur les ergothérapeutes diplômés travaillant en néonatalogie, sans limite de durée dans le service, et les ergothérapeutes ayant travaillé en néonatalogie mais n'étant plus en activité depuis maximum 2 ans. Ici, nous décidons également d'élargir le critère d'année d'exercice, par rapport à notre première enquête, afin d'élargir le nombre d'ergothérapeutes pouvant être ciblés. Nous incluons également, les ergothérapeutes ayant effectué des stages de minimum 2 mois, dans les services de néonatalogie datant de moins de 2 ans, mais étant actuellement diplômés. Nous limitons la fin d'activité dans le domaine à 2 ans maximum afin que les ergothérapeutes puissent encore être à jour de leur ancienne pratique, du fait de l'émergence et de la technicité de la prise en soins dans ce domaine.

### **Critères d'exclusion**

De ce fait, nous excluons de notre étude les ergothérapeutes ne travaillant pas en néonatalogie ou n'étant plus en activité depuis plus de 2 ans ou encore ayant effectué un stage en service de néonatalogie depuis plus de 2 ans. Nous excluons également les ergothérapeutes ne travaillant pas dans les pays mentionnés précédemment et n'étant pas francophones.

## **Sites d'exploration**

Pour cette étude, nous nous concentrons sur les services de néonatalogie en maternités publiques et privées, et les équipes de néonatalogie mobiles.

### **2.3 Choix de l'outil de recueil des données**

Ainsi pour mener notre enquête de manière optimale, il est nécessaire de choisir un outil de recueil de données. Pour cela, nous utiliserons le format de l'entretien semi-directif. Ce type d'entretien permet au chercheur d'avoir un certain nombre de questions préparées à l'avance. Cela permet à l'information, que veut transmettre le chercheur, d'être orientée vers un but précis (78).

### **Avantages**

L'entretien semi-directif présente de nombreux avantages. Ce format facilite l'exploration en profondeur des ressentis, impressions et perceptions des participants. Les réponses sont souvent plus spontanées et nuancées, permettant d'accéder à des données riches. Cela est rendu possible par la nature ouverte et peu contrainte de l'entretien semi-directif, qui invite le participant à s'exprimer librement. La discussion avec le participant est interactive permettant un échange, au cours duquel, le chercheur a la possibilité de relancer ou approfondir les propos évoqués. Cette souplesse méthodologique est pertinente notamment lorsqu'il s'agit d'aborder des thématiques émergentes et peu explorées dans la littérature (78).

### **Inconvénients**

L'entretien présente également certains inconvénients. La conception et mise en œuvre d'un l'entretien représentent un certain investissement temporel. En effet, en amont, il est nécessaire d'établir une grille d'entretien. Par la suite, la planification des entretiens avec chaque participant demande également du temps, notamment pour s'adapter aux disponibilités de chacun. De plus, l'attitude du chercheur peut influencer la réponse des participants. La forme moins structurée des entretiens permet une forte variabilité dans les réponses données. Ainsi l'analyse des données peut être plus complexe, longue et peu standardisée que pour les études quantitatives (78).

### **2.4 Anticipation des biais et stratégies d'atténuation**

Nous avons identifié plusieurs biais pouvant apparaître au sein de notre recherche et avons réfléchi à des stratégies afin de les éviter et les atténuer.

### **Biais de sélection des participants et de convenance**

La recherche d'ergothérapeutes se fera par exploration de leurs profils professionnels sur différentes plateformes en ligne. Cette méthode de recherche n'inclut que les ergothérapeutes ayant une forte présence professionnelle en ligne et excluant ceux moins visibles. Cette méthodologie de recherche de l'échantillon d'ergothérapeute présente un biais de sélection, dans la mesure où nous ne sélectionnerons que les profils d'ergothérapeutes nous paraissant correspondre le plus aux critères d'inclusion, ne représentant pas l'ensemble de la population ciblée (32).

Pour atténuer ce biais, nous contacterons également les secrétariats des maternités afin de nous renseigner sur la présence d'ergothérapeutes au sein des services de néonatalogie, dans le but d'avoir leur contact. De plus, nous essaierons de contacter les ergothérapeutes chercheurs ayant rédigé des articles sur le thème de la néonatalogie, via les différentes plateformes de bases de données scientifiques. Enfin, nous réaliserons plusieurs demandes de contacts opportunistes auprès de différents ergothérapeutes travaillant en pédiatrie.

### **Biais de non-réponse**

De même, l'envoi du dispositif d'enquête par mail présente un biais de convenance. En effet, le nombre de réponses est conditionné par la réactivité et disponibilité des ergothérapeutes (32). Afin de pallier cette limite, nous enverrons régulièrement des relances aux différents ergothérapeutes contactés.

### **Biais de subjectivité et désirabilité sociale**

Lors de la construction du recueil de données, il se peut que la formulation des questions soit trop orientée, suggérant aux ergothérapeutes certaines réponses, afin de valider ou non notre question de recherche. Pour éviter cela, il sera important d'être vigilant à la formulation de nos questions pour que celles-ci soient le plus neutre possible afin de ne pas induire des réponses souhaitées (32).

De plus, il sera important de formuler nos questions de façon à ne pas favoriser les biais de désirabilité sociale. En effet, certains ergothérapeutes pourraient modifier leurs réponses pour se montrer sous un jour favorable. Afin de ne pas favoriser ces comportements, nous serons attentifs à ne pas introduire de biais affectifs dans nos questions (32).

## **Biais linguistiques**

Nos critères d'inclusion concernent les ergothérapeutes francophones de l'Europe mais également les ergothérapeutes résidant dans des pays francophones à l'international. Bien qu'une langue commune soit partagée, certains termes peuvent être différents selon les pays. Il sera donc important de faire attention au vocabulaire utilisé dans nos entretiens afin de tenir compte des différences linguistiques des participants. Cette stratégie est essentielle pour s'assurer de la compréhension des participants afin de garantir la qualité et pertinence des entretiens (32).

### **2.5 Construction de l'outil de recueil des données**

Afin de mener l'entretien de façon structurée, une grille d'entretien a été rédigée (Annexe 21). La grille d'entretien a pour but de structurer l'entretien de manière logique et fluide afin de recueillir des réponses claires et complètes. Des questions ouvertes ont été choisies afin de permettre aux ergothérapeutes de répondre librement, de pouvoir développer leurs réponses et d'apporter des éléments complémentaires (78).

Cette grille se centre sur trois grands thèmes dans le but d'orienter la conversation sur ces derniers. Ces grands thèmes ont été identifiés à la suite du cadre conceptuel. Ici, nos trois grands thèmes sont : les co-occupations, l'attachement entre les parents et leur enfant et les pratiques collaboratives.

### **2.6 Réflexions et législation**

Le champ législatif de notre enquête implique des personnes humaines et est pratiqué sur ces mêmes personnes. Notre enquête n'a pas pour but de développer des connaissances biologiques, ni médicales et n'a pas pour objectif de modifier la prise en soins de patients en néonatalogie, la loi Jardé ne s'applique donc pas (29). En effet, cette enquête a pour seul but de questionner la pratique des professionnels en ergothérapie.

Une notice d'information reprenant l'identité de l'investigateur principal de l'enquête, l'objectif principal de l'enquête ainsi que son déroulement, a été envoyée aux ergothérapeutes en parallèle de l'enquête (Annexe 19), ainsi qu'une fiche de consentement (Annexe 20). Selon le RGPD, cette notice reprend également les droits des ergothérapeutes tout au long de l'étude, notamment le droit de rétractation. De plus, afin de préserver l'anonymat des ergothérapeutes répondant à l'entretien, aucune donnée personnelle ne sera diffusée. Enfin, les données récoltées seront conservées dans des dossiers privés et sécurisés par des mots de passe puis supprimées après un délai d'un an après soutenance du mémoire (30).

## **2.7 Choix des outils de traitement et d'analyse des données**

Une fois les passations d'entretien réalisées, nous les retranscrivons en utilisant l'outil Transcrire du logiciel Word, version 2402.

Dans un premier temps, nous effectuerons une préanalyse de nos entretiens. Cette dernière sera réalisée grâce à une lecture flottante des entretiens et permettra d'identifier des thèmes centraux utiles pour l'analyse par thématiques (79).

Dans un second temps, nous réaliserons une analyse thématique. Cette analyse aura pour objectif d'interpréter les contenus des entretiens en identifiant les concepts clés qui le constituent et de les classer par thèmes (79). Cette analyse sera modélisée sous forme d'un tableau et nous permettra de construire la grille d'analyse des entretiens.

## **2.8 Test du dispositif d'enquête**

Avant de solliciter les ergothérapeutes, nous réalisons un entretien préliminaire auprès d'un ergothérapeute. Ce test vise à évaluer la pertinence, la clarté et l'interprétation des questions figurant dans la grille d'entretien.

A la suite de cet entretien, la question portant sur l'influence des co-occupations sur la collaboration entre les équipes soignantes et les familles a été supprimée. En effet, la question précédente visait à examiner le lien entre les pratiques collaboratives et la création d'un attachement entre les parents et leur enfant. Lors de la réponse à cette question, l'ergothérapeute a spontanément abordé les éléments relevant de la question supprimée, rendant cette dernière redondante.

Par ailleurs, il a été nécessaire d'introduire une définition du concept de co-occupations, afin d'en faciliter la compréhension et d'orienter plus précisément les échanges à ce sujet.

## **2.9 Déroulement de l'enquête**

Le recrutement de notre population d'ergothérapeute s'est fait selon une méthode non probabiliste. Notre échantionnage s'est fait de manière volontaire et par réseau (31).

En effet, nous avons recruté nos participants de façon arbitraire en fonction de leur présence ou non sur les plateformes en ligne. Les demandes de participation au dispositif de recherche ont été majoritairement envoyées par courrier électronique. Les adresses mails ont été trouvées sur différentes plateformes en ligne comme les annuaires d'ergothérapeutes ou encore les sites internet professionnels des ergothérapeutes.

De plus, nous avons réalisé les entretiens avec les premiers ergothérapeutes ayant donné une réponse positive à nos sollicitations, répondant ainsi à la méthode d'échantillonnage de commodité et de volontariat (31).

Nous avons également contacté des maternités et avons sollicité notre réseau professionnel d'ergothérapeutes, à la recherche de contacts. Cette méthodologie répond à celle de l'échantillonnage par réseau (31).

Les entretiens ont majoritairement été réalisés par conversation téléphonique à la demande des ergothérapeutes, et en fonction de leurs disponibilités. Dans les critères d'inclusions nous avons intégré des ergothérapeutes n'exerçant pas en France. D'un point de vue temporel et économique, il est alors plus simple d'échanger ensemble autour d'une visio-conférence ou par appel téléphonique.

Lors des entretiens, nous demandons l'autorisation d'enregistrer les conversations via un dictaphone sur le téléphone, via l'application Dictaphone ®. Les modalités de l'entretien et la présentation de la question de recherche sont faites avant le début de l'enregistrement vocal. Les entretiens ont duré entre 30 et 40 min.

### **3 Résultats**

Dans cette partie, nous retranscrivons les résultats obtenus des différents entretiens (Annexe 22, Annexe 23). Nous réalisons une pré analyse des entretiens (Annexe 24, Annexe 25) puis une analyse par thématique (Annexe 26, Annexe 27).

#### **3.1 Analyse descriptive de la population**

La population d'ergothérapeutes interrogés se présente comme suit :

- Ergothérapeute A a réalisé son dernier stage de 3<sup>ième</sup> année, de 2 mois, dans un CAMSP en région parisienne où elle intervenait à 10% dans un service de néonatalogie.
- Ergothérapeute B travaille en équipe mobile de rééducation, intervenant en maternité en service de néonatalogie en Corse.

#### **3.2 Analyse thématique**

Dans cette partie, nous présenterons les résultats de l'analyse thématique croisée des deux entretiens. La grille présentant les résultats se trouve en annexe (Annexe 28). Dans la première colonne se trouvent les différentes ergothérapeutes interrogées (EA, EB). Dans les colonnes suivantes se trouvent les différents thèmes explorés.

### 3.2.1 Interventions en ergothérapie

Les contextes d'intervention en néonatalogie diffèrent sensiblement selon les ergothérapeutes interrogées. Certaines interventions ne représentent qu'une faible proportion de l'activité, soit 10% du temps de travail. Le reste étant principalement dédié à des interventions en structure comme des CAMSP. Cependant les jours de présence en service de néonatalogie sont fixes et hebdomadaires [EA L13-14, L 192]. D'autres interventions ont lieu de manière ponctuelle, non fixe et sans récurrence particulière. En effet, l'ergothérapeute étant présente dans l'unité pédiatrique de l'hôpital, celle-ci est appelée en fonction des besoins [EB L 3-4].

La différence entre ces deux modalités de pratique est qu'une fois sortie du service, le suivi de l'enfant peut se poursuivre en CAMSP, assurant ainsi une continuité dans l'accompagnement de l'enfant mais également des parents [EA L172-176].

Il existe également des différences dans le type d'interventions menées.

Concernant les interventions auprès des enfants, il peut s'agir principalement d'actions préventives autour des plagiocéphalies des nouveau-nés [EA L19], du positionnement [EA L49], ou autour des troubles de l'oralité, notamment pour des difficultés de succion au sein et/ou biberon [EB L5-8]. Globalement, il est rapporté que les interventions concernant l'enfant sont de nature préventive.

Les interventions auprès des parents sont identifiées comme plus rares [EA L15 ; EB 32-35]. Malgré cela, on retrouve des similitudes dans la pratique des ergothérapeutes concernant l'accompagnement des parents. Ces interventions permettent de les conseiller, de prendre le temps de discuter et d'écouter leurs préoccupations, parfois même sans intervention spécifique [EA L107-109, L112-114]. Elles permettent également de les rassurer et de valoriser leurs compétences parentales [EA L68-70, L98-100, L106, L205-214]. L'écoute et l'échange sont primordiaux afin d'identifier les freins parentaux, notamment la peur de blesser et faire mal à leur enfant [EB L67-73]. Ces interventions sont diverses et chaque ergothérapeute y apporte son expertise. Certains accompagnements abordent le portage dans le cas de déformations [EA L28-29], d'autres le positionnement durant l'allaitement ou le peau à peau [EA 41-44] ou encore l'accompagnement à la préparation au retour à domicile [EA 71-72]. Dans ces contextes d'intervention, les ergothérapeutes interviennent pour accompagner les parents afin de réaliser les premiers soins de leur enfant, comme le bain ou encore l'habillage [EB L28-38]. De plus, dans la pratique d'une ergothérapeute, une attention particulière au père est accordée. En effet, celle-ci cherche à accompagner la construction du rôle parental du père en lui proposant de

participer à la décoration de la couveuse, à l'allaitement ou encore de participer au nettoyage du cordon ombilical [EA L123-128]. De façon isolée, une ergothérapeute joue un rôle préventif auprès des parents en les conseillant sur le choix du matériel de puériculture adapté [EB L17-21, L155-158]. Elle peut également être sollicitée pour accompagner des parents en situation de handicap [EB L17-21].

De façon générale, les ergothérapeutes affirment accompagner majoritairement des parents inquiets de ne pas savoir comment s'occuper de leur enfant [EB L32-33 ; EA 64-70]

Il existe également différentes formes d'accompagnement en fonction des pratiques des ergothérapeutes. On retrouve des mises en situation portage ou positionnement dans la couveuse avec des coussins [EA 75-79], l'animation d'atelier à destination des parents [EA L85] des explications, éducation parentales et des démonstrations d'habillage [EA L81-83 ; EB L53-57]. Les ergothérapeutes transmettent aux familles les connaissances qu'elles jugent essentielles. Elles veillent à la compréhension et au consentement des parents afin de les inviter à réaliser eux-mêmes les gestes sur leur enfant.

Dans cette optique, elles proposent toutes deux un accompagnement individualisé aux parents afin de renforcer leur confiance en leur compétences dans les gestes du quotidien pour pouvoir s'occuper de leur enfant [EB L81-87 ; EA L68-72].

### **3.2.2 Pratiques collaboratives en néonatalogie**

Parmi les deux discours recueillis, les ergothérapeutes ont mentionné une intégration encore inégale de l'ergothérapeute au sein des services de néonatalogie.

L'introduction de l'ergothérapeute dans les services peut se faire de façon informelle et suggérée par d'autres professionnels comme c'est le cas avec l'ergothérapeute B. A l'issue de cette intégration, elle a pu, suite à des formations, clarifier les spécificités de son rôle dans le service [EB L8-9 ; L12-13]. Cette clarification semble aujourd'hui favoriser la sollicitation de l'ergothérapeute, notamment pour des demandes en lien avec ses formations, comme c'est le cas avec les troubles de l'oralité, mais pas uniquement [EB L15-17]. Toutefois, la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des parents reste souvent limitée à des situations particulières. En dehors de ces cas, ce sont principalement les puéricultrices qui assurent le relais auprès des familles en dispensant les conseils et gestes nécessaires [EB L38]. Ce constat est partagé avec la second ergothérapeute qui affirme que l'équipe soignante assure une position centrale dans l'accompagnement parental dès les premiers jours de l'enfant [EA L27-28].

