

clinique transculturelle

Prématurité et cultures

En néonatalogie, le dispositif d'accueil des parents pourrait intégrer le facteur culturel comme un levier de travail clinique. La prise en compte des valeurs culturelles pourrait ainsi favoriser l'établissement des premiers liens parents-enfant.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés - culture ; lien parent-enfant ; néonatalogie ; parentalité ; prématurité

Prematurity and cultures. In neonatology, integrating the cultural factor into the way parents are included in the care can be used as a clinical working lever. Taking into account cultural values could thereby favour the establishment of the initial parent-child bonds.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords - culture; neonatology; parent-child bond; parenthood; prematurity

Des protocoles en matière d'entrée des familles des nouveau-nés existent dans certains services de néonatalogie. Au vu des représentations culturelles de chacun [1], ils semblent restrictifs.

La culture [1] est une notion complexe sujette à de multiples acceptations et controverses. Or, les questions de cultures et de migration ont encore peu de place à l'hôpital [2]. Ainsi, à la suite de ce constat, des entretiens ont été menés dans différents services de néonatalogie, dont l'analyse des résultats est présentée ici.

Représentations des enfants prématurés

La naissance d'un enfant est un événement important. Cependant, elle peut se révéler compliquée. De nombreux facteurs peuvent en effet rendre délicate la construction des liens parents-enfant.

◆ **Entre autres, la migration, subie ou non, entraîne perte de repères et solitude** face à une nouvelle culture. Dans ce contexte, une naissance peut s'avérer difficile. En effet, dans les sociétés dites "traditionnelles", le

groupe accompagne les individus dans les moments cruciaux de la vie. Les représentations du bébé, du rôle de parents, sont souvent différentes d'un pays à un autre. Pourtant, aucune n'est plus importante qu'une autre, car elles participent à la construction de notre identité culturelle. Il s'agit d'une période de « vul-

Une naissance prématurée fragilise la construction des liens parents-enfant

néralité » [3] pour ces familles.

◆ **Par ailleurs, cette population migrante est parfois confrontée à la précarité**, facteur de risque connu de la prématurité. Or, une naissance prématurée fragilise la construction des liens parents-enfant. De plus, les parents migrants se trouvent brutalement confrontés à la médecine française. L'hospitalisation de ce bébé représente une séparation d'avec sa famille et sa culture. Séparation culturelle qui renforce donc l'expérience de rupture vécue par tous les

parents dans cette situation de prématurité.

Il existe peu d'écrits sur les représentations des prématurés dans d'autres cultures, mais elles semblent différer (encadré 1).

◆ **En revanche, certains ouvrages décrivent les représentations et les soins de l'enfant.**

Ainsi pendant la grossesse des femmes primipares originaires de Pondichéry [4], des rituels de protection sont effectués, tels qu'une cérémonie avec offrandes aux dieux. La grand-mère et la sage-femme traditionnelle transmettent les savoir-faire concernant l'enfant.

◆ **Seize jours après la naissance a lieu la cérémonie du nom.** Un bain traditionnel est donné à l'enfant. Chaque membre de la famille le berce dans un sari au rythme de berceuses tamoules. Cette cérémonie est difficile à mettre en place en service de néonatalogie, lorsque seule l'entrée des parents est permise. De plus, dans cette société, l'enfant dort avec sa mère. Or, en néonatalogie, les nourrissons dorment dans des incubateurs. Le *co-sleeping* est déconseillé par les professionnels de santé, ce qui peut entrer en conflit avec les traditions de ces

Nolwenn Flohic^{a,*}
Infirmière puéricultrice

Mohand Ameziane Abdelhak^b
Psychologue clinicien, psychothérapeute

Marie-Rose Moro^{c,d}
Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, responsable de la pédopsychiatrie de liaison à la maternité de Port-Royal, chef de service de la maison des adolescents de Cochin

^aService de réanimation néonatale de Port-Royal, hôpitaux universitaires Paris centre-site Cochin, 75014 Paris, France

^bHôpital d'Avicenne, 129, rue de Stalingrad, 93000 Bobigny, France

^cUniversité Paris-Descartes, 12, rue de l'École-de-médecine, 75006 Paris, France

^dMaison des adolescents de Cochin, 97, boulevard de Port-Royal, 75679 Paris cedex 14, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
nolwenn.flohic@gmail.com
(N. Flohic).

Notes

¹ Cela est devenu un concept grâce à l'apport de l'anthropologie. Georges Devereux a montré l'importance des langues, des codes sociaux, des soins de puériculture, etc. D'autres chercheurs ont montré que la culture était en mouvement perpétuel et relevait d'un processus. Pour en savoir plus : Mouchenik Y. Introduction au concept de culture en anthropologie... Une école de New York ? In: Moro MR, de La Noë Q, Mouchenik Y (eds). Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social. Collection Ethnopsychiatrie. Grenoble: La pensée sauvage; 2006. p. 49-64.

² Livres religieux en format miniature, images saintes, médailles mises dans des sachets plastiques ou accrochées aux parois des incubateurs, etc.

³ Le contre-transfert culturel est l'ensemble des réactions culturelles du chercheur, explicites et implicites, par rapport à son objet de recherche et aux angoisses que cet objet suscite chez lui. Les individus peuvent appréhender différemment le même matériel psychique en fonction de leur culture et de leur singularité. Le contre-transfert culturel peut aller du rejet, du racisme à la fascination. D'après Marie-Rose Moro. Historique et actualités de la clinique transculturelle. Cours du 5 octobre 2013 du DIU Psychiatrie et compétences transculturelles. Pour en savoir plus : Rouchon JF. La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques,

familles. La notion de famille est, elle aussi, codée culturellement.

Codages culturels de la famille

♦ **La famille et l'enfant sont des notions ayant beaucoup évolué en France.** Le modèle général de la famille patriarcale a éclaté en de nombreux nouveaux schémas : la famille nucléaire, monoparentale, recomposée, homoparentale. La parentalité [5], du fait de ces évolutions, s'est également modifiée. Ce processus de construction est influencé par de nombreux facteurs : collectifs ou privés, conscients ou non, et dépendants aussi des compétences de l'enfant.