L'intégration de l'ergothérapeute au sein de l'équipe rencontre plusieurs limites, notamment des contraintes organisationnelles. Des divergences en termes d'horaires de travail entre les différents professionnels, compliquent la coordination et la communication [EB L96-97, L102-105]. Certains professionnels du service sont réticents quant à la présence des ergothérapeutes dans les services. Ce sont notamment ceux issus des anciennes générations, qui ont du mal à comprendre l'apport des interventions en ergothérapie, obligeant l'ergothérapeute à constamment légitimer sa présence [EB L108-110]. Cependant les jeunes professionnels, récemment diplômés sont plus ouverts et sont à l'origine de la majorité des sollicitations des interventions en ergothérapie [EB L99-100].

Malgré ces limites, il existe une volonté de collaboration, comme peut en témoigner la participation de l'ergothérapeute à des protocoles de recherche [EB L128-131]. Ces dynamiques de collaboration se formalisent notamment par des réunions hebdomadaires et pluridisciplinaires [EA L145]. La collaboration peut également se prolonger hors des services de néonatalogie, notamment par les liaisons avec différentes structures comme les CAMSP, permettant la continuité des soins et l'élaboration de plans d'intervention fluides et cohérents [EA L178-182]. Mais également par la réalisation d'interventions aux côtés des équipes d'HAD afin d'accompagner certains retours à domicile [EA L222-225]. En l'absence de besoins spécifiques, les retours à domiciles peuvent se faire directement avec les équipes de l'HAD, sans sollicitation de l'ergothérapeute [EA L227-233].

### **3.2.3 Attachement parents-enfant**

Le lien d'attachement a été identifié de différentes façons dans les pratiques des ergothérapeutes.

D'un côté, l'allaitement a été identifié comme une co-occupation essentielle dans la création du lien d'attachement entre la mère et son enfant [EA L90-91]. Toutefois, le père, peut également être intégré à cette co-occupation. L'impliquer dans les activités telles que le portage ou l'installation du nouveau-né dans les bras de la mère pour l'allaitement, peut contribuer à renforcer la relation père-enfant [EA L94-96].

D'une manière générale, les ergothérapeutes expliquent que, parfois, pour que les parents puissent créer du lien avec leur enfant, il faut leur prouver qu'ils sont capables de s'en occuper [EA L99-100 ; EB L72-73]. En effet, le manque de confiance des parents en leurs capacités à s'occuper de leur enfant peut parfois être interprété, à tort, comme un désintérêt pour ce dernier. Certains parents expliquent être apeurés à l'idée de s'occuper de leur enfant par peur de lui faire

mal. Cette appréhension peut entraîner une diminution des interactions avec l'enfant, évoquant parfois des manifestations de trouble de l'attachement, voire des pathologies psychiatriques [EB L67-73, L77-79].

De plus, le bien-être psychique des parents influence l'établissement du lien avec leur enfant mais également la dynamique conjugale et familiale [EB L177-179]. Ainsi le bien-être parental apparaît comme étant un facteur essentiel à la création du lien d'attachement. Permettre aux parents d'avoir un espace où livrer leurs craintes et inquiétudes peut contribuer à alléger leur charge émotionnelle, les rendant ainsi plus disponibles pour s'occuper de leur enfant et l'accompagner [EA L117-121].

De manière plus globale, la participations des parents aux occupations du quotidiens, telles que l'habillage, le nettoyage du cordon ombilical, ou encore la décoration de la couveuse, constituent des co-occupations permettant de les intégrer dans le quotidien de leur enfant et de soutenir leur lien d'affection [EA L130 ; EB L62]. Ces moments représentent des opportunités pour les soignants d'être des leviers dans la construction du lien entre les parents et leur enfant [EA L142-143].

#### **4 Discussion**

A présent, nous allons discuter des résultats de notre étude en nous référant à l'analyse de la revue et littérature et l'approche conceptuelle. De plus nous analyserons également le déroulé de notre recherche, ses apports et limites. Pour finir, nous apporterons des éléments de transférabilité pour la pratique professionnelles et des nouveaux axes d'exploration.

##### **4.1 Interprétation des résultats et éléments de réponse à l'objet de recherche**

Les résultats de notre enquête identifient la réalité actuelle de la pratique des ergothérapeutes en France et mettent en lumière un écart significatif entre les recommandations issues de la littérature, ou encore des rapports de santé et la réalité de terrain. Les résultats traitant des interventions en néonatalogie mettent en avant une présence encore trop marginale et inégale. Ce constat fait écho aux différents rapports qui soulignent que, bien que la place de l'ergothérapeute soit reconnue dans les textes de parcours de soins, tels que les parcours COCON ou la commission des 1000 premiers jours, leur intégration reste limitée et parfois inexistante dans de nombreux établissements. De plus, la différence entre la théorie et la pratique de terrain est également identifiée par des rapports régionaux, où le nombre d'ergothérapeutes référencés et le nombre d'interventions en néonatalogie restent encore très faibles.

On peut également noter que lorsque les ergothérapeutes sont présents en service, leurs interventions se portent sur le développement de l'enfant, l'aménagement de l'environnement familiale et le soutien à la parentalité, notamment à travers l'engagement dans les co-occupations. Ces axes d'intervention sont également référencés dans la littérature et développés par Caire JM, et Poriet G. Ces auteurs insistent sur l'interaction entre les différentes composantes présentes autour d'une personne et qui façonne ses occupations. Un constat qui est retrouvé en service de néonatalogie par l'adaptation et l'accessibilité de l'environnement du service mais également l'accompagnement dans l'engagement co-occupationnel entre l'enfant et ses parents. Les pratiques des ergothérapeutes se basent également sur des approches centrées sur la famille en reprenant les recommandations du KC ou NIDCAP qui prônent des prises en soins globales, personnalisées et nécessitant une présence parentale. Parmi ces approches on retrouve notamment l'engagement dans le portage, l'allaitement, le positionnement, etc.

Les résultats concernant la collaboration en service de néonatalogie mettent en évidence des obstacles majeurs à l'implantation de la pratique des ergothérapeutes en néonatalogie. A travers la littérature et l'enquête exploratoire, les obstacles identifiés regroupent le manque de connaissance et de reconnaissance de la profession, ainsi qu'un manque de formation. Pourtant les apports de la littérature rappellent l'importance de la collaboration pour garantir des prises en soins globales et cohérentes du nouveau-né. Les résultats de notre enquête montrent que la collaboration, bien qu'identifiée comme un levier, reste freinée par le manque de visibilité et de connaissance du métier d'ergothérapeute et de ses champs d'interventions.

Enfin, pour répondre à la question de recherche, il apparaît que même si les textes officiels et les apports théoriques offrent un cadre au développement de la pratique en ergothérapie en néonatalogie, la pratique de terrain est confrontée à de nombreux obstacles. Les professionnels de santé sont souvent présents pour les familles et les accompagnent dans leurs différentes problématiques. De plus, l'attachement est favorisé par les équipes soignantes à travers les pratiques comme le portage, l'allaitement, le peau à peau ou la participation aux différents actes de soins quotidiens. Ces activités impliquent naturellement et implicitement les co-occupations même en l'absence d'une intervention en ergothérapie. Cependant, l'ergothérapeute peut agir comme un levier auprès des équipes soignantes, en prenant le relais sur des accompagnements et interventions nécessitant davantage de temps et d'investissement de la part des soignants. En effet, les contraintes liées aux rythmes et demandes institutionnels peuvent à certains moments limiter la disponibilité des soignants et permettre à l'ergothérapeute de prendre le relais, instaurer ses interventions et assurer sa légitimité.

## **4.2 Critique du dispositif de recherche**

Cette étude s'appuie uniquement sur deux entretiens. Cela laisse supposer que d'autres entretiens auraient pu nuancer les résultats en y apportant différentes perspectives.

Concernant la conception de la matrice de questionnement, il aurait été pertinent d'interroger les différentes formes que peut prendre la collaboration entre l'ergothérapeute et les équipes soignantes. En effet, nous disposons de peu de données détaillant les modalités de la collaboration. Nous aurions pu davantage nous appuyer sur le cadre conceptuel et les éléments clés de la collaboration afin d'observer dans quelles mesure ces derniers se retrouvent dans la pratique de terrain.

De plus, nous avons constaté que, lors des entretiens, les ergothérapeutes ont davantage développé un thème en particulier. Nous pouvons alors nous demander si l'intervieweur n'aurait pas inconsciemment introduit un biais de subjectivité (32).

L'analyse des entretiens peut présenter un risque de biais de subjectivité dans la mesure où elle a été réalisée par une seule personne (32). De plus, la contrainte temporelle liée à cette recherche a pu limiter la profondeur de l'interprétation des résultats.

## **4.3 Intérêts et limites des résultats et transférabilité pour la pratique professionnelle**

Ce travail de recherche aborde un thème ayant une forte résonance sociétale, et s'inscrivant dans un sujet de préoccupations en santé publique, confirmé par des récents rapports et plans de santé. De plus, cette recherche permet d'apporter un éclairage sur l'utilité professionnelle de l'ergothérapeute en interrogeant sa reconnaissance, sa visibilité et son intégration dans les équipes pluridisciplinaires des services de néonatalogie.

La revue de littérature permet un riche apport théorique en croisant différents types de sources, littérature scientifique et professionnelle, permettant d'identifier le décalage entre la reconnaissance théorique et pratique du rôle de l'ergothérapeute en service de néonatalogie.

Ainsi, ce travail peut permettre de continuer d'alimenter le débat sur l'évolution de la pratique ergothérapeutique en néonatalogie.

Le faible nombre de participants à cette étude ne permet pas de pouvoir généraliser les résultats à l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en néonatalogie. De plus, cette étude portant uniquement sur les ergothérapeutes francophones de l'Europe ainsi que ceux résidant dans des pays francophones à l'international, un biais de sélection limite la représentativité des résultats

à l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en néonatalogie mais également dans d'autres zones géographiques et contextes institutionnels.

De plus, le domaine de l'ergothérapie en néonatalogie est encore émergent en France et en Europe. Cette situation limite donc la quantité des ressources disponibles, notamment la littérature scientifique et professionnelle. En effet, la grande majorité des données professionnelles et scientifiques sont originaires d'Outre Atlantique, ce qui demande une certaine prudence dans l'interprétation et la transférabilité des résultats pour la pratique francophone.

Ainsi, à travers ces résultats nous retenons des éléments de transférabilité pour la pratique professionnelle. Au cours de cette étude, les ergothérapeutes ont mentionné le besoin de formation et de reconnaissance de leur profession au sein des services de néonatalogie. Il serait donc intéressant de mettre en place des démarches de plaidoyer dans ces services afin de présenter ce métier aux différents professionnels de santé. De plus, il pourrait être intéressant de sensibiliser les étudiants des IFE afin qu'ils puissent se sentir légitimes d'intervenir dans ces services et qu'ils soient en mesure de présenter leurs champs d'intervention aux équipes soignantes. De plus, la création d'un guide de pratiques en ergothérapie dans les services de néonatalogie, recensant précisément les missions de l'ergothérapeute, serait un soutien pour le développement et la légitimation de cette profession dans ce domaine.

#### **4.4 Ouverture vers des nouveaux axes d'exploration**

Cette étude ouvre la voie à de nouveaux questionnements et perspectives de recherche concernant la pratique en ergothérapie. L'évolution des pratiques en néonatalogie, notamment par le développement de programmes de soins, nous invitent à questionner les modèles d'intervention en ergothérapie.

Une piste de réflexion pourrait concerner un renforcement de la présence des ergothérapeutes dès les premiers jours de vie, voir en amont de la naissance pour les grossesses étant déjà identifiées comme à risque. Il pourrait être pertinent d'intervenir ultra précocement dans ces périodes marquées par une forte insécurité parentale afin d'anticiper les angoisses et inquiétudes des parents. De plus, le développement des unités mobiles de néonatalogie ou des dispositifs d'accompagnement périnataux à domicile pourrait offrir de nouveaux espaces d'interventions aux ergothérapeutes. Ces dispositifs permettraient d'accompagner de façon écologique et holistique les familles. Par ailleurs, le développement d'outils comme le *Newborn Behavioral Observations* (NBO), se basant sur l'observation du répertoire comportemental de l'enfant,

pourrait renforcer la légitimité des ergothérapeutes dans les équipes pluridisciplinaires, en facilitant la compréhension partagée des besoins de l'enfant (80).

### **Conclusion**

Ce travail de recherche s'intéresse à la place de l'ergothérapeute dans les services de néonatalogie, un domaine peu investi par cette profession en France. Les résultats de cette enquête mettent en lumière que les interventions des ergothérapeutes restent encore rares et souvent mal identifiées par les autres professionnels du service. Le manque de formation initiale et spécifique ainsi qu'une reconnaissance institutionnelle parfois limitée, freinent leur intégration dans les équipes pluridisciplinaires. Pour autant, la littérature met en avant la pertinence de l'approche holistique en ergothérapie, notamment pour l'accompagnement des parents, l'aménagement du domicile et les préventions des troubles du développement du nourrisson.

De plus ce mémoire nous a permis de prendre conscience de l'importance de la sensibilisation au métier d'ergothérapeute. Nous comprenons mieux la nécessité de plaider pour faire connaître ce métier, ainsi que l'importance d'aller au contact des équipes, des parents, et des institutions afin de promouvoir ce métier et de favoriser son évolution et de contribuer à sa démocratisation. De même, nous gardons en tête l'importance de la recherche dans l'évolution des pratiques et la démocratisation de l'ergothérapie.

La reconnaissance de l'ergothérapie dans des domaines émergents, comme la néonatalogie, participe également au développement des champs d'interventions de la profession. Ces pratiques émergentes attestent de l'adaptabilité de l'ergothérapie aux besoins de santé actuels.

## Bibliographie

1. UNESCO. Glossaire : Sciences médicales et sanitaires. [En ligne]. <https://uis.unesco.org/fr/glossary-term/sciences-medicales-et-sanitaires-pour-les-donnees-de-r-d>. Consulté le 12 avril 2024.
2. Meyer S. Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. 2018 ; 4 (2) : 14-28.
3. Delaisse AC., Bodin JF., Charret L., Hernandez H., Morel-Bracq MC. L'ergothérapie en France : une perspective historique. De Boeck Supérieur ; 2022 : 320.
4. World Federation of Occupational Therapists (WFOT). About Occupational Therapy. [En ligne]. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy> . Consulté le 12 avril 2024.
5. Boutruche C., Dalphin M., Laborde S, Ramajo C., Rouault L. Simon A. et al. Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants. [En ligne]. [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie\\_aupres\\_des\\_enfants.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie_aupres_des_enfants.pdf) . Consulté le 12 avril 2024.
6. République Française. Code de la santé publique : Section 3 : Obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale (Articles R6123-39 à R6123-53). Version en ligne au 08 juin 2024. [En ligne]. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190811/#LEGISCTA000006190811](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190811/#LEGISCTA000006190811). Consulté le 12 avril 2024.
7. Berger TM., Büttiker V. Fauchère JC. Holzgreve W., Kind C., Largo R. et al. Recommandations pour la prise en charge des prématurés à la limite de la viabilité (22-26 semaines de gestation). [En ligne]. [https://www.sfmu.org/upload/consensus/rbpc\\_pec\\_premat.pdf](https://www.sfmu.org/upload/consensus/rbpc_pec_premat.pdf). Consulté le 12 juin 2024.
8. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). 07 juin 2022. [En ligne]. <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-en-pediatrie-enfants-et-adolescents/classes-dage-des-enfants-et-adolescents>. Consulté le 12 juin 2024.
9. Association SPADRAP. Guide Je suis né(e) trop tôt ... 2014. [En ligne]. [https://www.sparadrapp.org/sites/default/files/pdf\\_feuilletable/D09/index.html#p=1](https://www.sparadrapp.org/sites/default/files/pdf_feuilletable/D09/index.html#p=1). Consulté le 13 février 2025.
10. Haute autorité de santé (HAS). Recommandations de bonne pratique : Grossesses à risque

: orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. 2009 [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses\\_a\\_risque\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf). Consulté le 12 juin 2024.

11. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Naissances prématurées. 10 mai 2023. [En ligne]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Consulté le 7 mars 2024.

12. Euro-Peristat. European Perinatal Health Report: Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. 2022 [En ligne]. [https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat\\_Fact\\_sheets\\_2022\\_for\\_upload.pdf](https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf). Consulté le 7 mars 2024.

13. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Born too soon: decade of action on preterm birth. 9 mai 2023. [En ligne]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>. Consulté le 7 mars 2024.

14. Centre hospitalier des quatre villes. Le coût d'une hospitalisation. [En ligne]. <https://www.ch4v.fr/hospitalisation/le-cout-dune-hospitalisation/>. Consulté le 20 février 2025.

15. Pladys P, Zaoui C, Girard L, Mons F, Reynaud A, Casper C et le groupe GREEN de la Société Française de Néonatalogie. Recommandations pour la préparation à la sortie d'hospitalisation des nouveau-nés vulnérables. [En ligne]. [https://www.sosprema.com/wp-content/uploads/2021/12/d8ff38\\_f0436646213c49d690b2ae17b2afb2ac.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.sosprema.com/wp-content/uploads/2021/12/d8ff38_f0436646213c49d690b2ae17b2afb2ac.pdf?utm_source=chatgpt.com). Consulté le 20 février 2025.

16. République Française. Projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2023-2028. 2023 [En ligne]. <https://www.paca.ars.sante.fr/media/116755/download?inline>. Consulté le 7 mars 2024.

17. Réseau méditerranée. PARCOURS COCON Parcours de soins préCOces et COordonnés du Nouveau-né vulnérable : point d'avancement. [En ligne]. <https://www.reseaperinatmed.fr/Protocoles/Referentiels#docs>. Consulté le 8 avril 2024.

18. Ministères des solidarités et de la santé. Les 1000 premiers jours. [En ligne]. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>. Consulté le 7 mars 2024.

19. Réseau méditerranée. Prescription type : Prescription Ergothérapie COCON. 2023. [En ligne]. <https://www.reseaperinatmed.fr/Prescriptions-type,1846.html>. Consulté le 11 février 2025.
20. Réseau méditerranée. Annuaire des médecins COCON et paramédicaux COCON : annuaire ergothérapeutes conventionnés COCON. 2025. [En ligne]. <https://www.reseaperinatmed.fr/CMS/News/149>. Consulté le 11 février 2025.
21. Réseau méditerranée. Organisation du parcours : projet COCON PACA. 2022. [En ligne]. <https://www.reseaperinatmed.fr/CMS/News/146>. Consulté le 11 février 2025.
22. Réseau de périnatalité Occitanie. Parcours COCON en Occitanie : point d'étape au 25 septembre 2024. 2024. [En ligne]. [https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/Actualites/2024\\_Decembre\\_COCON\\_Newsletter.pdf](https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/Actualites/2024_Decembre_COCON_Newsletter.pdf). Consulté le 11 février 2025.
23. République Française. Décret n° 2021-574 du 10 mai 2021 relatif à l'allongement et à l'obligation de prise d'une partie du congé de paternité et d'accueil de l'enfant. JORF n°0110 du 12 mai 2021. p.3
24. République Française. LOI n° 2020-692 du 8 juin 2020 visant à améliorer les droits des travailleurs et l'accompagnement des familles après le décès d'un enfant (1). JORF n°0140 du 9 juin 2020. p.6
25. République Française. Décret n° 2022-524 du 11 avril 2022 relatif à la réalisation à titre expérimental de soins de néonatalogie au domicile des patients par des unités de néonatalogie. JORF n°0086 du 12 avril 2022. p.3
26. RECAP Preterm. Study outline and objectives. 2024. [En ligne]. <https://recap-preterm.eu/for-scientists/study-outline-and-objectives/>. Consulté le 7 mars 2024.
27. Prem Stem. About the project. [En ligne]. <https://www.premstem.eu/>. Consulté le 7 mars 2024.
28. De Sigly F. L'Enquête et ses méthodes- Le questionnaire. Paris : Armand Colin (1992).
29. Pouplin S., Chaillot F., Chavoix C. Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France : la loi Jardé et son évolution. ErgOTHérapies, 2019, 72, pp.61-65.

30. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le règlement général sur la protection des données – RGPD. 24 mai 2016. [En ligne]. <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>. Consulté le 8 mai 2025.
31. Gumuchian H, Marois C. Les méthodes d'échantillonnage et la détermination de la taille d'un échantillon. Initiation à la recherche en géographie. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2000 : 265-294.
32. Centre d'études pour le Développement, l'Innovation et la Prospective en ressources humaines (CEDIP). Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. 2013. [En ligne]. <https://www.cedip.developpementdurable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matière-de-a1113.html>. Consulté le 07 mai 2025.
33. Richter M., Angell A., Kellner P., Smith J., Pineda R. Infant and Parent Outcomes Related to NICU-Based Co-occupational Engagement. *Occupational Therapy Journal of Research*. 2023 ; 44 (1) : 3-12
34. Fraga E., Da Silva Dittz E., Guimaraes Machado L., The construction of maternal co-occupation in the Neonatal Intensive Care Unit. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019 ; 27 : 92-104
35. Cardin D.A., Parents' Perspectives: An Expanded View of Occupational and Co-Occupational Performance in the Neonatal Intensive Care Unit. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2020 ; 74 : 1-12
36. Erlandsson LK., Eklund M. Describing patterns of daily occupations - A methodological study comparing data from four different methods. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2001 ; 8 : 31-39.
37. Roué JM., Kuhn P, Lopez Maestro M, Agnethe Maastrup R, Mitanchez D, Westrup B, Sizun J. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*. 2017 : 1-5
38. Buehler D. The Synactiv Model : Individuals, Hospitals, and Systems. *Developmental Observer*. 2025 ; 18 (1) : 6-8.

39. Coutts S., Woldring A., Pederson A., De Salaberry J., Osiovich O., Brotto LA. What is stopping us? An implementation science study of kangaroo care in British Columbia's neonatal intensive care units. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021 : 21-52
40. Lui Y, Li Z-f, Zhong Y-h, Zhao Z-h, Deng W-x, Chen L-l, Liu B-b, Du T-j, Zhang Y. Early combined rehabilitation intervention to improve the short-term prognosis of premature infants. *BMC Pediatrics*. 2021 ; 21 (1) : 1-7
41. Granier M. Accompagnement des nouveau-nés prématurés et de leurs parents à la sortie de néonatalogie. *Constraste*. 2015 ; 41 : 123-138.
42. Larroque B, Marchandet L. Groupe Epipage. XXXIX es Journées nationales de néonatalogie. 2009 ; 87-104.
43. Nery Borges P. , Snider L. , Camelo Junior JS. , Boychuck Z. , Khodary F. , Goldschleger J. & Majnemer A. The Role of Rehabilitation Specialists in Canadian NICUs: A 21st Century Perspective. *American journal Physical and Occupational Therapy In Pediatrics*. 2018 ; 39 : 33-34
44. Craig JW, Carroll S, Ludwig S, Sturdivant C, Boop C : American Occupational Therapy Association. Occupational therapy's role in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Occupational Therapy*. 2018 ; 72 (2) : 1-9 [En ligne]. [https://research.aota.org/ajot/article-abstract/72/Supplement\\_2/7212410060p1/6510/Occupational-Therapy-s-Role-in-the-Neonatal?redirectedFrom=PDF](https://research.aota.org/ajot/article-abstract/72/Supplement_2/7212410060p1/6510/Occupational-Therapy-s-Role-in-the-Neonatal?redirectedFrom=PDF). Consulté le 13 octobre 2024.
45. Caire JM, Poriet G. La science de l'occupation comme socle de connaissances pour les ergothérapeutes. In : Caire JM, Poriet G. L'ergothérapie centrée sur la personnes et ses occupation, guide pratique. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2023 : 11-14.
46. Caire JM, Poriet G. L'objet d'étude de la science de l'occupation. In : Caire JM, Poriet G. L'ergothérapie centrée sur la personnes et ses occupation, guide pratique. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2023 : 37-43.
47. Perez P. La diversification alimentaire à travers le monde. *Spirale – La grande aventure de bébé*. 2014 ; 72 : (133-141)
48. Pierce D. Co-occupations : the challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*. 2009 ; 16 (3) : 203-207.

49. Mahoney W., Roberts E. Co-occupation in a day program for adults with developmental disabilities. *Journal of Occupational Science*. 2009 ; 16 (3) : 170-179.
50. Pierce D. Occupation by design : dimensions, therapeutic power, and creative process. *American Journal of Occupational Therapy*. 2001 ; 55 (3) : 249-259.
51. Whitcomb DA. Attachment, occupation, and identity : considérations in infancy. *Journal of Occupational Science*. 2012 ; 19 (3) : 271-282
52. Zemke R., Clark F. Co-occupations of mothers and children. *Occupational science : the evolving discipline*. Philadelphie : FA Davis ; 1996 : 466 p.
53. Pickens ND., Pizur-Barnekow K. Co-occupation : extending the dialogue. *Journal of Occupational Science*. 2009 ; 16 (3) : 151-156.
54. Van Nes F., Jonsson H., Hirschler S., Abma T., Deeg D. Meanings created in co-occupation : construction of a late-life couple's photo story. *Journal of Occupational Science*. 2012 ; 19 (4) : 341-357.
55. Pierce D. Untangling Occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*. 2001 ; 55 (2) : 138-146.
56. Emery J. Théorie de l'attachement parent-enfant. In : Emery J. L'attachement parent-enfant : de la théorie à la pratique. Montréal : Editions du CHU Sainte Justine ; 2016 : 29-76.
57. Bowlby J. Attachement et perte : L'attachement. Paris : PUF ; 2002.
58. Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1969.
59. Klaus M, Kennell J. Maternal-Infant Bonding. St Louis : Mosby ; 1976.
60. Bickin Kinsey C, Hupcey JE. State of the science of maternal-infant bonding : a principle based concept analysis. *Midwifery*. 2013 ; 29 (12) : 1314-1320.
61. Lamb M. The role of the father in child development. 5. Hoboken : Wiley ; 2010 : 672.
62. Picq T. La collaboration : points de repères et nouveaux enjeux. *Archimag*. 2022 ; Hors-série n°73 : 4-5.
63. Katzenbach JR. Smith DK. The wisdom of teams : creating the high performance organization. *The columbia journal of world businnes*. 1993 ; 28 (3) : 104.
64. Edmondson AC. Teamwork on the Fly. *Harvard Business Review*. 2012 ; 90 (4) : 1-10

65. Hackman JR. Leading teams : setting the stage for great performances. : Harvard Business Review Press : Harvard ; 2002.
66. Buysse V, Wesley P. Communities of practice : expanding professional roles to promote reflection and shared inquiry. *TECSE*. 2001 ; 21 (2) : 114-123.
67. Dupuy L, "Co, multi, inter ou transdisciplinarité ? La confusion des genres ...", Work in progress / Document de travail à destination des étudiants du CIEH (Certificat International d'Ecologie Humaine), 2004, (1ère version), 2021, 4 p. [En ligne] <http://web.univ-pau.fr/RECHERCHE/CIEH/documents/La%20confusion%20des%20genres.pdf>. Consulté le 26/01/2025.
68. Henri F. Basque J. Conception d'activités d'apprentissage collaboratif en mode virtuel. In : Deaudelin C. Nault T. Collaborer pour apprendre et faire apprendre : la place des outils technologiques. Québec : Presse universitaire du Québec ; 2003 : 32-53.
69. Johnson DW. Johnson RT. Smith K. The State of Cooperative Learning in Postsecondary and Professional Settings. *Educational Psychology Review*. 2007 ; 19 (1) : 15-29.
70. Le Pine JA. Van Dyne L. Team development in organizations. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2022 ; 9 : 215-240.
71. Zohar D. Drach Zahavy A. The role of the team learning in fostering innovative work teams. *Journal of Applied Behavioral Science*. 2022 ; 58 (2) : 133-153.
72. Patel H. Pettitt M. Wilson JR. Factors of collaborative working : a framework for a collaborative model. *Applied Ergonomics*. 2012 ; 43 (1) : 1-26
73. Kofman F. Senge PM. Communities of commitment : the heart of learning organizations. *Organizational Dynamics*. 1993 ; 22 (2) : 5-23.
74. Yussof MSBM. Le service public : une organisation apprenante. *Revue Internationale des sciences administratives*. 2005 ; 71 : 497-510.
75. Karaki S. Remettre les émotions au cœur de la collaboration. In : *Le travail en équipe*. Paris : Dunod ; 2021. 15-24.
76. Menger PM. Introduction à la recherche en sciences sociales. Paris : La Découverte ; 2007.

77. Organisation mondiale de la santé (OMS). La méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. OMS 2e édition ; 2003.
78. Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. Paris : Armand Colin (2007).
79. De Ketele JM, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. 5<sup>e</sup> édition. Bruxelles : De Boeck ; 2009. 208p.
80. Blanchard Y. Le Newborn Behavioral Observations System (NBO). Devenir. Mars 2018 ; 30 : 267-280. [En ligne]. <https://shs.cairn.info/revue-devenir-2018-3-page-267?lang=fr>. Consulté le 8 mai 2025.

## Annexes

### Annexe 1 : Notice d'information



#### Notice d'information

### **« L'ergothérapeute en service de néonatalogie »**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, BECK Natacha, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « L'ergothérapeute en service de néonatalogie ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur BECK Natacha à l'adresse suivante [natacha.beck@etu.univ-amu.fr](mailto:natacha.beck@etu.univ-amu.fr) pour lui poser toutes les questions complémentaires. Cette étude est réalisée par le service de formation en ergothérapie, faculté des sciences médicales et paramédicales d'Aix-Marseille université.

#### **Objectif de la recherche**

L'objectif de cette recherche est de réaliser une enquête exploratoire sur l'apport de l'expertise des ergothérapeutes, au sein des équipes pluridisciplinaires, en service de néonatalogie.

#### **Comment se déroule l'étude ?**

L'étude consiste à répondre au questionnaire transmis par mail. Ce questionnaire dure une dizaine de minutes.

À la suite du questionnaire, les données récoltées seront analysées statistiquement afin de répondre à l'objectif de la recherche.

#### **Quelles sont les contraintes et désagréments ?**

Aucune contrainte ou désagrément n'est engendré par la participation à cette étude.

#### **Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?**

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence. Dans ce cas, vos données ne seront pas utilisées dans le cas de l'étude.

L'anonymat de vos réponses sera préservé, aucune donnée personnelle ne sera récoltée et diffusée.

Les données récoltées seront conservées dans des dossiers privés et sécurisés par des mots de passe puis supprimées après un délai d'un an.