Toutes les sociétés n'ont pas les mêmes représentations dans ce domaine non plus. « *La manière dont est conceptualisée la nature de l'enfant, ses besoins, ses attentes, ses maladies, les modalités d'éducation et de soins, est largement déterminée par la société à laquelle il appartient.* » [6]

♦ **Ainsi, dans les sociétés dites "traditionnelles", la naissance d'un enfant et son éducation**

sont affaire de communauté. Les repères intrafamiliaux varient. Dans les sociétés patrilinéaires, les enfants appartiennent au père. La sœur aînée de ce dernier est responsable d'eux. Dans les sociétés matrilineaires, les enfants appartiennent à la mère. L'enfant est en interaction constante avec le groupe communautaire de celle-ci. Souvent les coépouses ou les sœurs et frères élèvent les enfants d'un autre. Les Pères du Cameroun [7] en sont un exemple (encadré 2).

♦ **L'importance de l'oncle maternel est retrouvée dans d'autres sociétés d'Afrique** où il est nommé "papa", d'où la possible incompréhension des soignants lorsque deux "papas" se présentent pour voir leur enfant. Or, dans certains services, seuls les parents ayant reconnu juridiquement l'enfant peuvent venir le voir. Pourtant, en France, la naissance d'un enfant à la maternité est suivie d'une présentation sociale : les visites reçues. Mais cette présentation, en réanimation néonatale, n'a lieu que lorsque l'enfant sort du service.

Pourtant, accueillir tous les pères d'un enfant prématuré, dont celui ayant une fonction symbolique primordiale, est un acte important pour la reconnaissance de celui-ci.

♦ **De nombreuses cultures ne rentrent pas dans la vision française de la famille.** Ainsi, dans le taoïsme [8], à la naissance d'un enfant, c'est la grand-mère qui en prend soin pendant 40 jours.

♦ **Il faut donc apprendre à se décentrer de notre culture** et ne pas oublier que nos pratiques sont ancrées dans celle-ci. « *Il faut pouvoir penser qu'il y a plusieurs ordres possibles, que les règles de parenté et le repérage à l'intérieur de la famille doivent correspondre à la réalité de sa structuration et non pas à la projection de nos propres règles* [2] ». Ignorer ces différentes filiations peut influencer sur la construction des premiers liens. Or, les services de néonatalogie sont soumis à des protocoles, laissant pour l'instant peu de place à l'adaptation culturelle.

Réanimation des liens parents-enfant en néonatalogie ?

♦ **Les services de réanimation néonatale** prennent en charge les enfants nés prématurés ou à terme, et sont considérés comme des lieux de haute technicité. Pourtant, le contexte hospitalier, la séparation d'avec la famille, ainsi que la maladie, entraînent un sentiment de solitude lié à cette technicité, notre « *culture hospitalière* » [9] imposant son savoir expert à celui, profane, des patients [10]. En effet, les représentations de la maladie et les attentes de soins divergent, révélant parfois une incompréhension mutuelle [11]. Les différentes cultures y ajoutent un degré de complexité.

♦ **À leur création, ces services**

Encadré 1. Chez les Touaregs de l'Azawagh (Niger)

♦ **Selon la culture des Touaregs de l'Azawagh**, la procréation survient lors de la rencontre entre une eau féminine (*aman n tantut*) et une eau masculine (*aman n ales*) au sein de l'utérus.

♦ **À la naissance de l'enfant**, un ange descend et lui attribue l'âme-souffle (*infas*), manifestée par le premier cri. Un prématuré, « *un enfant qui n'a pas atteint son lieu* »¹ (*barar wa wer nénéwéd édag-net*), né après six mois de gestation, a un faible poids, une petite taille et présente des difficultés respiratoires. Une des causes de la prématurité serait la rupture de l'équilibre thermique (excès d'aliments considérés comme chauds ou froids).

♦ **Les soins thérapeutiques** diffèrent eux aussi. Ainsi, le prématuré est lavé avec de l'eau contenant de l'aggar², permettant de durcir sa peau et de la rendre imperméable aux agressions des forces maléfiques.

¹ Walentowitz S. L'enfant qui n'a pas atteint son lieu. Représentations et soins autour des prématurés chez les Touaregs de l'Azawagh (Niger). L'autre. 2004;5:227.

Encadré 2. Chez les Père du Cameroun

- ◆ **Les Père du Cameroun** sont une communauté matrilineaire. Les enfants appartiennent au lignage de leur mère. Le père et l'oncle maternel ont des fonctions différentes, mais tout aussi importantes.
- ◆ **Le père** a une relation personnelle avec ses enfants, et des fonctions rituelles : dation du nom, initiation aux mystères du gèrèm^{1,2}, purification rituelle pour le mariage de sa fille, rites funéraires.
- ◆ **L'oncle maternel** a une fonction collective : souci de la fertilité du clan, « coupe médicament »² (soigner les maladies), circoncision de ses neveux, tout pouvoir sur la descendance du clan en dernière instance.

¹ Principale force magique résidant dans des instruments de musique, et utilisée par les guérisseurs Père dans des rites initiatiques et thérapeutiques.

² Pradelles CH. Rites thérapeutiques dans une société matrilineaire. Le gèrèm des Père (Cameroun). Paris: Karthala; 2005.

étaient fermés à toute visite par crainte du risque infectieux [9]. Ils se sont ouverts aux parents à la suite d'études sur la rupture du lien mère-enfant [12].

◆ **Un référentiel de la société américaine en soins intensifs** de 2004-2005 [13] décrit l'intégration de la famille dans le soutien du proche hospitalisé en réanimation adulte. Il recommande la présence 24 h/24 h des membres de la famille ou des amis. Ce n'est pas le cas dans tous les services de néonatalogie, où les visites sont encadrées par un protocole strict.