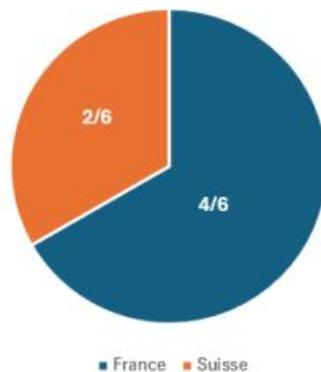
## Annexe 2 : Matrice de questionnement

Variables étudiées	Indicateurs	Intitulé	Modalités de réponses	Objectifs
Population sélectionnée Sites sélectionnés	1.1	Consentez-vous à répondre à ce questionnaire ?	Question fermée	Comparer la variation de la répartition des ergothérapeutes en services de néonatalogie
	1.2	Etes-vous ergothérapeute ? Dans quel pays travaillez-vous ?	Question fermée	
	1.3	Depuis combien de temps exercez-vous ?	Question fermée	
	1.4	Etes-vous toujours en activité en service de néonatalogie ?	Question fermée	
	1.5	Dans quelle structure travaillez-vous ?	Question à choix multiples	
	1.6	Si vous travaillez en maternité, de quel type s'agit-il ?	Question fermée	
	1.7	Si vous travaillez en maternité, dans quel(s) service(s) spécifique(s) de néonatalogie vous trouvez vous ?	Question semi-ouverte à choix multiples	
	1.8	Combien d'ergothérapeutes êtes-vous dans votre service ?	Question fermée	
	2.1	Etes-vous en temps complet ou partiel ?	Question fermée	Quantifier la durée durant laquelle les ergothérapeutes sont en services de néonatalogie
	2.2	Combien de temps passez vous par semaine au sein du service de néonatalogie ?	Question fermée	
Pertinence de l'approche	3.1	Selon vous l'apport d'une prise en soins en ergothérapie au sein des services de néonatalogie est-elle pertinente ?	Echelle numérique 0-10	Évaluer l'impact/pertinence clinique de la prise en soins en néonatalogie par les ergothérapeutes
	3.2	Le temps que vous passez au sein du service est-il suffisant ?	Echelle numérique 0-10	
	3.3	Selon vous, quel pourrait être le temp idéal pour avoir une prise en soins optimale ?	Question ouverte	
Méthodes utilisées	4.1	Quels sont les axes que vous privilégiez lors de vos prises en soins en service de néonatalogie ?	Question à choix multiples	Identifier les axes d'intervention lors de la prise en soins en service de néonatalogie par les ergothérapeutes
	4.2	Quel est le point le plus important de votre prise en soins ?	Question ouverte	
	4.3	Etes-vous satisfait de la qualité de votre prise en soins ?	Echelle numérique 0-10	Identifier la satisfaction des ergothérapeutes vis à vis de leur prise en soins
	5.1	Selon vous, quels peuvent étre les freins limitant la pratique ergothérapique en service de néonatalogie	Question à choix multiples	Identifier les freins/obstacles/défis limitant la pratique ergothérapique en service de néonatalogie
	5.2	Quels freins rencontrez-vous dans votre pratique personnelle ?	Question à choix multiples	
	5.3	A quel degré ces freins impactent ils votre pratique ?	Echelle numérique 0-10	
	5.4	Selon vous quels peuvent étre les solutions pour lever ces freins ?	Question ouverte	Identifier les leviers favorisant la pratique ergothérapique en service de néonatalogie
Travail pluridisciplinaire	6.1	Travaillez-vous en équipe pluridisciplinaire ?	Question fermée	Explorer la perception des professionnels de santé en

	6.2	Si vous travaillez en équipe pluridisciplinaire, avec quels autres professionnels de santé travaillez-vous ?	Question à choix multiples	néonatalogie sur le rôle de l'ergothérapeute en néonatalogie
	6.3	Si vous travaillez en équipe pluridisciplinaire, les autres professionnels perçoivent-ils les prises en soins en ergothérapie en service de néonatalogie comme pertinentes ?	Echelle de Likert	
	7.1	Etes-vous satisfait de la considération apportée à la profession d'ergothérapeute dans votre service ?	Echelle numérique 0-10	Sonder le ressenti des ergothérapeutes en néonatalogie sur la reconnaissance de leur profession au sein du service de néonatalogie
	7.2	De quelle(s) manière(s) la collaboration professionnelle est-elle mise en place ?	Question à choix multiples	Identifier les leviers permettant le développement et l'intégration de la pratique des ergothérapeutes en néonatalogie
	7.3	Selon vous quels peuvent être les moyens pour améliorer l'intégration des ergothérapeutes en service de néonatalogie ?	Question ouverte	
Remarques	8.1	Avez-vous d'autres remarques ?	Question ouverte	Recenser les remarques supplémentaires des ergothérapeutes

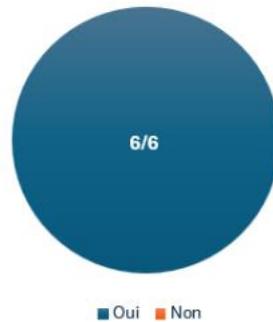
### Annexe 3 : Effectifs des ergothérapeutes selon leur pays d'exercice

Effectifs des ergothérapeutes selon leur pays d'exercice



Annexe 4 : Effectifs des ergothérapeutes travaillant toujours en service de néonatalogie

Effectifs des ergothérapeutes travaillant toujours en service de néonatalogie



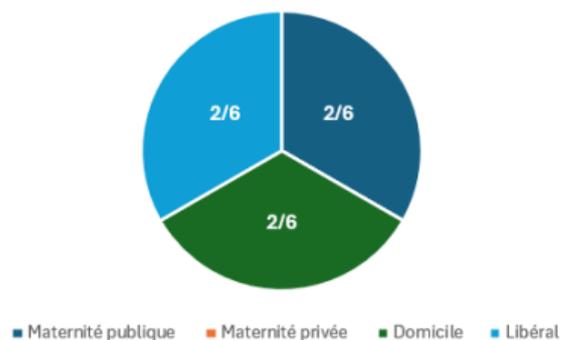
Annexe 5 : Effectifs des ergothérapeutes selon leur nombre d'années d'exercice dans la profession

Effectifs des ergothérapeutes selon leur nombre d'années d'exercice dans la profession

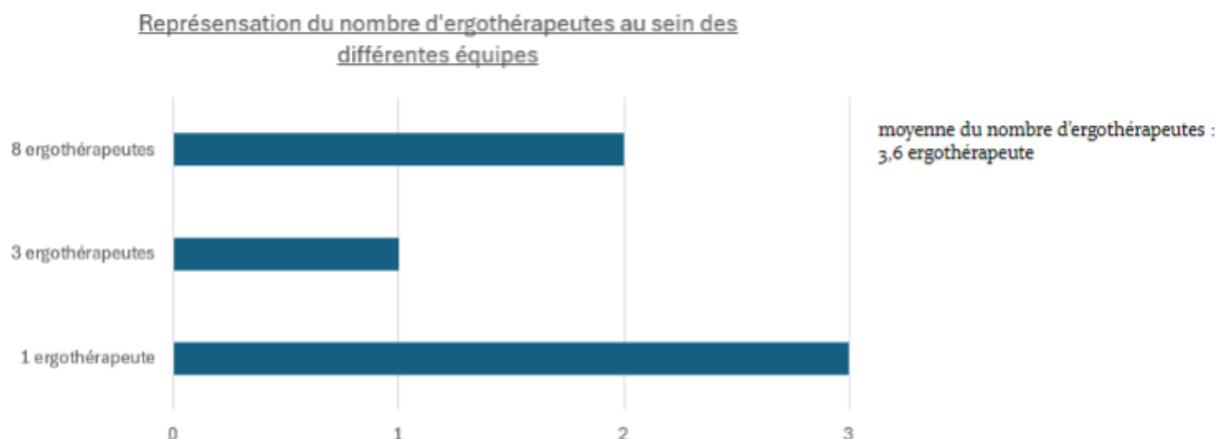


Annexe 6 : Effectifs des ergothérapeutes en fonction de leur structure d'intervention

Effectifs des ergothérapeutes en fonction de leur structure d'intervention



### Annexe 7 : Représentation du nombre d'ergothérapeutes au sein des différentes structures



### Annexe 8 : Représentation de la pertinence d'une prise en charge en néonatalogie vue par les ergothérapeutes



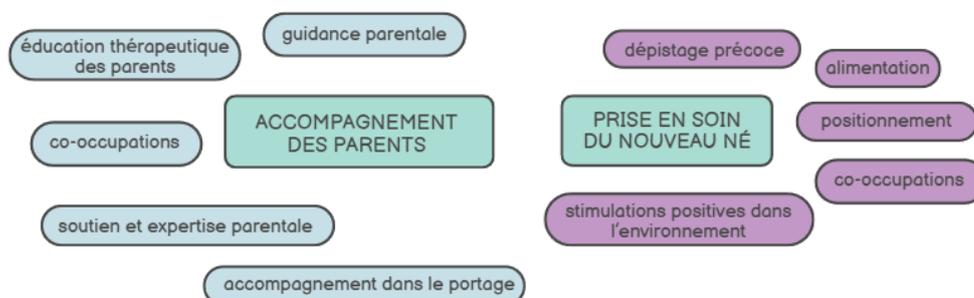
Annexe 9 : Représentation de la satisfaction des ergothérapeutes sur le temps d'intervention en néonatalogie



Annexe 10 : Représentation de la satisfaction des ergothérapeutes sur leur prise en charge en néonatalogie

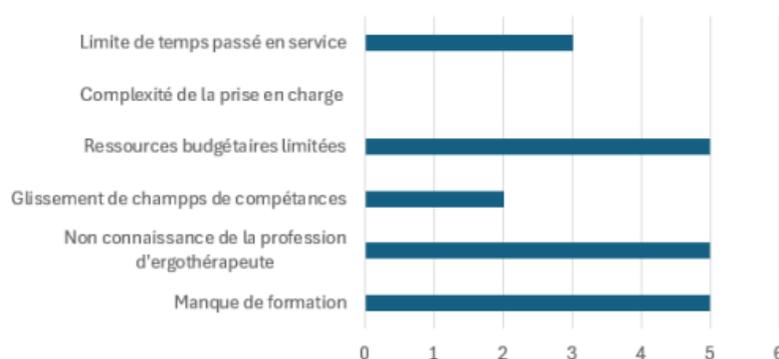


Annexe 11 : Identification des axes de prise en soins perçues comme les plus importantes par les ergothérapeutes en néonatalogie



Annexe 12A : Identification des freins pouvant limiter la pratique des ergothérapeutes en néonatalogie

Identification des freins pouvant limiter la pratique des ergothérapeutes en néonatalogie

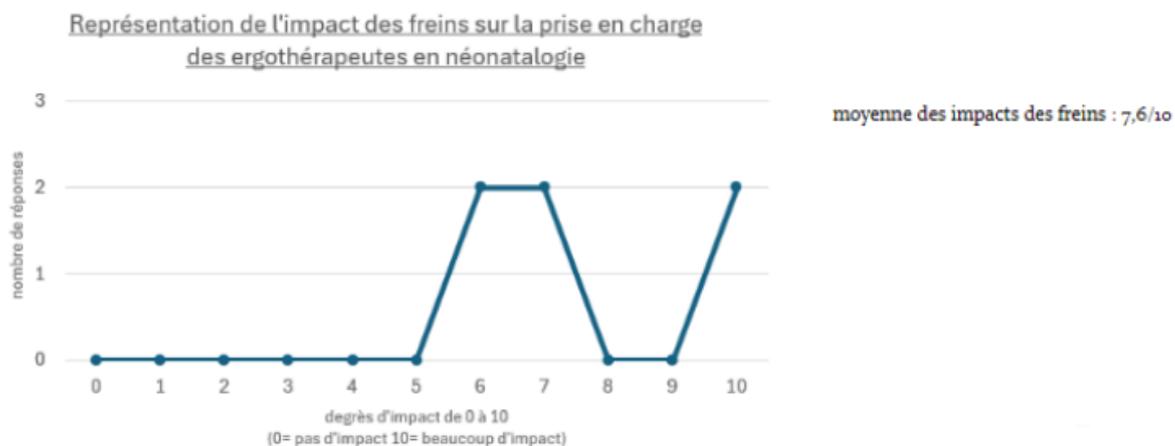


Annexe 12B : Représentation des freins réellement rencontrés par les ergothérapeutes dans la pratique en néonatalogie

Représentation des freins réellement rencontrés par les ergothérapeutes dans la pratique en néonatalogie



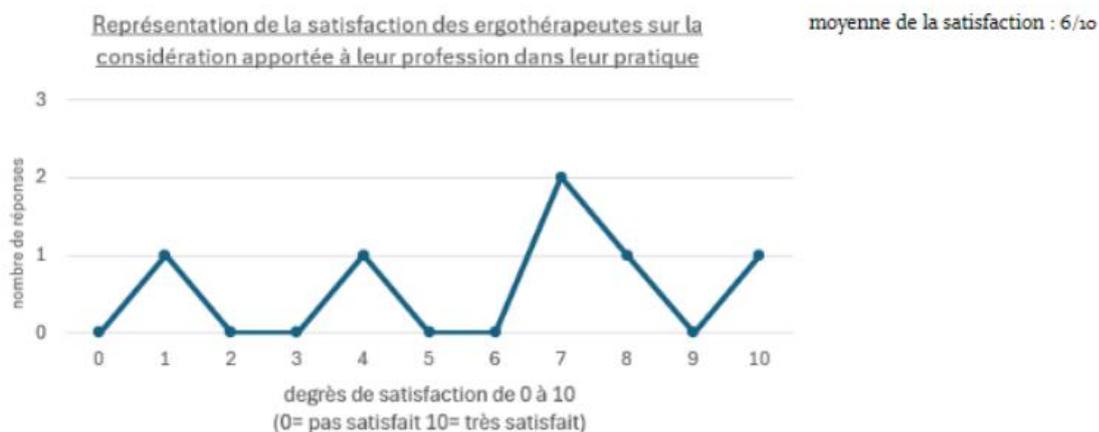
Annexe 13 : Représentation des freins sur la prise en charge des ergothérapeutes en néonatalogie



Annexe 14 : Représentation de la pertinence d'une prise en charge en néonatalogie en ergothérapie vue par les autres professionnels de santé



Annexe 15 : Représentation de la satisfaction des ergothérapeutes sur la considération apportée à leur profession dans leur pratique



Annexe 16 : Tableau des bases de données utilisées

Bases de données	Articles trouvés	Sélection par résumé	Sélection par titre	Articles retenus
Pubmed	213	35	10	7
Taylor et Francis	504	45	9	1
Science Direct	267	10	5	0
Sage Journal	8	5	3	2
Cairn	6	4	1	1
UI Libraries Journal	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	999	100	29	Avec doublon : 12 Sans doublon : 10

## Annexe 17 : Tableaux d'analyse des articles de la revue de littérature

### Article 1

<b>Sources</b>	<b>Article 1 : American Journal of Occupational Therapy, Ashlea D. Cardin, Janvier 2020, USA</b>
<b>Titre</b>	<b>Parents' Perspectives: An Expanded View of Occupational and Co-Occupational Performance in the Neonatal Intensive Care Unit</b>
<b>Thème/objet traité</b>	performance occupationnelle et co occupation en NICU
<b>Méthode utilisée</b>	Qualitatif : étude phénoménologique --> entretiens semi structurés
<b>Population</b>	14 parents américains de service de néonate de niveau 3 du centre ouest des états unis
<b>Approche théorique</b>	occupation en service de néonate, co occupation
<b>Champs disciplinaires</b>	sciences médicales, sciences de l'occupation
	5 grandes catégories de PO décrites (visibles et invisibles)
	occupation partagées : -recherche d'un engagement significatif -participation aux tâches de soins -participation à des événements ordinaires -actions parentales au chevet de l'enfant
	occupation des parents et des enfants et co occupation sont liés --> sont bien plus de les soins de bases, l'alimentation et la socialisation vie familiale existe dans les NICU au-delà des interactions observables
<b>Principaux résultats</b>	
<b>Questions</b>	comment reconnaître et soutenir les occupations "invisibles" ? comment adapter les pec en ergo pour développer et encourager la participation des parents au delà des soins de base ? Comment réduire le déséquilibre entre les soignants et les parents, pour favoriser l'engagement des parents ?

### Article 2

<b>Sources</b>	<b>Article 2 : Physical et occupational therapy in pediatrics, Pamela Nery Borges, Laurie Snider, José Simon Camelo Junior, Boychuck Zachary, Khodary Fatima, Goldschleger Jessica &amp; Majnemer Annette, Septembre, 2018, USA</b>
<b>Titre</b>	<b>Role of rehabilitation specialists in canadian NICU</b>
<b>Thème/objet traité</b>	Le rôle des spécialistes en réadaptation dans les NICU au Canada
<b>Méthode utilisée</b>	Quantitatif : questionnaire via interview téléphonique + analyse des réponses via Excel
<b>Population</b>	25 institutions de santé canadienne avec des services de néonate de niveau 3 avec des professionnels de réadaptation
	compétences et les rôles des spécialistes en réadaptation perspective centrée sur la famille évolution des approches en néonatalogie.
<b>Approche théorique</b>	
<b>Champs disciplinaires</b>	sciences médicales, sciences paramédicales
<b>Principaux résultats</b>	augmentation du nb de lits en NICU --> plus de professionnels de santé modification dans les soins procurés (on ne sait pas si c'est à cause de l'augmentation de la demande ou une meilleure reconnaissance des soins de réadaptation) rôle principal des prof de réadaptation : axé sur l'intervention clinique directe, c'est-à-dire l'évaluation et le traitement augmentation de l'utilisation d'évaluations standardisées (ex : TIMP : mesure du contrôle postural durant les ADL) les prof ont plus de temps à consacrer en NICU/portent plus d'intérêt Un plus grand nombre de thérapeutes ont déclaré utiliser des mesures et des interventions normalisées qui s'appuient sur des données récentes, telles que les interventions basées sur les soins de développement centrés sur la famille une approche "supportive" centrée sur la famille dans un NICU (déjà mis en place implicitement) n'a pas d'effet significativement différent
	facteurs qui ont contribué à l'augmentation du temps consacré par ces professionnels dans le NICU Comment le passage à des soins axés sur le développement et centrés sur la famille a-t-il modifié les pratiques des spécialistes en réadaptation? Comment ces changements dans les pratiques de réadaptation peuvent-ils influencer les résultats à long terme pour les nouveau-nés à haut risque?
<b>Questions</b>	

## Article 3

<b>Sources</b>	Article 3 : <b>Contraste 2015/1(N° 41), pages 123 à 138, 2015, France</b>
<b>Titre</b>	<b>Accompagnement des nouveau-nés prématurés et de leurs parents à la sortie de néonatalogie</b>
<b>Thème/objet traité</b>	Accompagnement en sortie de NICU, relais avec structure non hospitalière
<b>Méthode utilisée</b>	littérature professionnelle
<b>Population</b>	
<b>Approche théorique</b>	Accompagnement post hospitalisation
<b>Champs disciplinaires</b>	sciences médicales, sciences paramédicales, science sociales
<b>Principaux résultats</b>	<p>sortie du nouveau-né prématuré après une hospitalisation est souvent un moment difficile pour lui et ses parents L'anticipation et la préparation de la sortie préoccupent les néonatalogistes Le retour à domicile est actuellement organisé avec les structures petite enfance qui prennent le relais de la structure hospitalière : HAD, PMI, CAMSP, réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables, associations</p> <p>taux de séquelles neurodéveloppementales et sensorielles sont encore élevés chez les grands prématurés mais aussi à un degré moindre chez les prématurés modérés nés entre 33 et 36 SA (Chyi et coll., 2008 ; Moster et coll., 2008) --&gt; risques sont majorés par des facteurs socioéconomiques défavorables. le problème essentiel actuel de la prématurité est dominé par la survenue de troubles cognitifs spécifiques, détectés plus tardivement = il apparaît que certains d'entre eux ont des troubles du développement à long terme sans déficience majeure -&gt; Un suivi rigoureux et prolongé s'avère nécessaire afin de mieux caractériser les déficits.</p> <p>moyens mis en place pour soutenir la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser relation mère-enfant : éviter le stress et inquiétude</li> <li>- soins de dev</li> <li>- programme d'accompagnement des parents vers la sortie de néonatalogie (PAIPS) : rennes</li> <li>- hospit à domicile : toulouse, lille, caen</li> <li>- programme d'intervention précoce</li> <li>- réseau de suivi</li> <li>- PMI</li> <li>- CAMSP</li> <li>- autres structures plus tard : sessad, cmp, cmpp</li> <li>- asso</li> </ul>
<b>Questions</b>	<p>Quel rôle jouent les associations et autres structures dans le soutien post-hospitalisation des familles ? Quels types d'interventions précoces se sont révélés les plus efficaces pour les nouveau-nés prématurés ? Quelles sont les évaluations de l'efficacité des programmes d'accompagnement des parents comme le PAIPS ? Quels sont les principaux défis émotionnels rencontrés par les parents lors de la sortie d'un nouveau-né prématuré ? Comment peut-on mieux préparer les parents à ce moment de transition pour réduire leur stress et leur inquiétude ? Comment améliorer l'accès et la participation des familles à ces programmes, notamment dans les zones défavorisées ? Comment les facteurs socioéconomiques influencent-ils le suivi et le développement des enfants prématurés ?</p>

## Article 4

<b>titre</b>	<b>Article 4 : BMC Pediatrics, Yang Liu, Zheng-feng Li, Yun-huan Zhong, Zhi-hui Zhao, Wen-xin Deng, Ling-ling Chen, Bei-bei Liu, Tao-jun Du and Yong Zhang, United Kingdom, 2021</b>
<b>Titre</b>	<b>Early combined rehabilitation intervention to improve the short-term prognosis of premature infants</b>
<b>Thème/objet traité</b>	Intervention précoce + rééducation
<b>Méthode utilisée</b>	quantitatif : calcul de score
<b>Population</b>	51 bébés de moins de 32 semaines et 1500g de NICU of the neonatology department of the affiliated hospital of Sichuan Provincial Maternity and Child Health Care Hospital - 22 bébés en groupe test et 29 bébés en groupe contrôle
<b>Approche théorique</b>	PEC précoce
<b>Champs disciplinaires</b>	sciences médicales et paramédicales
<b>Principaux résultats</b>	<p><b>Intervention précoce + rééducation augmente les résultats cliniques à court terme</b></p> <p>exposition à la musique est bénéfique pour le système cardiovasculaire + axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, la structure du cerveau et état cognitif/comportemental</p> <p>exposition au toucher + stimulation visuelle affecte la maturité du cortex cérébral : réponses plus matures dans les performances de mouvements oculaires, suivi des arcs, discrimination des stries et attention à distance</p> <p>toucher thérapeutique + entraînement fonction orales : augmente la taille et favorise le dev des fonctions gastrointestinale et les fonctions neuromotrices</p> <p>Voici les principaux résultats de cette étude sur l'intervention de réadaptation précoce combinée chez les prématurés : Réduction de la durée d'oxygénothérapie et d'utilisation de la sonde gastrique : Durée d'oxygénothérapie : 22.84 jours dans le groupe intervention vs 31.98 jours dans le groupe contrôle<sup>1</sup></p> <p>Diminution de l'incidence de certaines complications : Rétinopathie du prématuré (ROP) : 9% vs 34%<sup>1</sup> Dysplasie bronchopulmonaire (DBP) : 23% vs 55%<sup>1</sup> Entérocolite nécrosante (NEC) : 4,5% vs 27%<sup>1</sup> Amélioration des scores neurologiques : Scores de Silverman plus bas (meilleure fonction respiratoire) Scores neuromusculaires de Ballard plus élevés (meilleur développement neuromoteur)<sup>1</sup></p> <p>En résumé, l'intervention de réadaptation précoce combinée a permis d'améliorer plusieurs résultats cliniques à court terme chez les prématurés, notamment en réduisant la durée d'hospitalisation et l'incidence de certaines complications courantes.</p>
<b>Questions</b>	<p>Comment intégrer efficacement l'exposition à la musique, au toucher et à la stimulation visuelle dans les soins de développement en néonatalogie ?</p> <p>Quelles sont les implications des résultats à court terme pour le développement à long terme des nourrissons ayant bénéficié de ces interventions ?</p> <p>Quelles spécificités des interventions précoces et de rééducation sont les plus efficaces pour améliorer les résultats cliniques à court terme chez les nourrissons ?</p>

## Article 5

<b>Sources</b>	<b>Article 5 : Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal, Jean-Michel Roué, Pierre Kuhn, Maria Lopez Maestro, Ragnhild Agnethe Maastrup, Delphine Mitanchez, Björn Westrup, Jacques Sizun, UK, 2017</b>
<b>Titre</b>	<b>Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit</b>
<b>Thème/objet traité</b>	Principe du FCC
<b>Méthode utilisée</b>	Littérature professionnelle
<b>Population</b>	
<b>Approche théorique</b>	Soins centrés sur la famille
<b>Champs disciplinaires</b>	sciences médicales, sciences paramédicales
	<p>Principe 1 : rendre l'accès au service 24/24h malgré le changement des équipes présence de la famille = support ++ droit des enfants de "to be cared for by his or her parents' and not to 'be separated from his or her parents against their will' présence des parents est associée à une baisse du temps de séjour + création du lien bonding</p> <p>Principe 2 : support psy pour les parents --&gt; traumatic expérience --&gt; impact lien avec l'enfant</p> <p>Principe 3 : environnement favorable Lien entre poids et exposition à la lumière + sons Impact sur le sommeil (et donc sur dev du cerveau) Adapter les lumières (lumière naturelle + lumière ambiante) Adapter le son</p> <p>Principe 4 : gestion de la douleur l'allaitement maternel, le saccharose et l'emballage/la sont efficaces pour réduire la réactivité à la douleur pendant les procédures invasives chez les nouveau-nés prématurés.</p> <p>Principe 5 : Contact peau à peau associé à diminution du risque de mortalité, d'infection/sepsie grave, d'hypothermie et d'hypoglycémie d'infection/sepsie grave, d'hypothermie et d'hypoglycémie, de raccourcir la durée du séjour à l'hôpital, d'augmenter la croissance de l'enfant et de favoriser l'allaitement et l'attachement mère-enfant</p> <p>Principe 6 : maintien postural position dans la couveuse + cable + masque + ... --&gt; peut engendrer mauvaise posture --&gt; anomalie du tonus musculaire prévenir déformation musculo-squelettique et favoriser dev du comportement soutenir la posture et le mouvement, optimiser le développement et l'alignement du squelette, favoriser un état de calme et prévenir les déformations de la tête et le torticolis --&gt; promouvoir la flexion, faciliter l'accès à la bouche du nourrisson, faciliter le regroupement sur ligne centrale,</p> <p>Principe 7 : protection du sommeil rôle important dans le dev du cerveau impact des lumières + sons pas encore très bien étudié</p> <p>Principe 8 : Allaitement impact positif sur le neurodéveloppement</p>
<b>Questions</b>	<p>Comment la présence des parents favorise-t-elle la création d'un lien affectif (bonding) avec le nouveau-né ?</p> <p>Comment maintenir une présence parentale 24h/24 malgré les changements d'équipes soignantes ?</p> <p>Quels sont les avantages de l'emballage dans la gestion de la douleur chez les nourrissons ?</p> <p>Quels sont les bienfaits du contact peau à peau pour les nouveau-nés prématurés ?</p> <p>Quelles sont les méthodes non-médicamenteuses les plus efficaces pour gérer la douleur chez le prématuré lors des soins ? Comment les parents peuvent-ils y être associés ?</p> <p>Quelles sont les meilleures pratiques pour protéger le sommeil du prématuré en unité de soins intensifs ? Quels sont les enjeux pour le développement cérébral ?</p> <p>Comment adapter l'environnement de l'unité néonatale (lumière, sons) pour favoriser le développement optimal du nouveau-né prématuré ?</p> <p>Comment promouvoir ces 8 principes ?</p> <p>Comment l'ergo peut inscrire sa PEC parmi ces 8 principes ?</p>

## Article 6

<b>Sources</b>	Article 6 : Brazilian journal of occupational therapy, Everliny Fraga, Erika da Silva Dittz, Leticia Guimarães Machado, Janvier 2019, Brésil
<b>Titre</b>	The construction of maternal co-occupation in the Neonatal Intensive Care Unit
<b>Thème/objet traité</b>	Construction de co-occupation (mère enfant) en NICU
<b>Méthode utilisée</b>	Qualitatif : étude exploratoire --> entretien semi-structuré
<b>Population</b>	6 mères d'enfants en NICU
<b>Approche théorique</b>	occupation en NICU, co occupation
<b>Champs disciplinaires</b>	sciences médicales, sciences de l'occupation
<b>Principaux résultats</b>	meilleure est l'évolution clinique de l'enfant, meilleure est l'implication de la mere dans les co-occupations pour les participantes maternité = alliance entre la mère et l'enfant Soins particuliers peut perturber le lien maternel, impact sur le rôle de mère (prendre soin de son enfant), impact sur lien mère-enfant implication des mères dans les soins = impact positif sur le rôle de mère présence du compagnon dans NICU est percu comme une ressource Lieu de spiritualité dans les NICU = ressource (création lien entre mère, enfant, famille, ..) créer des opportunités pour permettre aux mère de se sentir impliqués dans la prise en charge des enfants créer des co-occupation en NICU est important
<b>Questions</b>	place de l'ergo dans l'accompagnement de la mère création de co-occupation

## Article 7

<b>Sources</b>	<b>Article 7 : The American Journal of Occupational Therapy, 2018,USA</b>
<b>Titre</b>	<b>Occupational Therapy's Role in the Neonatal Intensive Care Unit</b>
<b>Thème/objet traité</b>	Rôle de l'ergo
<b>Méthode utilisée</b>	Littérature professionnelle
<b>Population</b>	
<b>Approche théorique</b>	identité professionnelle
<b>Champs disciplinaires</b>	sciences occupations, sciences paramédicales
<b>Principaux résultats</b>	<p>TRAVAIL GENERALE EN NICU DEMANDE :</p> <p>familiarity with relevant medical conditions, procedures, and equipment; an understanding of the individualized developmental abilities and vulnerabilities of preterm and full-term infants; an understanding of relevant theories (see "Education and Training" section); working knowledge of family systems, early social-emotional development, infant mental health, neuroprotection, pain and stress, and the NICU environment; and an understanding of multidisciplinary team collaboration</p> <p>require : families require continuous assessment and a dynamic approach to intervention planning. In collaboration with the family and the multidisciplinary team, the occupational therapist in the NICU designs an individualized intervention plan that incorporates the family's priorities + infant needs</p> <p>define the factors that limit the infant's participation or engagement in those occupations and activities; identify factors that would constitute readiness for engagement in occupations and activities; and, finally, delineate the physical and social environmental supports that will maximize participation of both the infant and the family in the short term and the long term.</p> <p>occupational performance, role competence, and participation in daily life take on a distinctive character in the complex environment of the NICU.</p> <p>occupational therapy practice in the neonatal setting is the occupation-based focus on the development of caregiver-infant co-occupations.</p> <p>occupational therapists must consider client factors of both the infant and the family.</p>
<b>Questions</b>	<p>comment intégrer les facteurs culturels des familles dans les PEC tout en respectant les protocoles de soins ?</p> <p>Comment renforcer la collb pluridisciplinaire pour sensibiliser les autres professionnels de soins au co-occupations ?</p>

## Article 8

<b>Sources</b>	Article 8 BMC Pregnancy and Childbirth, Sarah Coutts , Alix Woldring , Ann Pederson, Julie De Salaberry , Horacio Osioviach and Lori A. Brotto , UK 2021
<b>Titre</b>	What is stopping us? An implementation science study of kangaroo care in British Columbia's neonatal intensive care units
<b>Thème</b>	Kangaroo care (KC)
<b>Méthode utilisée</b>	Qualitatif : dans 11 NICU au Canada + British Columbia (de 6-70 lits) 35 entrevues semi-structurées pour comprendre ce qu'apporte le KC en NICU
<b>Population</b>	11 NICU au Canada + British Columbia (de 6-70 lits) de différents niveaux Neonatologists (3), NICU nurses (9), Nurse Educators (9), NICU clinical managers (5), Occupational Therapists (3), and a Pediatrician (1), Midwife (1), Respiratory Therapist (1), Dietician (1), Physical Therapist (1) and Lactation Consultant (1).
<b>Approche théorique</b>	soins de développement, soins centrés sur la famille
<b>Champs disciplinaire</b>	sciences médicales, sciences paramédicales
	Quatre thèmes principaux ont été identifiés comme barrières et facilitateurs à la pratique des soins kangourou : <b>L'environnement physique de l'USIN</b> (pas assez d'espace, et manque de chaises spécifiques, chambre individuelle) <b>Les croyances des professionnels de santé concernant les soins kangourou + croyance en la faisabilité + compréhension du KC</b> (confusion avec le skin to skin + peu de documentation dessus en service) + <b>routines du service</b>  <b>La variation des pratiques cliniques</b> (besoin d'équipe pluridis + politiques de services) <b>La présence des parents</b> (la communication reçue par les parents au sujet des soins de santé primaires était essentielle pour déterminer leur présence dans les centres de soins, les HCP sont réticents concernant la présence des parents si l'espace est limité + ils ressentent le besoin de « protéger » les parents et de trouver un équilibre entre l'encouragement des soins continus et le risque de culpabilité et de honte si les parents n'étaient pas en mesure d'être présents dans l'unité de soins intensifs néonataux du fait des responsabilités autres en dehors de l'hôpital bcp de HCP reconnaissent l'importance des FCC mais n'utilisent pas ce terme, ils reconnaissent un switch des pratiques avec des pratiques plus parents friendly + difficile de faire comprendre l'importance du KC aux familles qui ne parlent pas la même langue + paid accommodation close to the NICU; meals; paid parking; transportation vouchers; a family room for siblings sont considérés comme des aides à maintenir la présence en NCU)  Ces facteurs pouvaient agir comme barrières ou facilitateurs selon les caractéristiques spécifiques de chaque USIN. Il n'existe pas d'approche unique pour guider la mise en œuvre des soins kangourou, car c'est une intervention complexe et chaque USIN présente des barrières et facilitateurs uniques. Pour améliorer l'adoption des soins kangourou, l'étude recommande de : Favoriser la présence des parents Faire évoluer les croyances des professionnels de santé Trouver des solutions créatives aux contraintes d'espace et de conception des USIN
<b>Résultats</b>	Développer des lignes directrices provinciales pour les soins kangourou en USIN
<b>Questions</b>	Comment les philosophies de soins centrées sur la famille peuvent-elles être mieux intégrées dans les pratiques de l'USIN pour soutenir KC ? Quelles stratégies pourraient aider à surmonter les obstacles identifiés à la mise en œuvre de la KC dans des contextes dotés de ressources comme le Canada ? Comment les pratiques KC peuvent-elles être standardisées dans différentes unités de soins intensifs néonataux tout en tenant compte des facteurs contextuels uniques à chaque site ?