Entre hôpital et cultures

◆ **En réanimation néonatale, les soignants rencontrent des migrants.** Ils essayent de prendre en compte les différences culturelles et religieuses dans leurs soins : mise à disposition d'une liste de représentants de divers cultes officiant à l'hôpital, objets religieux dans les incubateurs². L'intégration de ces éléments permet un renforcement de la parentalité [14] et augmente l'efficacité thérapeutique. Une circulaire du 25 novembre 2004 [15, 16] relative à la prise en charge

des couples parents-enfant décrit d'ailleurs plusieurs points essentiels : personnalisation de l'accueil, des soins, des conditions de confort et de bien-être des parents et de leur enfant. Cependant, il est difficile de se décentrer de nos schémas culturels, d'échapper au contre-transfert culturel [17]³, car ces différences touchent à nos valeurs les plus ancrées. Il est donc important de réfléchir autour de ces questions d'altérité afin de construire un cadre thérapeutique pertinent et évitant les conflits.

◆ « *Accompagner un bébé grand prématuré, accompagner ses parents, c'est, pour un soignant, être renvoyé à ses propres émotions [...] et surtout accepter l'idée que les parents ne réagissent pas comme on aimerait qu'ils le fassent, accepter qu'ils ne soient pas conformes à l'idée qu'on se ferait d'eux dans cette situation* » [12].

Des dispositifs transculturels existent à l'hôpital Avicenne de Bobigny [18] et à l'hôpital Cochin à Paris [19] depuis plusieurs années, afin de prendre en compte ces différences. Des migrants d'origines diverses

sont accueillis par une équipe de thérapeutes d'origines culturelles et linguistiques différentes, formés à la clinique, la psychanalyse et l'anthropologie, en consultations groupales et/ou individuelles. Ce dispositif métissé est centré sur la notion d'altérité [20]. Cependant, ici, la finalité n'est pas la création de dispositifs transculturels spécifiques, mais l'augmentation des compétences transculturelles des professionnels de néonatalogie.

◆ **Construire un véritable partenariat avec les parents et leur famille** et reconnaître leurs compétences sont un enjeu majeur. Cela permet d'enrichir la relation avec l'enfant et de lui apporter un meilleur développement neurocomportemental [21]. Sachant donc l'importance, pour certaines cultures, de la place de chaque membre dans le groupe familial, et au vu des conditions de visite en service de néonatalogie, la construction des liens parents-enfant de familles migrantes pourrait-elle être plus difficile ?

Matériel et méthode

Dans le cadre de l'enquête exploratoire, six entretiens semi-directifs, d'environ une demi-heure chacun, ont été réalisés au sein de trois services de néonatalogie de types II et III, avec : deux infirmière, une auxiliaire de puériculture, deux psychologues et une pédiatre.

L'analyse descriptive du contenu et l'extraction thématique sont présentées ci-dessous.

Résultats

Famille et cultures : professionnel ou personnel ?

◆ **Les différents entretiens** ont montré que la représentation familiale des soignants correspond au modèle de la famille

² Poudre des gousses du gommier rouge (*Acacia nilotica*), arbre appelé localement *taggart*.

cliniques et thérapeutiques. Thèse
pour le diplôme d'État de docteur
en médecine (DES de psychiatrie).
Université de Nantes: Faculté
de médecine; 2007.

Références

- [1] Mouchenik Y. Introduction au concept de culture en anthropologie... Une école de New York ? In: Moro MR, de La Noë Q, Mouchenik Y (eds). *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Travail clinique, travail social. Collection Ethnopsychiatrie. Grenoble: La pensée sauvage; 2006. p. 49-64.
- [2] Moro MR, Neuman D, Réal I. *Maternités en exil*. Grenoble: La pensée sauvage; 2008.
- [3] Moro MR, de La Noë Q, Mouchenik Y, Sharara R. De la vulnérabilité des mères migrantes et de leurs enfants à la résilience. In: Moro MR, de La Noë Q, Mouchenik Y (eds). *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Travail clinique, travail social. Grenoble: La pensée sauvage; 2006. p. 385-400.
- [4] Moysan-Boulaye G. Rites de la petite enfance et maternage chez les mères originaires de Pondichéry. Mémoire du diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle. Paris: Université Paris-13; 2004-2005. p. 26-55.
- [5] Strumeyer C. Qu'est-ce que la parentalité aujourd'hui ? Soins Pédiatr Pueric. 2007;237:16-9.
- [6] Devereux G. L'image de l'enfant dans deux tribus : Mohave et Sedang. Rev Neuropsychiatr Infant. 1968;4:25-35.
- [7] Pradelles CH. Rites thérapeutiques dans une société matrilinéaire. Le gérém des Père (Cameroun). Paris: Karthala; 2005.
- [8] Dozoul AM. Mettre en œuvre une démarche interculturelle dans les soins (diversités culturelles et culturelles). Centre de formation continue du personnel hospitalier de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris. Formation; novembre 2010.
- [9] Pouchelle C. Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes. Seli Arslan. Perspective Soignante. 1999;4:6-35.
- [10] Herzlich AP. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris: Armand Colin; 2007.
- [11] Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris: Payot; 1992.
- [12] Grosclaude M. L'enfant réanimé. Clinique de la rupture et du lien. Toulouse: Érès; 2007. p. 192.
- [13] Rohrbacher E. La place de la famille en service de réanimation. Soins. 2001;756(Suppl.):20-3.
- [14] Coll. La parentalité en question. Soins Pédiatr Pueric. 2007;237:15-36.
- [15] Pillet F. Favoriser le lien parents-enfant en maternité et en néonatalogie. Soins Pédiatr Pueric. 2007;237:30-1.
- [16] Circulaire du 25 novembre 2004 relative à la mise en œuvre de la politique des pôles de compétitivité. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000254383>
- [17] Rouchon JF. La notion

nucléaire. Toutefois, la majorité y adjoint les grands-parents et les oncles et tantes. De façon isolée, un soignant évoque le modèle occidental de la famille et le modèle familial élargi : « Il y a ce qu'on appelle la famille nucléaire, mais on a tous une famille beaucoup plus large avec les grands-parents, les ancêtres ».