## Article 9

<b>Sources</b>	<b>Article 9, Occupational Therapy Journal of Research, M. Richter, A Angell, P Kellner, J Smith, R Pineda, 2024 USA</b>
<b>Titre</b>	<b>Infant and Parent Outcomes Related to NICU-Based Co-occupational Engagement</b>
<b>Thème</b>	co occupation
<b>Méthode</b>	quantitatif
<b>Population</b>	35 nourrissons dont l'âge gestationnel est inférieur à 32 semaines, nourrissons sans anomalies congénitales
<b>Approche théorique</b>	co occupation
<b>Champs disciplinaire</b>	sciences médicales, sciences paramédicales, sciences de l'occupation
<b>Résultats</b>	<p>Sur les 35 nourrissons prématurés inclus, 28 (80%) ont été placés dans le groupe "Co-occupation parent-nourrisson", ayant reçu la majorité des interventions sensorielles de leurs parents. Les 7 autres (20%) ont été placés dans le groupe "Administré par d'autres", ayant reçu la majorité des interventions de professionnels de santé ou de bénévoles</p> <p>. Le groupe "Co-occupation parent-nourrisson" a montré des résultats significativement meilleurs par rapport au groupe "Administré par d'autres" : Les nourrissons présentaient moins de léthargie selon l'échelle NNNS (NICU Network Neurobehavioral Scale) (p=0,04)<sup>1</sup></p> <p>. Les parents avaient des scores plus faibles sur l'échelle de stress parental (PSS) (p=0,003)<sup>1</sup></p> <p>. Les parents avaient des scores plus faibles sur l'inventaire d'anxiété état-trait (STAI) pour l'anxiété-état (p=0,047)<sup>1</sup></p> <p>. Ces résultats suggèrent que l'engagement des parents dans des co-occupations avec leur nourrisson prématuré en unité de soins intensifs néonataux est associé à : Une meilleure santé mentale des parents (moins de stress et d'anxiété) Un meilleur comportement neurologique du nourrisson (moins de léthargie)</p> <p>. Les parents avaient des scores plus faibles sur l'inventaire d'anxiété état-trait (STAI) pour l'anxiété-état (p=0,047)<sup>1</sup></p> <p>. Ces résultats suggèrent que l'engagement des parents dans des co-occupations avec leur nourrisson prématuré en unité de soins intensifs néonataux est associé à : Une meilleure santé mentale des parents (moins de stress et d'anxiété) Un meilleur comportement neurologique du nourrisson (moins de léthargie)</p> <p>The Supporting and Enhancing NICU Sensory Experiences (SENSE) program has been designed to enhance parent-infant co-occupations in the NICU and improve the health and well-being of both parents and preterm infants. Parents are educated to provide specific doses of daily positive sensory exposures (activities such as skin-to-skin holding, gentle human touch, talking, reading, or singing to the infant)</p>
<b>Questions</b>	<p>d'autres aspects que la léthargie sont ils observés ? Existe il une influence de la durée ou fréquence des co-occupations ? Ou juste le facteur parents vs bénévoles importe ?</p>

## Article 10

<b>Sources</b>	<b>Article 10, Developmental Observer, D. Buehler, 2025 USA</b>
<b>Titre</b>	<b>The Synactiv Model : Individuals, Hospitals and Systems</b>
<b>Thème</b>	NIDCAP
<b>Méthode</b>	Littérature professionnelle
<b>Population</b>	
<b>Approche théorique</b>	Programme de soins
<b>Champs disciplinaire</b>	sciences médicales, sciences paramédicales, sciences de l'occupation
<b>Résultats</b>	<p>les fondements du modèle synactif, développé par Heidi Als Chaque comportement observé chez un individu est l'expression de la dynamique entre ces sous-systèmes. L'environnement externe (bruits, lumières, soins) influence profondément la stabilité ou l'instabilité de ces sous-systèmes.</p> <p>1. Application à l'individu : Le modèle synactif est d'abord pensé pour les nouveau-nés prématurés et vulnérables. La lecture des signaux comportementaux permet aux soignants d'ajuster leurs interventions pour favoriser le développement plutôt que de causer du stress ou de l'instabilité. La prise en compte fine des réponses individuelles permet des soins développementaux personnalisés, pierre angulaire du programme NIDCAP.</p> <p>2. Extension aux hôpitaux (les institutions comme "êtres vivants") Buehler propose une lecture innovante : les hôpitaux eux-mêmes peuvent être vus comme des organismes vivants régis par des sous-systèmes (humains, matériels, organisationnels). Peut être stabilisé ou perturbé selon les interactions entre les acteurs (patients, familles, professionnels, administration).  Un hôpital sensible aux besoins développementaux agit comme un environnement de soutien, favorisant la croissance et la régulation, non seulement pour les patients, mais aussi pour les soignants et les familles.</p> <p>4. Vision des systèmes plus larges Un système de santé peut se stabiliser ou devenir dysfonctionnel selon les politiques, ressources et dynamiques sociales.</p> <p>Cela invite à un changement de paradigme : penser la santé non seulement en termes biomédicaux mais en termes relationnels, interactifs et développementaux.</p> <p>5. Le rôle du NIDCAP dans cette transformation Le programme NIDCAP est présenté comme un levier de transformation systémique : D'abord par son impact sur l'organisation des soins au lit du bébé. Puis par son influence sur la culture hospitalière (travail en équipe, écoute, soutien familial). Enfin, par son potentiel à orienter des réformes plus larges des soins néonataux et pédiatriques.</p> <p>6. Conclusion Chaque niveau d'organisation (individu, service hospitalier, hôpital, système de santé) est interconnecté et fonctionne selon des principes similaires d'interaction dynamique.</p>

## Annexe 18 : Matrices conceptuelles

Concept 1	Sous parties	Variables	Indicateurs
Co-occupations	Occupations (O)	Caractéristiques (Oc)	Oc 1 : activités du quotidien Oc 2 : réalisées pour s'occuper et donner un sens à leur vie Oc 3 : influence des habiletés (physiques, cognitives, sociales) Oc 4 : influence de l'environnement (physique, social) Oc 5 : influence de la culture Oc 6 : expérience individuelle unique Oc 7 : vécue dans des conditions temporelles, socio-culturelles et spatiales identifiées Oc 8 : possède un sens pour la personne qui la réalise, Oc 9 : possède une cadence, un début et une fin Oc 10 : peut être vécue de façon partagée ou solitaire
	Co-occupations (Co)	Interaction (Coi)	Coi 1 : expérience occupationnelle Coi 2 : interaction forte entre les participants Coi 3 : dyade Coi 4 : façonnage de l'interaction Coi 5 : participation active Coi 6 : participation équitable
		Réciprocité (Cor)	Cor 1 : interaction d'émotions, de physicalité et intentions Cor 2 : action physique réciproque Cor 3 : interaction d'émotions, physicalité et intentions Cor 4 : influence l'expérience de l'autre Cor 5 : interaction temporelle Cor 6 : interaction physique
		Sens (Cos)	Cos 1 : sens commun Cos 2 : co-construction du sens Cos 3 : sens partagé mais vécu personnel

Concept 2	Sous parties	Variables	Indicateurs
Théorie de l'attachement	Care giving (C)	Composantes de l'attachement (Ca)	Ca 1 : attachement parents-enfant Ca 2 : lien d'attachement Ca 3 : comportement d'attachement
		Phase de pré attachement (Cpp)	Cpp 1 : 0-3 mois Cpp 2 : influence les comportements des donneurs de soins Cpp 3 : comportement similaire pour n'importe quelle personne Cpp 4 : orientation des signaux
		Phase d'attachement (Cpa)	Cpa 1 : 3-6mois Cpa 2 : attachement restreint aux donneurs de soins Cpa 3 : reconnaissance aux donneurs de soins Cpa 4 : figures d'attachement = base de sécurité → permet capacités exploration
		Phase d'exploration (Cpe)	Cpe 1 : 6/9 mois - 3 ans Cpe 2 : système d'exploration Cpe 3 : attachement sécuritaire (=base de sécurité solide), exploration de son environnement
		Profils d'attachement (Cpf)	Cpf 1 : profils d'attachement non sécuritaire Cpf 2 : stratégies d'attachement Cpf 3 : difficulté de confiance en soi et relation avec les autres
		Bonding (Cb)	Cb 1 : émotions vécues par la mère, sentiment de lien affectif Cb 2 : mis en place en qq heures/jours après l'accouchement Cb 3 : lien construit durant la grossesse et est renforcé à la naissance par la proximité Cb 4 : pousse la mère à s'occuper de son enfant, le protéger, ... Cb 5 : mécanisme hormonaux, biologique et psychologique Cb 6 : active le care giving

	Théorie de l'attachement primaire (T)	Préoccupation maternelle primaire (Tp)	Tp 1 : régression fusionnel entre la mère et son enfant Tp 2 : congruence avec les besoins de son enfant Tp 3 : permettre à l'enfant d'avoir confiance au monde Tp 4 : rôle du père
--	---------------------------------------	--	--

<b>Concept 3</b>	<b>Sous parties</b>	<b>Variables</b>	<b>Indicateurs</b>
Collaboration disciplinaire	Nature de la collaboration (Col)	Mode de collaboration (Colm)	Colm 1 : démarche de co-construction Colm 2 : différence travail de groupe et collaboration Colm 3 : composantes de la collaboration Colm 4 : caractéristiques collaboration informelle
		Type de collaboration (Colt)	Colt 1 : Co disciplinarité Colt 2 : Pluridisciplinarité Colt 3 : Interdisciplinarité Colt 4 : Transdisciplinarité
	Leviers (L)	Facteurs individuels (Li)	Li 1 : Engagement Li 2 : variables psycho-sociales de l'engagement
		Facteurs psychosociaux (Lp)	Lp 1 : Relation d'interdépendance Lp 2 : Influence de facteurs (efforts, relations, soutien, valeurs personnelles) Lp 3 : Communication Lp 4 : Complémentarité des compétences
	Variables influentes (V)	Facteurs institutionnels (Vf)	Lin 1 : croyances et valeurs de l'institution Lin 2 : croyances et valeurs du personnel Lin 3 : théorie des organisations apprenantes
		Facteurs sociaux (Vs)	Ls 1 : niveaux de la collaboration humaine

## Annexe 19 : Notice d'informations entretien



### Notice d'information

## **« L'ergothérapeute en service de néonatalogie »**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, BECK Natacha, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « L'ergothérapeute en service de néonatalogie ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur BECK Natacha à l'adresse suivante [natacha.beck@etu.univ-amu.fr](mailto:natacha.beck@etu.univ-amu.fr) pour lui poser toutes les questions complémentaires.

#### **Objectif de la recherche**

L'objectif de cette recherche est de réaliser une enquête exploratoire sur l'apport de l'expertise des ergothérapeutes, au sein des équipes pluridisciplinaires, en service de néonatalogie. La question de recherche est la suivante :

*Comment les pratiques collaboratives en ergothérapie en néonatalogie, centrées sur le concept de ~~co~~-occupations, renforcent-elle l'attachement entre l'enfant et ses parents ?*

#### **Comment se déroule l'étude ?**

L'étude consiste à participer à un entretien de 45-min-1h.

À la suite de l'entretien, les données récoltées seront analysées afin de répondre à l'objectif de la recherche.

#### **Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?**

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence. Dans ce cas, vos données ne seront pas utilisées dans le cas de l'étude.

L'anonymat de vos réponses sera préservé, aucune donnée vous concernant ne sera récoltée et diffusée.

Les données récoltées seront conservées dans des dossiers privés et sécurisés par des mots de passe puis supprimées après conservation d'un an.

Annexe 20 : Fiche de consentement pour participation à l'entretien

**Formulaire du recueil de consentement  
(en 2 exemplaires)**

**«L'ergothérapeute en service de néonatalogie »**

BECK Natacha, [natacha.beck@etu.univ-amu.fr](mailto:natacha.beck@etu.univ-amu.fr), investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « L'ergothérapeute en service de néonatalogie ».

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « L'ergothérapeute en service de néonatalogie ».

Conformément aux dispositions de la loi CNIL et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles de 25 mai 2018, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur du projet.

Fait à ..... le  
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Natacha BECK

Signature :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Natacha Beck', with a horizontal line underneath.

## Annexe 21 : Grille d'entretien

N° de la question	Sous thématiques	Questions thématiques	Objectifs
1	La pratique en ergothérapie et les co-occupations	Dans le cadre de votre pratique (ancienne pratique), quelles co-occupations identifiez-vous chez les parents et les enfants ? et De quelle manière intervenez-vous pour travailler ces activités avec eux ?	Analyser et décrire les co-occupations identifiées entre les parents et les enfants dans la pratique des ergothérapeutes, ainsi que les stratégies d'intervention mises en place
2	La pratique en ergothérapie et les co-occupations	Quelles stratégies mettez-vous en place pour les aider à surmonter les défis liés à l'engagement dans les co-occupations ?	Explorer les méthodes et stratégies utilisées par les ergothérapeutes pour aider les familles à surmonter les défis liés à l'engagement dans les co-occupations
3	Transition co-occupation et attachement	Selon vous, quel rôle, les co-occupations jouent-elles dans l'interaction entre les parents et leur enfant ?	Expliquer le lien entre les co-occupation et l'interaction entre les parents et leur enfant.
4	Attachement	Comment décririez-vous l'importance de l'attachement parent-enfant dans le cadre de la néonatalogie ? et Comment votre rôle en tant qu'ergothérapeute soutient-il ce processus ?	Examiner l'importance de l'attachement parent-enfant en néonatalogie et analyser le rôle de l'ergothérapeute dans le soutien et le renforcement de ce processus.
5	Transition attachement et pratiques collaboratives	Selon votre expérience, les pratiques collaboratives entre les professionnels de santé et les parents influencent-elles l'attachement parent-enfant ? Si oui, expliquez de quelle façon.	Expliquer le lien entre les pratiques collaboratives et la création d'un lien d'attachement entre les parents et leur enfant
6	Les pratiques collaboratives et les co-occupations	Avez-vous constaté des différences dans la façon dont les équipes médicales réagissent aux co-occupations des parents selon leur approche de soins ?	Evaluer l'influence des co-occupations sur la collaboration entre les équipes soignantes et les familles
7	Les pratiques collaboratives et les co-occupations	Selon vous, quel impact les co-occupations peuvent-elles avoir sur la dynamique d'équipe entre les différents soignants ?	Évaluer l'impact des co-occupations sur la dynamique d'équipe
8	Question de clôture	Avez-vous quelque chose à rajouter ?	Apporter des informations complémentaires non abordées

#### Annexe 24 : Pré analyse de l'entretien avec l'ergothérapeute A

L'ergothérapeute A a réalisé un stage de deux mois où elle intervenait à 10% dans un service de néonatalogie, le reste du temps elle intervenait en CAMSP. Durant son stage, elle ne voyait que rarement les parents, ce qui limitait les possibilités d'interventions en lien avec les co-occupations. Son travail se portait essentiellement sur la prévention des plagiocéphalies via le positionnement et le portage. Quelques conseils étaient donnés aux parents sur la manière de porter leur enfant, mais les interactions étaient brèves. Elle évoque également, le rôle de l'ergothérapeute dans la préparation au retour à domicile, notamment pour rassurer les parents sur leurs capacités à s'occuper de leur enfant. De plus, elle insiste sur l'importance d'être disponible et à l'écoute des parents. L'hospitalisation étant une période anxiogène pour eux. L'ergothérapeute A évoque également l'importance du lien affectif créé à travers des gestes du quotidien comme l'allaitement, le peau ou peau, ... Selon elle, le rôle de l'ergothérapeute est également de soutenir les pères dans la découverte de leur paternité et l'importance de leur rôle. Enfin, elle mentionne l'enjeu de la continuité des soins entre la néonatalogie et le CAMSP, grâce à la connaissance préalable des enfants et de leurs parcours, permettant une prise en charge plus fluide et rapide.

#### Annexe 25 : Pré analyse de l'entretien avec l'ergothérapeute B

L'ergothérapeute B travaille dans un équipe mobile de rééducation, où elle intervient dans les différents service d'un hôpital, y compris le service de maternité en néonatalogie, dans le nord de la Corse. Elle est principalement appelée pour des troubles de l'oralité, en lien avec la succion, ou des situations de handicaps parental. Son intervention vise principalement à accompagner les parents anxieux ou en manque de confiance en eux. Elle insiste sur l'importance de conseiller et donner les informations aux parents avant de les laisser essayer par eux-mêmes afin de renforcer leur confiance et autonomie. Selon elle, l'engagement dans les co-occupations est essentiel pour créer et renforcer le lien d'attachement entre les parents et leur enfant. Cependant, elle explique de l'intégration des ergothérapeutes dans les équipes des services de néonatalogie n'est pas toujours évident, surtout auprès des professionnels les plus âgés. Selon l'ergothérapeute, cela peut compliquer la collaboration. Enfin, elle mentionne l'importance du positionnement et la recommandation du matériel de puériculture adapté pour éviter les problèmes de santé des nouveau-nés et améliorer la qualité de vie familiale. Pour finir, elle insiste sur le rôle de prévention de l'ergothérapeute, qui selon elle, pourrait être encore plus exploité, afin de soutenir l'enfant, les parents mais également l'environnement familial proche dès la maternité.