Un autre professionnel exprime sous la notion de "famille" les liens du sang et ceux se forgeant au fil du temps. Il ajoute que la présence de la famille et le rôle qu'elle doit jouer sont sujets à interprétation selon les cultures, et précise : « Les cultures s'étonnent mutuellement ». Il raconte que, dans certaines cultures, la présence des grands-parents est considérée comme normale, leur absence comme incorrecte. Au contraire des "Caucasiens", où elle serait perçue comme une intrusion dans la vie du couple. Au final, la moitié des soignants n'exprime pas spontanément l'existence d'autres modèles familiaux.

♦ **Il est difficile de se décentrer de nos schémas culturels :** « Leurs cousines ou leurs cousins sont des frères et sœurs, on est perdus. Quelquefois ils nous embrouillent la tête. On a l'impression qu'ils jouent un peu sur les deux tableaux ».

Cette incompréhension peut conduire à des jugements. L'un des soignants relate : un étudiant pensait que l'absence de parents asiatiques auprès de leur enfant était due à un trouble dans la construction des premiers liens. Il lui a été expliqué que certaines coutumes interdisaient à la mère de s'occuper de son enfant pendant 40 jours. Toutefois, ceci n'est pas systématique. Les migrantes peuvent aussi se métisser. En effet, la culture est sujette à interprétation [22]. Seuls les

parents peuvent choisir de respecter ou non cette coutume.

Culture hospitalière et accompagnement des familles

♦ **Tous les services interrogés accueillent une population cosmopolite** du fait de leur implantation en région parisienne. Ni les différentes professions, ni le niveau de technicité des services n'influent sur l'entrée des familles. Celle-ci reste soumise à un protocole strict qui permet l'entrée des parents 24 h/24 h, et celle des frères et sœurs sous certaines conditions. Un seul des services permet aux grands-parents d'entrer régulièrement. Les autres membres de l'entourage n'y sont pas autorisés, sauf exception (gravité de l'état de santé de l'enfant).

♦ **L'entrée de la famille** dans ces services de néonatalogie est donc restreinte au modèle de représentation occidentale de la famille nucléaire.

Incompréhensions mutuelles

♦ **La moitié des professionnels a déclaré que le dispositif d'accueil des familles** est adapté, bien que des améliorations soient possibles. Néanmoins, tous ont mentionné des difficultés dans son application : les parents font entrer d'autres personnes malgré leur connaissance du dispositif. Trois soignants ont relaté la venue d'un oncle ou d'une tante se faisant passer pour le père ou la mère du bébé, ou du "chef de camp" de Gens du voyage, qui continuait de venir voir un enfant de sa communauté. Un autre soignant raconte : « Un enfant africain, hospitalisé en pédiatrie, est monté à l'UME [unité Mère-Enfant]. En pédiatrie, il avait un papa. Lorsqu'il est monté à l'UME, ce n'était pas le même papa. Du

coup, on a demandé au deuxième papa s'il était le père. C'était oui. Que faire ? Ils sont revenus ensemble plus tard. Franchement, on n'a pas osé demander d'explication. »

♦ **Ces situations pourraient être rediscutées.** La psychologue du même établissement suggérerait d'ailleurs que le mieux serait d'évaluer chaque situation au cas par cas. Une explication, donnée par le pédiatre, serait l'importance de l'oncle aîné paternel dans les familles d'Afrique du Nord. Importance retrouvée dans le discours de la moitié des professionnels et confirmée par la littérature [7,23]. L'une des psychologues a ajouté que lors du décès d'un enfant, l'équipe s'adapte aux coutumes d'autres cultures. En demandant ce qui peut être fait, des impairs peuvent être évités. Une méthode semblable pour l'entrée des familles d'un nouveau-né pourrait être appliquée. Elle s'interroge d'ailleurs : « Il y a leur aspect culturel. Je pense qu'il y a une importance que nous n'arrivons pas à mesurer et où certaines de ces femmes sont dans la solitude, enfermées dans un schéma occidental. Doit-on garder leur schéma ou les faire venir dans le nôtre ? ». Une question se pose donc : quelle place accorder à la culture à l'hôpital ?

♦ **Une demande institutionnelle justifie l'existence de ces protocoles :** l'investissement trop important de tierces personnes, lors des visites, au détriment de la relation des parents avec leur enfant. Ces difficultés se retrouvent dans les trois hôpitaux, malgré des protocoles plus ou moins souples.

Discussion

Les protocoles de ces services représentent donc bien une

difficulté supplémentaire dans la construction des liens parents-enfant des familles migrantes. Néanmoins, des modulations permettent d'intégrer dans nos soins des éléments culturels, et donc de faciliter la construction de ces liens.

♦ **Ainsi, deux services mettent à disposition un couloir visiteur accessible à tous**, ce qui permet une présentation sociale de l'enfant. Cependant, des réserves sont émises quant à son utilisation : impossibilité aux parents de refuser les visites, difficulté des soins et des entretiens. L'entrée des grands-parents et du reste de la famille pourrait être accordée au cas par cas afin d'éviter l'apparition de troubles dans la relation parents-enfant.

♦ **L'une des psychologues a également parlé de remise en question de sa pratique.** Elle souhaite se former à la clinique transculturelle. En effet, la formation de base de tous les professionnels interviewés laisse peu de place à ces compétences. Pourtant, si l'on se réfère à la charte de l'enfant hospitalisé, article 8, « *L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille* » [24].

♦ **L'autre possibilité, non évoquée par les soignants**, est la présence dans deux hôpitaux d'une consultation transculturelle. Dans le premier service, un seul des quatre professionnels connaît son existence. Il a déjà travaillé avec elle, mais la trouve peu adaptée aux situations d'urgence fréquentes en néonatalogie. Quant au deuxième service, le soignant connaît la consultation, mais n'a jamais travaillé avec elle par méconnaissance des indications du dispositif.

♦ **De fait, la consultation transculturelle ne prend pas en**



Les services de néonatalogie sont aussi des lieux de rencontres et d'échanges autour des valeurs familiales et culturelles.

© BSIP/A/Photo

charge les situations d'urgence, mais peut intervenir lors d'un suivi ultérieur. Les équipes de liaison formées en clinique transculturelle peuvent le réaliser, ainsi que la médiation interculturelle, qui utilise les méthodes transculturelles grâce à la présence d'un soignant, souvent médecin, et d'un interprète formés à ces techniques. Elle s'adresse aux équipes médicales, sur les lieux de soins, pour les aider dans des situations difficiles ou de conflit empêchant la mise en place d'un projet de soins [25]. Par ailleurs, le développement d'une psychiatrie de liaison avec des professionnels formés à la pratique transculturelle et qui se déplace en service de néonatalogie existe, mais elle est encore peu utilisée. Sans doute faut-il augmenter les compétences transculturelles des équipes pour faire ensuite appel à des professionnels formés.

Conclusion

La réanimation néonatale est un haut lieu de technicité, mais également de rencontres et d'échanges autour des valeurs familiales et culturelles. Le contexte hospitalier impose souvent la création d'un protocole de visite restrictif et soumis

à une vision occidentale de la famille. Pourtant, la Convention internationale des droits de l'enfant promulguée par l'Organisation des Nations unies (ONU) en 1989 prône l'apprentissage par l'enfant du respect des valeurs nationales de son pays d'accueil et d'autres civilisations, mais aussi de celles de celui dont il est originaire (article 29) [26]. L'article 30 mentionne également qu'aucun enfant « *ne peut être privé du droit d'avoir sa propre vie culturelle* ». Ces protocoles sont donc un facteur de risque accru dans les défauts de construction des liens parents-enfant.

La clinique transculturelle permet d'interroger nos pratiques et d'amorcer un travail de réflexion autour de ces protocoles. Leur assouplissement permettrait un accueil personnalisé et bénéfique pour les familles et les soignants. Il serait aussi important de sensibiliser tout le personnel à la différence et à l'acceptation de l'autre, ainsi qu'à l'accompagnement et qu'au soutien dynamique et métissé de ces familles.

L'écoute des besoins de chacun, tels qu'ils s'expriment dans leur diversité, est donc, dans les soins que nous apportons, notre meilleur atout. ●

Références

- de contre-transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine (DES de psychiatrie). Université de Nantes: Faculté de médecine; 2007.
- [18] Moro MR, Moro Gomez I, Abbal T et al. Avicenne l'andalouse. Grenoble: La pensée sauvage; 2003.
- [19] Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Paris: Odile Jacob; 2008.
- [20] Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France. Paris: Hachette; 2004.
- [21] Martel MJ, Millette I. Les soins de développement. Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré. Montréal (Québec): Éditions de l'hôpital Sainte-Justine; 2006.
- [22] Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris: Gallimard; 1983.
- [23] Dugnat M. Bébés et cultures. Toulouse: Éditions Érès; 2008. p. 69.
- [24] Charte européenne de l'enfant hospitalisé. <http://www.apache-france.com/index.html?menu=56870&id=56850>
- [25] Bouznah S, Larchanche S. Clinique et Médiation. Cours du 5 avril 2014 du DIU Psychiatrie et compétences transculturelles. Paris; 2014.
- [26] ONU. Convention relative aux droits des enfants. 20 novembre 1989. <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

relation

Communiquer autrement en crèche familiale

Isabel Poulet

Assistante maternelle

Nolwenn Boudon*

Infirmière puéricultrice,
directrice

Crèche familiale

Jean-Louis-Mathieu,
2 rue Geneviève-Raindre,
28130 Maintenon, France

La communication gestuelle associée à la parole, ou langue des signes “bébé”, est un outil de communication qui tend à s’implanter de plus en plus au sein des crèches. Elle apporte de nombreux bienfaits tant pour les enfants que pour les professionnels, notamment en améliorant les échanges et la qualité d’accueil des jeunes enfants et de leurs familles.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - communication ; évolution des pratiques ; formation ; langue des signes “bébé” ; projet éducatif et pédagogique

Communicating differently in family childcare centre. Gestural communication associated with speech, or baby sign language, is a communication tool that is becoming more and more established in childhood care and education centres. It brings many benefits for both children and professionals, mainly by improving verbal exchanges as well as the quality of care for young children and their families.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - ‘baby’ sign language; communication; educational and paedagogical project; evolution of practices; training

20

Tout professionnel¹ tend à veiller au bien-être des enfants accueillis en structure. Or, quel professionnel n’a pas, un jour, ressenti de l’impuissance face à un enfant dont on ne comprend pas une demande qui semble lui tenir à cœur ? La connaissance de l’enfant et le partage en équipe permettent de limiter ces incompréhensions, mais d’autres outils peuvent aussi faciliter les échanges. À la crèche familiale de Maintenon (28), nous avons été formées à la communication gestuelle associée à la parole, outil qui nous semblait répondre à cette problématique. L’équipe de la crèche familiale est composée de 12 assistantes maternelles, une animatrice ayant un certificat d’aptitude professionnelle accompagnant éducatif et petite enfance, une éducatrice de jeunes enfants et une directrice puéricultrice. Elle accueille 35 enfants. C’est un service familial, car l’enfant est accueilli au sein du foyer d’une assistante maternelle, et collectif, car chaque assistante maternelle accueille plusieurs enfants et participe à des temps d’éveil dans les locaux de la crèche. Nous avons choisi de nous engager dans l’apprentissage en communication gestuelle associée à la parole. Autrement appelée la langue des signes “bébé”.

Les bases de la culture sourde

♦ En France, au XVIII^e siècle, l’abbé de l’Épée rencontre des sœurs jumelles sourdes communiquant entre elles par signes. Il a alors l’idée de regrouper ces signes dans un alphabet à deux mains et de l’enseigner gratuitement [1]. En 1791, deux ans après sa mort, s’ouvre la première école publique pour les sourds : l’institut Saint-Jacques à Paris (75) [2]. Un de ses disciples, Laurent Clerc, a ensuite diffusé la langue des signes aux États-Unis [3].