## Annexe 26 : Analyse thématique de l'entretien avec l'ergothérapeute A

Texte brut	Extraction synthétique	Thème secondaire	Thème principal
<i>ER : qu'il faut savoir que l'ergothérapeute n'intervenait que à 20%, à 10% pardon, sur la néonatalogie donc le reste du temps on était en CAMSP</i>	Peu de temps passé en néonatalogie (lignes 13-14)	Limites de l'intervention ergothérapeutique en néonatalogie	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : On ne voyait quasiment jamais les parents au moment où on y était</i>	Peu de contact avec les parents en néonatalogie (ligne 15)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : la prévention des plagiocéphalies</i>	Intervention sur les déformations du nouveau-né (ligne 19)	Intervention auprès de l'enfant	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : On pouvait un peu répondre à leurs questions, mais à ce moment-là, souvent il y avait les infirmières en même temps ou les auxiliaires de puériculture</i>	Peu de lien avec les parents car l'équipe soignante était déjà présente auprès d'eux (lignes 27-28)	L'équipe soignante Intervention auprès des parents	Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : Elle donnait quand même des petits conseils au niveau du portage du bébé par exemple, mais toujours dans le cas de la déformation</i>	Conseils aux parents dans le cadre de l'intervention sur les déformations (lignes 28-29)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Mais allaitement un petit peu oui. Par rapport au portage justement, comment le [le nouveau-né] maintenir et comment aussi la maman au niveau de son installation à elle</i>	Conseils de positionnement pour la mère lors de l'allaitement Conseil de portage de l'enfant pendant l'allaitement (lignes 41-43)	Intervention auprès des parents Intervention auprès de l'enfant	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Je pense plutôt aux connaissances</i>	Limitations rencontrées par les parents dans leur engagement auprès de leur enfant, du fait de leur manque de connaissance face à la situation d'hospitalisation (ligne 64)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Mais sinon les autres parents c'était beaucoup d'inquiétude, beaucoup de découvertes et beaucoup d'inquiétude aussi sur le futur du bébé, est-ce qu'il va bien aller ? Est-ce que on va pouvoir rentrer à domicile et quand ?</i>	Partage d'inquiétudes vis-à-vis de la situation de leur enfant (lignes 68-70)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Pour le portage, elle déposait le bébé dans les bras de la maman. En lui expliquant</i>	Explication et mise en pratique du portage (lignes 75-76)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Dans la couveuse, oui, c'était une mise en situation. Ou alors soit le bébé était déjà allongé et il y avait une petite déformation qui commençait à s'installer</i>	Mise en pratique de gestes appris aux parents (lignes 76-78)	Intervention auprès des parents Intervention auprès de l'enfant Co-occupations	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Donc là elle [l'ergothérapeute] faisait tout ce qui tournait autour du retour à domicile et de comment s'occuper de son bébé prématuré qui rentre à domicile.</i>	Intervention dans l'anticipation du retour à domicile et accompagner les parents et leur montrer comment s'occuper de leur enfant (lignes 70-72)	Intervention auprès des parents Co-occupations	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Et donc là elle montrait en direct : on met la serviette comme ça... Là c'étaient vraiment des explications.</i>	Explication et démonstrations de gestes (lignes 80-81)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie

<i>ER : Elle pouvait aussi animer des ateliers</i>	Intervention de l'ergothérapeute (ligne 85)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Oui, l'allaitement, c'est super important, que ce soit elle [la mère] ou au biberon. Dans tous les cas, ça crée un lien avec l'enfant.</i>	Rôle de l'allaitement et du lien avec l'enfant (lignes 90-91)	Intervention auprès des parents Co-occupations Lien avec l'enfant	Attachement parents enfant
<i>ER : On se concentrerait aussi beaucoup sur le rôle du père qui est parfois oublié à ce moment-là</i>	Considération et mise en avant du rôle du père (ligne 91-92)	Intervention auprès du père	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Donc l'impliquer lui aussi dans cette activité-là, dans l'activité du portage aussi du coup et même l'aider à installer le bébé dans les bras de la maman. Donc oui, ça favorise le lien avec le bébé</i>	Considération et mise en avant du rôle du père (lignes 94-96)	Intervention auprès du père Co-occupations Lien avec l'enfant	Attachement parents enfant
<i>ER : elle préférerait donner le biberon parce que ça lui faisait peur de tenir un bébé si petit. Et là justement, c'était ça l'axe à travailler : non en fait vous pouvez le prendre.</i>	Appréhension et inquiétudes des parents (lignes 98-100)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Je dirais vraiment être à l'écoute des parents et de leur choix.</i>	Être à l'écoute des inquiétudes des parents (ligne 106)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Je pense que ça passe beaucoup par l'écoute et ne pas forcément directement se mettre dans la peau du thérapeute à donner des conseils</i>	Être dans une posture d'écoute plus que d'intervention (lignes 107-109)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Il y a des moments où quand on avait la chance de croiser le parent, vu que c'était rare, ça nous est arrivé de passer une demi-heure dans la chambre. On risque de ne pas voir les autres bébés</i>	Être à l'écoute des inquiétudes des parents Prendre le temps d'être présente auprès des parents (lignes 112-114)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Je pense que c'est ça aussi qui crée le lien. Après on n'est psychologue, on fait pas du tout ce job là mais juste d'être là et écouter. Elle [la mère] dépose ses craintes et peut-être qu'après elle se sent plus légère pour se dire « je vais continuer à accompagner au mieux mon bébé ».</i>	Ecoute des inquiétudes des parents Bien-être des parents (lignes 117-121)	Intervention auprès des parents Lien avec l'enfant	Interventions en ergothérapie en néonatalogie Attachement parents enfant
<i>ER : Et après au maximum favoriser le portage, l'allaitement juste même si les moments sont peu nombreux au début</i>	Favoriser les interactions parents-enfant (lignes 121-123)	Co-occupations Lien avec l'enfant	Interventions en ergothérapie en néonatalogie Attachement parents enfant
<i>ER : Et aussi accompagner les papas qui sont aussi très inquiets</i>	Être présente pour les pères, prendre en compte leurs inquiétudes et les accompagner dans leur rôle (ligne 123)	Intervention auprès du père	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Si au début ils ne se sentent juste de faire ça, on leur propose juste de l'habiller ou juste de nettoyer un peu je ne sais pas le cordon ombilical ou juste de mettre les mains dans la couveuse, ou juste même de mettre des photos dans la couveuse en noir et blanc</i>	Accompagner les pères dans leur rôle Favoriser les interactions avec l'enfant sans les forcer Prendre le temps d'aller à leur rythme (lignes 124-128)	Intervention auprès du père Co-occupations Lien avec l'enfant	Interventions en ergothérapie en néonatalogie Attachement parents enfant
<i>ER : C'est comme ça qu'on les impliquait et qu'on essayait de créer ce petit lien</i>	Intégrer les parents dans le quotidien de leur enfant (ligne 130)	Co-occupations Lien avec l'enfant	Attachement parents enfant
<i>ER : Chaque soignant a apporté sa part de son métier pour favoriser le lien.</i>	Accompagnement de l'équipe soignante pour créer un lien	Lien avec l'enfant L'équipe soignante	Attachement parents enfant

	entre les parents et leur enfant (lignes 142-143)		
<i>ER : Le matin, on arrivait, c'était la réunion</i>	Réunions pluridisciplinaires (ligne 145)	L'équipe soignante	Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : ils avaient leur propre méthode qui était appliquée dans tout le service. Donc forcément tout était dans le même projet de soins. Donc c'était assez linéaire.</i>	Méthode de soins mises en place dans les services (lignes 157-159)	Méthodes de soins	Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : Donc je sais qu'après, elle [l'ergothérapeute] revoyait les enfants qui étaient en néonatalogie. Dès qu'il y avait une place, elle [l'ergothérapeute] les voyait directement en CAMSP. Donc c'était bien pour engager des co-occupations direct après avec les enfants et avec les parents. Et assurer le suivi.</i>	Suivi des enfants en CAMSP après leur sortie d'hospitalisation en néonatalogie Maintenir le lien avec les parents Assurer un suivi d'hospitalisation (lignes 172-176)	Suivi d'hospitalisation Co-occupation	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Dès qu'il arrive en CAMSP, c'était la seule professionnelle qui faisait le lien. Et elle pouvait directement dire aux équipes, comment ça se passait, ce qui s'est passé avec ce bébé ... Il y a encore une dynamique d'équipe où c'était forcément plus facile de se mettre tous autour de l'enfant et de « dire on va travailler sur ça, on va accompagner les parents de ce côté-là parce qu'on le [le nouveau-né] connaît ».</i>	Assurer un suivi d'hospitalisation Lien avec la nouvelle équipe pluridisciplinaire Continuer à travailler les co-occupations (lignes 178-182)	L'équipe soignante Suivi d'hospitalisation Intervention auprès des parents	Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : Et donc là c'était beaucoup d'accompagnement sur « non, vous êtes capable de vous occuper de votre enfant, vous allez faire les mêmes choses qui étaient faites à l'hôpital. On vous a appris à faire tels soins, le soin de la sonde par exemple, ou l'alimenter par la sonde ». C'était de la réassurance aussi de dire « il a pris du poids, il sait téter tout seul donc il peut téter aussi à domicile ». Là c'était aussi de l'apprentissage de s'il y avait des techniques spécifiques pour le porter. Ou, pour n'importe quelle question de santé ou l'alimentation qui peut être encore un petit peu complexe sur tenir le biberon ou des tétines spécifiques pour faciliter la tétée. Là c'était tout un accompagnement sur ces occupations justement de retour à domicile.</i>	Être à l'écoute des inquiétudes des parents Prendre le temps d'être présente auprès des parents Valoriser leurs compétences (lignes 205-214)	Intervention auprès des parents Co-occupations	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : S'il y avait un besoin d'ergothérapeute sur un retour à domicile, c'était parce qu'il y avait une grosse problématique. Sinon elle me disait que c'était quand même beaucoup l'Hospitalisation A Domicile (HAD) qui gérait et donc les infirmières et les sage-femmes</i>	Retour à domicile Intervention des professionnels (lignes 222-225)	Suivi d'hospitalisation	Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : C'est vrai que l'ergothérapeute est toujours un peu à cheval entre ce que fait le kinésithérapeute, et entre ce que peut faire l'auxiliaire de puéricultrice.</i>	Retour à domicile Intervention des professionnels Champs de compétences	L'équipe soignante	Pratiques collaboratives en néonatalogie

<i>Donc quelquefois on avait un peu les mêmes missions, un peu les mêmes rôles. Donc j'imagine que ça devait être aussi compliqué au retour à domicile de s'imposer et de dire « je viens au retour à domicile » alors que la sage-femme pouvait donner à peu près les mêmes conseils que l'ergothérapeute et vice-versa.</i>	similaires (lignes 227-233)		
---	--------------------------------	--	--

### Annexe 27 : Analyse thématique de l'entretien avec l'ergothérapeute B

<b>Texte brut</b>	<b>Extraction synthétique</b>	<b>Thème secondaire</b>	<b>Thème principal</b>
<i>ER : Ils [professionnels du service de néonatalogie de l'hôpital de XX] ont connu l'ergothérapie grâce à l'orthophoniste</i>	Présentation des interventions en ergothérapie à l'équipe par l'intermédiaire de l'orthophoniste (lignes 8-9)	Intervention auprès de l'enfant	Interventions en ergothérapie en néonatalogie Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : Donc suite à ça, moi je me suis formée</i>	Formations pour mieux prendre en charge les nouveau-nés (lignes 10-11)	Démocratisation des interventions en ergothérapie Faire connaître l'ergothérapie aux équipes soignantes	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : j'ai pu leur dire exactement les missions que je pouvais faire</i>	Présentation des interventions en ergothérapie à l'équipe par l'ergothérapeute (lignes 12-13)	Légitimation de la pratique en ergothérapie Respect des bonnes pratiques	Interventions en ergothérapie en néonatalogie Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : Maintenant, ils m'appellent toujours pour des problèmes de succion au sein ou au biberon, ou s'il y a des parents porteurs d'un handicap</i>	Sollicitation de l'ergothérapeute par les autres professionnels (lignes 15-17)	Démocratisation des interventions en ergothérapie Faire connaître l'ergothérapie aux équipes soignantes	Interventions en ergothérapie en néonatalogie Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : J'ai été appelée pour une maman qui avait une hémiplégié, premier enfant et qui n'avait pas confiance en elle. Elle ne voulait pas lui donner les soins. Je suis appelée aussi pour du positionnement sur les tout-petits, quand ils ont des problèmes de reflux, de choses comme ça</i>	Sollicitation de l'ergothérapeute par les équipes soignantes pour une mère qui avait peu confiance en elle Sollicitation de l'ergothérapeute par les équipes soignantes pour du positionnement pour les nouveau-nés (lignes 17-20)	Intervention auprès de l'enfant Lien avec l'équipe soignante	Interventions en ergothérapie en néonatalogie Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : Juste pour la maman qui avait un handicap. Elle était hémiplégié de naissance. Là j'ai assisté tout ce qui est change, lavage de nez, tous les premiers besoins d'un bébé. Je dirais, tu vois, le bain, l'habillage, les choses comme ça.</i>	Accompagnement d'une mère aux premiers soins de son enfant (lignes 28-30)	Intervention auprès des parents Intervention auprès de l'enfant Co-occupations	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Quand on fait de l'accompagnement avec les parents, c'est parce qu'on est face à des parents très anxieux. Des parents qui n'ont pas confiance en eux, des premiers bébés. Souvent, c'est parce que les parents sont très anxieux qu'on fait un accompagnement en ergothérapie. Sinon on n'en fait pas.</i>	Réalisation des accompagnements parental que dans le cadre de parents ayant peu confiance en eux ou ayant peur de mal s'y prendre avec leur enfant (lignes 30-38)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : c'est les puéricultrices</i>	S'il n'y a pas de problématique parentale particulière, ce sont les puéricultrices qui s'occupent de l'accompagnement parental	Lien avec l'équipe soignante Intervention auprès des parents	Pratiques collaboratives en néonatalogie

	<b>et non l'ergothérapeute</b> (ligne 38)		
<i>ER : D'abord je donne l'information aux parents</i>	Avant toutes intervention auprès des parents, l'ergothérapeute leur donne les connaissances en lien avec la situation (ligne 43)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : je suis très sensible à ce que les parents essaient. Ou du moins, une fois qu'ils ont intégré l'information, je leur demande « qu'est-ce que vous voulez faire vous ? Est-ce que ça vous parle ce que je vous dis ? Est-ce que ça vous paraît cohérent ? Est-ce que vous voulez qu'on essaie tous les 2 ? » Vraiment, moi je mets un point d'honneur sur ça.</i>	Sensible à la participation parentale et les poussent en ce sens s'ils sont d'accord. Elle s'assure de la compréhension et du consentement des parents (lignes 53-57)	Intervention auprès des parents	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : là ils [professionnels du service de néonatalogie de l'hôpital de XX] avaient l'impression que le lien était coupé. Au final, quand je suis montée, que je lui [la mère] ai parlé. Je me suis juste aperçue qu'elle était vraiment apeurée. Donc avec elle, ce que j'ai fait, je lui ai donné les informations. J'ai monté un bébé, je me suis attachée une main dans le dos pour lui montrer que moi aussi j'allais le faire qu'avec une main. J'ai dû lui prouver. C'était lui prouver que c'était possible et qu'elle allait être capable.</i>	Peur des parents en leur manque de compétence peut donner l'impression aux équipes soignantes de ne pas être en lien avec leur enfant. Importance d'écouter et de prendre le temps de discuter avec les parents pour écarter leurs craintes (lignes 67-73)	Intervention auprès des parents Intervention auprès de l'enfant Co-occupations	Interventions en ergothérapie en néonatalogie
<i>ER : Quand on me donnait le tableau de la dame c'était une dame qui n'avait pas du tout d'attachement avec son enfant. Enfin il y avait un problème psychiatrique. Pas du tout. Elle était apeurée, elle n'avait pas confiance en elle et elle avait peur de lui [l'enfant] faire mal ou de le faire tomber.</i>	La crainte des parents de blesser leur enfant et le peu de confiance en leurs compétences peut mener l'équipe soignante à penser à un tableau clinique de trouble psychiatrique en lien avec l'attachement (lignes 77-79)	Intervention auprès des parents Co-occupations Lien avec l'enfant	Attachement parents-enfant
<i>ER : je lui ai montré des images, des vidéos, mais ce n'était pas assez concret pour elle. Donc j'ai monté un bébé, je me suis attachée la main dans le dos, comme elle. J'ai habillé le bébé. Après j'ai habillé son enfant, j'ai demandé si elle voulait que je lui montre. Donc je l'ai fait avec son bébé et après on a fait toutes les 2. Mais on a fait plusieurs fois et je l'ai même accompagné à la maison. Elle a voulu que je monte voir si tout ce qu'elle avait acheté était bien. Enfin vraiment juste un problème de confiance.</i>	Interventions parentales personnalisés afin de leur montrer comment s'occuper de leur enfant et de leur montrer qu'ils ont les compétences pour le faire (ligne 81-87)	Intervention auprès des parents Intervention auprès de l'enfant Co-occupations Lien avec l'enfant	Interventions en ergothérapie en néonatalogie Attachement parents-enfant
<i>ER : ce sont des services fermés. Ils n'ont pas l'habitude d'avoir des ergothérapeutes, donc tu es un peu la pestiférée</i>	Equipes des services de néonatalogie assez fermés aux ergothérapeutes (lignes 96-97)	Lien avec l'équipe soignante Considération de la pratique en ergothérapie	Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : Celles qui me contacte en premier, ce sont les jeunes sage-femmes qui sortent des écoles et qui sont toutes fraîches dans leur formation</i>	Les professionnels jeunes diplômés sont ceux qui sont les plus ouverts à l'ergothérapie (lignes 99-100)	Lien avec l'équipe soignante Considération de la pratique en ergothérapie	Pratiques collaboratives en néonatalogie
<i>ER : C'est très compliqué parce qu'on n'a même pas les mêmes horaires.</i>	Les différences d'horaires entre ergothérapeutes et sage-femmes	Lien avec l'équipe soignante Conditions de travail	Pratiques collaboratives en néonatalogie