♦ À la suite du congrès de Milan en 1880 réunissant les spécialistes de l’enseignement pour les sourds et sous l’influence de la religion, la langue des signes a été interdite jusqu’en 1991 pour la substituer, en Europe, par une méthode d’enseignement oral [4]. En 2005, elle est reconnue comme langue en France et devient une épreuve facultative de langue vivante au baccalauréat [5].

La communication préverbale

♦ Dans les années 1980 aux États-Unis, le spécialiste de la langue des signes américaine (ASL) Joseph Garcia remarque que les enfants sourds ou grandissant dans une famille avec au moins un des parents sourd commencent à communiquer plus tôt que les autres. Il approfondit ses recherches et en fait le sujet de sa thèse. Il crée ensuite un lexique des signes issu de l’ASL pour communiquer avec les enfants préverbaux [6].

Repères historiques

Historiquement, les premières traces de personnes malentendantes remontent à l’Antiquité.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :
nolwenn.flohic@mairie-
maintenon.fr (N. Boudon).

Tableau 1. Quelques bénéfices de la communication avec la langue des signes bébé

Pour les enfants	Pour les adultes
Réduction des frustrations devant le fait d'être incompris	Meilleure compréhension des besoins des enfants
Développe le sens de l'observation	Développe le sens de l'observation
Développe la motricité fine	Développe la motricité fine
Renforce le lien entre les enfants et les adultes et entre eux	Renforce le lien entre les enfants et les adultes, avec les parents et entre les collègues
Rencontre d'une autre culture	Rencontre d'une autre culture
Prépare l'apprentissage de la lecture grâce à la scansion	Augmente les compétences professionnelles, dont le développement de la créativité
Valorise les compétences personnelles	Valorise les compétences personnelles
Lors de l'acquisition du langage : le vocabulaire est plus riche et précis et n'intervient que lorsque l'enfant se sent prêt	Attention portée sur le choix des mots employés pour plus de précision et de compréhension des signes auprès des enfants

◆ En 1982, Susan Goodwyn et Linda Acredolo, psychologues américaines, créent un répertoire des codes gestuels des enfants mais aussi des signes simples issus de l'ASL, nommé *baby sign*. Les études de ces deux universitaires ont montré que cette méthode permettrait aux enfants de communiquer plus tôt, d'avoir un vocabulaire plus riche une fois la parole acquise et augmenterait leur confiance en eux [7].

◆ En France, le concept de la communication gestuelle associée à la parole arrive en 2006 grâce à l'association Signe avec moi, créée par Nathanaëlle Bouhier Charles et Monica Companys [8]. Nous utilisons ce dernier à la crèche familiale.

Principes de la langue des signes bébé

◆ Il s'agit d'un outil de communication issu de la langue des signes française (LSF) mais adapté aux capacités motrices des enfants. Nous ne signons pas de phrases entières, seulement des mots clés de notre quotidien. Chaque signe est accompagné verbalement. La langue des signes bébé permet d'améliorer notre communication : mieux se comprendre et se faire comprendre avant l'acquisition de la parole par les enfants.

◆ Elle peut s'introduire à tout âge. L'enfant, lui, sera en capacité de reproduire les signes quand il aura l'usage libre et intentionnel de ses mains, soit à partir de 6 à 9 mois, mais surtout quand ce dernier s'en sentira prêt et en aura l'envie.

◆ Elle apporte de nombreux bienfaits tant au niveau des enfants et des familles que des professionnels (tableau 1). Signer ne retarde pas l'apparition du langage. Il développera d'ailleurs un vocabulaire plus varié au moment du déclenchement du langage oral. Une comparaison est souvent utilisée : « Les signes sont à la parole ce que le

« quatre pattes » est à la marche. » L'envie de parler ou de marcher n'est pas freinée [9].

Témoignages

Les objectifs recherchés, la mise en pratique de la communication gestuelle associée à la parole et les difficultés rencontrées varient d'une professionnelle à l'autre dans l'équipe.

Les points de vue évoqués dans les encadrés 1 et 2 relatent notre apprentissage et notre pratique individuelle et professionnelle. Toutefois ils ne sont en rien exhaustifs du vécu de chacun.

Ces témoignages montrent que la langue des signes bébé nous a apporté de nombreux bénéfices tant au niveau de notre pratique professionnelle que de notre communication. Certaines difficultés restent pour autant d'actualité, telles que faire vivre la langue et former de nouveaux professionnels intégrant la crèche familiale

Cas de Jérémy

Jérémy², né le 26 janvier 2015, est entré en crèche familiale en 2016. Lors du démarrage de la formation en novembre 2017, il est donc âgé de 2 ans et 9 mois. Son développement psychomoteur est adapté à son âge, mais il ne parle pas, que ce soit chez lui ou à la crèche. Il émet uniquement des sons. Il n'y a pas de pathologie médicale décelée. C'est très frustrant pour lui, car il a du mal à se faire comprendre et il arrive régulièrement à son assistante maternelle de finir par lui dire qu'elle ne comprend pas.

Du côté des parents, d'emblée la mère de Jérémy se montre intéressée par le projet et signe avec son enfant. Le père, quant à lui, n'y trouve pas d'utilité, car son fils n'est pas malentendant. Son souhait est que Jérémy parle rapidement et pour lui ce projet n'est pas un moyen qui permettrait d'y arriver.

Notes

¹ Lire professionnel(s) et professionnelle(s).
² Pour préserver l'anonymat de l'enfant, nous avons modifié son prénom.

Références

[1] Institut national de jeunes sourds de Paris. Charles Michel de L'Espée, dit l'Abbé de l'Épée (1712-1789). www.injs-paris.fr/page/charles-michel-lespee-dit-labbe-lespee-1712-1789.
[2] Institut national de jeunes sourds de Paris. L'histoire. www.injs-paris.fr/page/lhistoire.
[3] Institut national de jeunes sourds de Paris. Laurent Clerc (1785-1869). www.injs-paris.fr/page/laurent-clerc-1785-1869.
[4] Encrevé F. Réflexions sur le congrès de Milan et ses conséquences sur la langue des signes françaises à la fin du XIX^e siècle. *Le Mouvement social* 2008; 2(223):83-98.
[5] Code de l'éducation. Article L312-9-1. www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006524761&cidTexte=LEGITEXT000006071191.
[6] Garcia J. Sign with your baby. Seattle, Bellingham (États-Unis): Sign2Me Early Learning, Northlight Communications Inc.; 2002.
[7] Acredolo L, Goodwyn S. How to talk with your baby before your baby can talk. 3^e ed. New York (États-Unis): McGraw-Hill; 2009.
[8] Bouhier-Charles N, Companys M. Signe avec moi. La langue gestuelle des sourds à la portée de tous les bébés. Rives-du-Loir-en-Anjou: Éditions Monica Companys; 2006. p. 7-14.
[9] Fauchier-Delavigne M. Parler avec les mains. 2016. www.lemonde.fr/grands-formats/visuel/2016/05/08/parler-avec-les-mains_4915576_4497053.html.

Pour en savoir plus

• Franqueza C. Formatrice en communication gestuelle associée à la parole. Nos bébés à portée de mains. www.facebook.com/pg/nbbp2m
• Nougazolles C, Galon A. Bébé s'exprime par signes ! coll. Aider à grandir. Paris: Éditions Mango; 2016.
• Sorgniard S, Companys S. Nounou signe. Savoir-faire en communication gestuelle des assistantes maternelles. Rives-du-Loir-en-Anjou: Éditions Monica Companys; 2016.
• Thomas I, Companys M. Encore ! Jouer, chanter et... signer. Bébé adore ça ! Rives-du-Loir-en-Anjou: Éditions Monica Companys; 2009.

Encadré 1. Point de vue de l'assistante maternelle

« Je suis assistante maternelle au sein de la crèche familiale de Maintenon depuis douze ans. Quand la direction et la formatrice nous ont présenté le projet de communication gestuelle associée à la parole, toute l'équipe était très enthousiaste. Nous pensions que cela nous apporterait un outil pour mieux comprendre les enfants qui ne parlent pas encore, réduisant ainsi leurs frustrations, et que cela permettrait une augmentation et une valorisation de nos compétences professionnelles, ainsi qu'une ouverture sur le monde du handicap. J'avoue que je croyais que la formation ne serait pas suffisante pour pouvoir pratiquer la langue des signes bébé, mais j'ai été agréablement surprise. À partir de jeux, de chansons, de comptines et autour de moments ritualisés de la journée (repas, repos, change...), nous avons très vite acquis un vocabulaire de base que nous agrémentons à l'aide de livres, d'applications ou de tutoriels. La formation en équipe a énormément aidé. Chacune relançant notre motivation à différents moments. La principale difficulté fut au départ notre manque de souplesse des mains et de précision. Si les signes sont assez intuitifs, il suffit de changer le positionnement de la main sur le corps, par exemple, pour changer le mot évoqué ! Nous nous reprenions donc entre collègues sur les signes utilisés. Pour ma part j'ai introduit progressivement les signes à mon domicile. D'abord en chansons, ensuite à des moments ritualisés et, enfin, dès que j'y pensais. D'emblée je me suis aperçue que signer tout en parlant attirait plus facilement l'attention des enfants. De plus, le fait de devoir réfléchir aux signes que j'allais utiliser (au début cela ne vient pas automatiquement) et de me

placer face aux enfants et à leur hauteur m'a permis de faire passer mes messages plus posément et de manière plus efficace. Une autre difficulté rencontrée est liée aux groupes d'enfants accueillis. En effet, c'est encourageant pour nous de voir apparaître dans les mains des enfants des signes. Or, si dans le groupe, les enfants sont en bas âge (moins de 1 an), ce retour n'apparaît pas tout de suite, ce qui peut être décourageant. Mais quel plaisir de découvrir un beau jour que les enfants commencent à signer. Chaque enfant est différent et leurs réactions sont très variées :

- certains semblent être complètement imperméables aux signes mais nous surprennent parfois en signant des mots difficiles ;
- d'autres adoptent vite les signes, mais dès que la parole est acquise, les abandonnent ;
- d'autres aiment signer avec nous lors des chansons, des lectures, etc. ;
- certains ayant déjà acquis la parole les utilisent avec les plus petits.

J'ai rencontré, lors de mes accueils, des enfants ayant signé dès l'âge de 10 mois le mot "encore" ou demandé de l'eau avant 1 an. Les signes sont aussi très utiles pour exprimer les émotions, telles que "tristesse", "pleurs" ou "peur". Je suis aussi devenue plus attentive à leurs gestes, car je "cherche" les signes et parfois le signe n'est pas identique aux nôtres, car leur motricité fine est encore limitée. L'intérêt des parents concernant le projet est aussi un facteur de motivation. Parfois cet intérêt ne se manifeste pas ou vient plus tard, quand l'enfant commence à signer à la maison. »

Dès la mise en place des comptines signées lors de nos temps de regroupement, Jérémy se met à signer, de manière très précise. Son assistante maternelle, Mme G., signe de façon régulière, communiquant sur tous les moments de la journée. Les premiers signes acquis par Jérémy sont : "gâteau", "doudou" et "tétine". Il commence rapidement à communiquer par signes : il demande des comptines signées, car il adore les chansons, il échange sur ses journées, sur les jeux, sur les couleurs, etc. Régulièrement, Mme G. voit apparaître de nouveaux signes dans ses mains. La communication gestuelle associée à la parole a été très utile au moment de l'acquisition de la propriété. En effet, Jérémy devait prendre la main de Mme G. pour lui montrer les W.-C. Cela se révélait parfois trop long pour lui et s'ensuivaient des accidents. Avec l'acquisition des signes "pipi" et "caca", le temps d'incompréhension mutuelle a diminué.