<p><i>Nous en ergothérapie, on fait des horaires de bureau. Elles [les sage-femmes] font des horaires de 12h00. Donc on [les ergothérapeutes] n'est pas forcément là au bon moment. Parfois ça peut être reproché. La communication avec les équipes, il faut y aller vraiment avec des pincettes, à tâtons.</i></p>	<p>compliquent la coordination et la communication (lignes 102-105)</p>	<p>différentes pour un même service Considération de la pratique en ergothérapie</p>	
<p><i>ER : pour les anciennes générations, on est des ovnis. Il faut expliquer que tu as fait des formations... Il faut que tu prouves tout.</i></p>	<p>Les professionnels des anciennes générations ne comprennent pas les intervention en ergothérapie. Besoin de légitimer la présence de l'ergothérapeute par les formations qu'elle a pu faire (lignes 108-110)</p>	<p>Lien avec l'équipe soignante Considération de la pratique en ergothérapie Légitimation de la pratique</p>	<p>Pratiques collaboratives en néonatalogie</p>
<p><i>ER : Parfois les parents disent « oui mais enfin la sage-femme, elle m'a dit de faire comme ça. Vous, vous me dites de faire comme ça, je ne sais plus qui écouter ». Moi ce que je leur dis toujours c'est d'essayer de s'écouter déjà et de voir si une technique marche le mieux pour leur bébé.</i></p>	<p>Consignes différentes en fonction des professionnels Invitation à tester les différentes techniques et à garder celle qui correspond le mieux à leur enfant (lignes 111-115)</p>	<p>Lien avec l'équipe soignante Intervention auprès des parents</p>	<p>Interventions en ergothérapie en néonatalogie Pratiques collaboratives en néonatalogie</p>
<p><i>ER : les nouvelles sage-femmes, les jeunes, qui sont sur les soins du développement, sur la NIDCAP. Mais les plus âgées, pas du tout. Souvent les anciennes [sage-femmes], elles sont ancrées dans la structure et elles sont un peu savantes</i></p>	<p>Ecart générationnel existe chez les sage-femmes : les jeunes sont formées aux soins de développement (NIDCAP), tandis que les anciennes restent attachées à des pratiques plus traditionnelles (lignes 124-127)</p>	<p>Lien avec l'équipe soignante Intervention auprès des parents</p>	<p>Pratiques collaboratives en néonatalogie</p>
<p><i>ER : D'ailleurs, il y a une jeune sage-femme qui m'a demandé de participer à un protocole sur le trouble de l'oralité chez les nouveau-nés. Justement pour qu'on ait un petit peu tous la même manière de fonctionner. Je pense que c'est à une volonté de certaines.</i></p>	<p>Proposition de participation à des protocoles de recherche sur le trouble de l'oralité afin d'harmoniser les pratiques Volonté de collaboration chez certains professionnels (lignes 128-131)</p>	<p>Lien avec l'équipe soignante Méthode de soins</p>	<p>Interventions en ergothérapie en néonatalogie Pratiques collaboratives en néonatalogie</p>
<p><i>ER : Tout ça les parents ne sont pas formés. Et je pense que ça on peut l'éviter et ça impacte énormément la qualité de vie de la famille, oui. Ça va vraiment loin.</i></p>	<p>Le manque de formation des parents peut avoir un fort impact sur leur qualité de vie, qu'il serait possible de prévenir (lignes 177-179)</p>	<p>Qualité de vie familiale Intervention auprès des parents Intervention auprès de la famille</p>	<p>Interventions en ergothérapie en néonatalogie Pratiques collaboratives en néonatalogie</p>
<p><i>ER : L'ergothérapeute a l'expertise de ce qui va être le mieux pour le bébé. Il va faire même de la prévention. Une fois que tu es formé à tout ça, même sur le matériel de puériculture, tu vas être en prévention des coliques, des reflux, des problèmes de succion, des choses comme ça</i></p>	<p>L'ergothérapeute apporte une expertise préventive sur le développement de l'enfant, incluant le matériel de puériculture et les troubles courants comme les coliques ou les reflux (lignes 155-158)</p>	<p>Intervention auprès de l'enfant Intervention auprès des parents</p>	<p>Interventions en ergothérapie en néonatalogie Pratiques collaboratives en néonatalogie</p>

## Annexe 28 : Grille d'analyse des entretiens

Ergothérapeutes interrogés	Thème 1 : Interventions en ergothérapie en néonatalogie	Thème 2 : Pratiques collaboratives en néonatalogie	Thème 3 : Attachement parents-enfant
EA	<p>L'ergothérapeute indique qu'elle consacre une faible part de son activité au service de néonatalogie, soit environ 10 % de son temps de travail, le reste étant principalement dédié à des interventions au sein du CAMSP (EA L13-14). En conséquence, les occasions d'intervenir auprès des parents dans le service de néonatalogie demeurent limitées (EA L15), ce temps étant majoritairement consacré à des actions de prévention des plagiocéphalies auprès des nouveau-nés (EA L19).</p> <p>Les interventions, bien que rares, visent à accompagner les parents par des conseils, une écoute attentive de leurs préoccupations, une démarche de réassurance et de valorisation de leurs compétences parentales (EA L68-70, L98-100, L106, L205-214). Il peut également s'agir d'un simple temps d'écoute, sans intervention technique spécifique (EA L107-109, L112-114). Ces échanges incluent parfois des recommandations liées au positionnement de l'enfant, voire de la mère, notamment dans le contexte de l'allaitement (EA L28-29, L41-43).</p> <p>Les modalités d'intervention prennent alors la forme d'explications, de démonstrations gestuelles et de mises en pratique (EA L75-78, L80-81).</p> <p>L'ergothérapeute accorde également une attention particulière à la place du père (EA L91-92), en cherchant à favoriser les interactions père-enfant et à accompagner le père dans la construction de son rôle parental (EA L123-128). Enfin, à la sortie du service de néonatalogie, l'ergothérapeute peut assurer un suivi des enfants au sein du CAMSP, ce qui</p>	<p>L'équipe soignante, composée notamment d'infirmières et d'auxiliaires de puériculture, occupe déjà une place importante auprès des parents, à qui elle dispense conseils et techniques de soins (EA L27-28).</p> <p>La collaboration interprofessionnelle s'organise principalement autour de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, tenues chaque vendredi matin (EA L145). Ces temps d'échange permettent à l'ensemble des professionnels du service de partager le projet de soins, assurant ainsi une cohérence et une harmonisation des pratiques (EA L157-159).</p> <p>Ce travail collaboratif se prolonge également au moment de la sortie du service de néonatalogie. L'ergothérapeute assure alors la liaison avec l'équipe du CAMSP, dans une visée de continuité des soins et d'élaboration d'un plan d'intervention individualisé, tenant compte des besoins de l'enfant et favorisant la coordination entre les différents acteurs (EA L178-182).</p> <p>En cas de problématiques complexes, l'ergothérapeute peut également être amenée à intervenir auprès des infirmières et sage-femmes de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), lors du retour de l'enfant au domicile (EA L222-225). Toutefois, en l'absence de situation particulière, l'intervention de l'ergothérapeute reste limitée, les conseils pouvant être pris en charge directement par l'équipe de l'HAD (EA L227-233).</p>	<p>L'allaitement a été identifié comme une co-occupation essentielle dans le développement du lien d'attachement entre la mère et son enfant (EA L90-91). Toutefois, cette co-occupation peut également inclure le père. En effet, impliquer ce dernier dans des activités telles que le portage ou l'installation du nouveau-né dans les bras de sa mère contribue à renforcer la relation père-enfant (EA L94-96).</p> <p>Par ailleurs, la participation des parents à des soins du quotidien tels que l'habillage de l'enfant, le nettoyage du cordon ombilical ou encore la décoration de la couveuse constitue autant de co-occupations favorisant leur intégration dans la vie quotidienne de leur enfant et soutenant le développement du lien affectif (EA L130). Ces moments partagés représentent des opportunités pour les soignants de devenir des leviers dans la construction du lien parent-enfant (EA L142-143).</p> <p>En complément, le bien-être parental est reconnu comme un facteur facilitateur de ce lien. Offrir aux parents un espace d'écoute pour exprimer leurs craintes et inquiétudes contribue à alléger leur charge émotionnelle, les rendant ainsi plus disponibles pour accompagner leur enfant durant l'hospitalisation (EA L117-121).</p>

	permet de poursuivre l'accompagnement parental amorcé à l'hôpital et de garantir une continuité des soins post-hospitalisation (EA L172-176)		
<b>EB</b>	<p>Les premières sollicitations faites à l'ergothérapeute concernaient des nouveau-nés présentant des troubles de l'oralité, notamment des difficultés de succion au sein ou au biberon (EB L5-8). Afin de répondre de manière adaptée à ces besoins spécifiques, l'ergothérapeute a passé une formation complémentaire ciblée sur la prise en charge des nourrissons (EB L10-11).</p> <p>Les interventions menées par l'ergothérapeute s'articulent principalement autour des troubles de la succion, que ce soit au sein ou au biberon, ainsi que du positionnement de l'enfant. Elles peuvent également concerner les situations dans lesquelles les parents présentent un handicap ou expriment une forte anxiété à l'idée de s'occuper de leur enfant (EB L17-21).</p> <p>Dans ce contexte, l'ergothérapeute intervient pour accompagner les parents dans la réalisation des premiers soins à leur enfant, en leur apportant un soutien concret (EB L28-38).</p> <p>Soucieuse de favoriser la participation parentale, l'ergothérapeute commence par transmettre aux parents les connaissances qu'elle juge essentielles, en veillant à leur compréhension et à leur consentement avant de les inviter à réaliser eux-mêmes les gestes et soins (EB L53-57). Il est également primordial de consacrer du temps à l'écoute et à l'échange, afin d'identifier les véritables freins rencontrés par les parents, certains exprimant une peur de faire mal à leur enfant (EB L67-73).</p> <p>Dans cette optique, le rôle de l'ergothérapeute consiste à proposer un accompagnement individualisé, permettant aux parents de prendre confiance en leurs capacités et de développer</p>	<p>La présence de l'ergothérapeute en service de néonatalogie a d'abord été introduite par l'orthophoniste, qui a présenté aux équipes soignantes les types d'interventions que l'ergothérapeute pouvait proposer (EB L8-9). Par la suite, à l'issue de formations spécifiques, l'ergothérapeute a elle-même pu exposer et développer les différents champs d'action possibles de sa pratique en néonatalogie (EB L12-13). Actuellement, les sollicitations faites à l'ergothérapeute proviennent principalement des professionnels du service, notamment en cas de troubles de la succion, de difficultés de positionnement, ou lorsque les parents présentent un handicap (EB L15-17). L'accompagnement parental reste majoritairement pris en charge par les puéricultrices, en dehors de situations spécifiques (EB L38).</p> <p>Une certaine réticence à l'égard de l'intégration de l'ergothérapie en néonatalogie demeure. Cette réserve s'explique notamment par des différences d'organisation (horaires de travail) entre les ergothérapeutes et le reste de l'équipe soignante, en particulier les sage-femmes, ce qui peut compliquer la coordination et le travail en collaboration (EB L96-97, L102-105).</p> <p>Par ailleurs, certains professionnels issus d'anciennes générations expriment des difficultés à percevoir l'intérêt des interventions de l'ergothérapeute dans ce contexte, obligeant ainsi l'ergothérapeute à devoir justifier régulièrement la légitimité de sa présence au sein du service (EB L108-110). Cependant, les jeunes professionnelles, notamment parmi les sage-femmes récemment diplômées, se montrent plus réceptives à cette approche et sont à l'origine de la majorité des sollicitations d'interventions ergothérapeutiques (EB L99-100). Ce différentiel générationnel semble lié à une formation plus récente intégrant des approches innovantes telles que le programme NIDCAP, contrairement aux pratiques plus traditionnelles valorisées par les générations précédentes (EB L124-127).</p> <p>Malgré ces obstacles, une volonté de collaboration interprofessionnelle est observable chez plusieurs membres de l'équipe, comme en témoigne la proposition faite à l'ergothérapeute de participer à des protocoles de recherche (EB, L128-131).</p>	<p>Le manque de confiance des parents en leurs compétences parentales peut parfois être interprété, à tort, comme une absence de volonté de créer un lien avec leur enfant.</p> <p>En réalité, certains parents éprouvent une importante appréhension à l'idée de s'occuper de leur nouveau-né, par crainte de lui faire du mal. Ce retrait peut se traduire par une diminution des interactions avec l'enfant, ce qui, dans certains cas, peut évoquer des tableaux cliniques proches de troubles de l'attachement, voire de pathologies psychiatriques en lien avec l'attachement (EB L67-73, L77-79).</p> <p>L'insuffisance d'accompagnement ou de formation des parents à s'occuper de leur enfant peut ainsi avoir un impact significatif sur leur bien-être psychologique et leur qualité de vie. Ce mal-être peut également affecter la dynamique conjugale et familiale, altérant les moments de partage et d'interaction avec l'enfant, et, par conséquent, nuisant à l'établissement du lien d'attachement (EB L177-179).</p>

<p>leurs compétences parentales dans les gestes du quotidien (EB L81-87).</p> <p>Enfin, l'ergothérapeute peut également exercer un rôle préventif en apportant son expertise sur le choix du matériel de puériculture adapté en lien avec les troubles de l'oralité (EB L155-158).</p>		
--	--	--

## Résumé

Ce mémoire discute de la représentativité des ergothérapeutes en service de néonatalogie, et interroge la perception des ergothérapeutes quant à l'impact des pratiques collaboratives sur l'attachement parents-enfants, à travers les co-occupations. Une étude qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs, est menée auprès d'ergothérapeute ayant exercé en néonatalogie. Les données sont traitées par analyse thématique. Des ergothérapeutes ont répondu aux entretiens et mettent en évidence une faible représentation de la profession, une diversité dans leurs axes d'intervention ainsi que de nombreux obstacles et leviers à leur intégration. Cette étude met en lumière que les soignants accordent une attention au lien d'attachement parents-enfant, seuls ou en collaboration, à travers les activités du quotidien. L'ergothérapeute peut jouer un rôle de soutien important dans cet accompagnement que ce soit auprès des parents ou des soignants. Son expertise enrichit la collaboration et apporte un accompagnement complémentaire aux familles. L'ergothérapeute peut prendre le relais auprès des familles, lorsque les autres membres de l'équipe ne peuvent pas leur consacrer autant de temps, assurant ainsi une continuité dans l'accompagnement et une dynamique collaborative au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

*Mots clés : Ergothérapie, co-occupations, attachement parents-enfant, professionnels de santé, néonatalogie, travail collaboratif.*

This paper discusses the representation of occupational therapists in neonatal wards, and question their perception of the impact of collaborative practices on parent-child attachment, through co-occupations. A qualitative study, based on semi-directive interviews, is conducted with occupational therapists who have practiced in neonatology. Data are processed by thematic analysis. Occupational therapist responded to the interviews and highlighting a low level of representation of the profession, diversity in their areas of intervention, and numerous obstacles and levers to their integration. This study shows that health professionals pay attention of the parent-child attachment, alone or in collaboration, through daily activities. The occupational therapist can play an important supporting role in this accompaniment, whether with parents or health professionals Their expertise enriches the collaboration and bring additional support to the families. The occupational therapist can take over from families when other health professionals are unable to devote as much time to them, thus ensuring continuity in support and collaborative dynamic within the multidisciplinary team.

*Key words : Occupational therapy, co-occupations, parent-child attachment, health professionals, neonatology, collaborative work.*