Jérémy rentre aussi plus facilement en relation avec les autres enfants accueillis. Il a pu jouer "à la

dînette", signer d'autres chansons avec les autres enfants, etc.

Les incompréhensions ont continué à survenir mais de manière de plus en plus espacée dans le temps. Un mois après l'introduction de la langue des signes bébé, Jérémy a commencé à parler tout en continuant de signer. Son langage a très vite évolué. Cet outil a donc permis à Mme G. d'améliorer l'accueil proposé à ce petit garçon en réduisant les frustrations liées à l'incompréhension mutuelle. Jérémy aurait pu ne pas se saisir de cet outil, mais cela a été le cas et de façon très précise. Il l'a investi pour des actes simples de la vie quotidienne. Il a pu s'exprimer, bien qu'il n'ait pas encore développé cette compétence langagière, et attendre d'être prêt pour se lancer à parler.

Conclusion

La langue des signes bébé n'a pas pour but de faire parler plus tôt les enfants, ni de les rendre

Encadré 2. Point de vue de la responsable de l'établissement

« Je suis infirmière puéricultrice, directrice de la crèche familiale de Maintenon. J'ai rencontré la communication gestuelle associée à la parole dans un contexte personnel. J'ai trouvé cela tellement intéressant que je me suis renseignée sur la faisabilité de ce projet au sein d'une structure d'accueil.

Nouvellement arrivée à ce poste de direction, je souhaitais trouver un projet d'équipe qui nous rassemble toutes autour de valeurs et de pratiques communes. Le fonctionnement de la crèche familiale fait que chaque assistante maternelle travaille à son domicile. Nous ne nous retrouvons donc que lors des temps d'éveil dans nos locaux. Cette particularité entraîne une disparité des pratiques, une difficulté de communication et un esprit d'équipe compliqué à entretenir.

Après une présentation par une professionnelle, lors d'une journée pédagogique, l'équipe a accepté unanimement de se lancer dans le projet. La mairie de Maintenon, le gestionnaire de notre structure, a accepté de subventionner cette formation.

Cindy, la formatrice en communication gestuelle associée à la parole, a été elle-même assistante maternelle en crèche familiale. Cela a beaucoup aidé les professionnelles à s'investir dans ce projet, car la formatrice a émaillé ses enseignements d'astuces pratiques qui résonnaient auprès de toutes.

Outre les bénéfices de la langue des signes bébé évoqués par Cindy auprès des enfants, d'autres avantages sont rapidement apparus.

Notre observation et notre connaissance des enfants se sont affinées. La communication en général s'est améliorée au sein de l'équipe et avec les parents. L'attention de chacun, enfants et adultes, étant soutenue par les gestes.

La langue des signes bébé a permis à certaines assistantes maternelles d'échanger avec les parents sur le projet. Mais aussi sur les activités qu'elles pratiquent chez elles et qu'elles ne pensaient pas à détailler, sur l'apparition éventuelle de signes dans les mains des enfants... Cela a valorisé leurs compétences et les a professionnalisées à leurs yeux et à ceux des parents.

Au sein de l'équipe, la communication gestuelle associée à la parole a favorisé l'échange de pratiques grâce au partage d'astuces et de découvertes du quotidien, par exemple la pose plus efficace de limites en l'appuyant avec des signes à hauteur d'enfant...

Nous avons aussi travaillé sur notre projet pédagogique et redéfini des valeurs et des pratiques communes en y incluant la communication gestuelle associée à la parole. Cela nous a permis de remettre en question nos pratiques, de les uniformiser tout en gardant les particularités de chacune. L'équilibre est difficile à atteindre, bien que nécessaire pour maintenir une cohérence éducative. De ce fait, chaque assistante maternelle s'est approprié le projet en fonction de ses envies et affinités. Certaines signent au quotidien, d'autres chantent en signant, d'autres lisent en signant, etc.

Enfin, cet outil de communication a facilité les échanges autour de l'accueil d'enfants en situation de handicap, peu fréquent et peu réfléchi à l'heure actuelle dans notre structure.

Nous avons toutefois rencontré des difficultés, comme pour tout projet, liées :

- à l'acquisition d'une motricité fine dont nous n'avions pas l'habitude ;
- à la peur de se tromper ;
- à l'attention des familles portée sur ce projet ;
- au fait de le faire vivre quotidiennement.

Mais l'esprit d'équipe qui s'est forgé grâce à ce projet nous permet de continuer à nous améliorer et de proposer de nouvelles initiatives en lien avec la communication gestuelle associée à la parole.

Ainsi, tous les ans, les assistantes maternelles préparent un spectacle à destination des enfants et de leur famille.

À Noël dernier, ce spectacle a entièrement et parfaitement été signé, malgré leurs craintes de ne pas réussir à le faire !

Nous impliquons aussi les parents dans ce projet en leur envoyant un mail mensuel où sont proposés quelques signes que nous utilisons fréquemment. Notre journal trimestriel, l'Écho crèche, propose des comptines que nous avons l'habitude de chanter avec les enfants et auxquelles nous associons les signes.

Les signes s'invitent donc partout et à tout moment.

Depuis peu, chaque membre de l'équipe s'est d'ailleurs donné un nom en langue des signes, affiché sur notre trombinoscope à l'entrée de la crèche. Certaines assistantes maternelles ont pour projet de proposer aux parents de (re)nommer leur enfant en langue des signes. »

performants ni de les comprendre à tout prix. La parole et la communication gestuelle associée à la parole n'évitent pas les incompréhensions que ce soit chez les enfants ou chez les adultes. Mais il s'agit d'enrichir le panel d'outils que nous avons à notre disposition et d'aider les enfants à communiquer et donc à réduire les frustrations. Cela nous

permet de travailler sur notre accueil au quotidien et dans des situations plus particulières. Et c'est là que se situe le cœur de notre métier : proposer un accueil bienveillant, individualisé et cohérent qui accompagne et soutient chaque enfant vers l'autonomie tout en respectant son rythme d'acquisition quel qu'il soit. •

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.