

2018-2019

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

# Séparation pour hospitalisation précoce du nouveau-né : quel accompagnement du lien mère-enfant ?

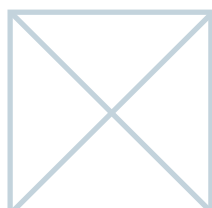
Etude prospective des pratiques professionnelles  
réalisée du 01<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 décembre 2018  
au CHU d'Angers

**NEAU Alice** |

**Sous la direction du Dr Frédérique BERINGUE** |

Membres du jury

Pr G. Legendre | Gynécologue-Obstétricien au CHU d'Angers  
Mme C. Rouillard | Directrice de l'école de sages-femmes d'Angers  
Mme A. Hucteau | Sage-Femme coordinatrice de la maternité d'Ancenis  
Mme C. Gaudin | Sage-Femme enseignante à l'école de sages-femmes d'Angers



Soutenu publiquement le :  
28 mai 2019



**L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :**



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

**Consulter la licence creative commons complète en français :**  
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



# REMERCIEMENTS

Au Dr Beringue, pour son accompagnement, son expertise, sa grande disponibilité et ses encouragements permanents. Ce fut un plaisir d'apprendre à vous connaître, tant d'années après notre première rencontre.

Aux puéricultrices de néonatalogie, pour leur accueil et leur aide précieuse lors du recueil de données. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A l'ensemble des professionnels qui ont accepté de répondre à mes questionnaires préalables à l'étude ; ainsi qu'aux équipes encadrantes de maternité et de néonatalogie pour leur aide à la réalisation de ce travail.

A Madame Asmâa Cochereau pour ses conseils, ses encouragements et ses références bibliographiques. Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe de l'unité « Pour & Autour de Bébé » du CMP Roger Misès pour son accueil chaleureux le temps d'un stage. Votre travail m'a beaucoup inspirée.

A ma famille : mes parents, mes sœurs, Alexandre, et particulièrement à ma grand-mère. Pour leur soutien infaillible et leur compréhension tout au long de ces six années d'étude.

# Sommaire

<b>TABLE DES SIGLES .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>4</b>
1. Schéma de l'étude.....	4
2. Matériel de l'étude .....	4
3. Mode de recueil des données .....	4
4. Travail préparatoire .....	5
5. Données recueillies.....	5
6. Analyse statistique .....	5
<b>RESULTATS.....</b>	<b>6</b>
1. Diagramme de flux .....	6
2. Caractéristiques de la population de l'étude .....	7
3. L'application des pratiques professionnelles de soutien du lien mère-enfant.....	8
3.1. Anticiper, en période prénatale, les situations à risque de séparation précoce .....	8
3.2. Faciliter la présence des parents auprès de leur enfant et les moments d'intimité entre la mère et son bébé .....	8
3.3. Encourager la participation des parents aux soins de nursing .....	9
3.4. Réfléchir les modalités de transmissions aux parents .....	10
3.5. Optimiser la transmission d'informations entre les différentes équipes ; travailler en interdisciplinarité .....	10
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>11</b>
1. Biais et limites .....	11
2. Analyse des principaux résultats et comparaison .....	12
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>15</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>16</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>18</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>25</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX .....</b>	<b>25</b>

## Table des sigles

AA : Allaitement Artificiel

AM : Allaitement Maternel

AP : Auxiliaire de Puériculture

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HDD : Hémorragie De la Délivrance

KTVO : Cathéter Veineux Ombilical

ND : (donnée) Non Disponible

PAG : Petit pour l'Âge Gestationnel

PAP : Peau-à-Peau

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SDC : (service de) Suites De Couches

SF : Sage-Femme

UME : Unité Mère-Enfant

# Introduction

Les services de néonatalogie ont vu le jour en France dans les années 1950, notamment grâce à Alexandre Minkowsky, fondateur de la société française de néonatalogie, qui découvrit la discipline lors d'un voyage aux Etats-Unis. En 60 ans, la néonatalogie n'a cessé d'évoluer et permet aujourd'hui la survie sans séquelle de plus de 85% des enfants nés prématurément et pesant plus de 1,5 kilogrammes à la naissance (1). Cependant, la séparation prolongée du jeune enfant et de sa mère a des répercussions néfastes sur son développement psycho-affectif. Depuis les travaux de Spitz et Bolwby menés à l'issue de la seconde guerre mondiale, on sait que l'instauration précoce du lien-mère enfant répond à un besoin physiologique fondamental (2). Reprise plus tard par Mary Ainsworth (3), cette théorie de l'attachement a été le point de départ de nouvelles modalités de prise en charge de l'enfant hospitalisé. Il est désormais inconcevable que l'enfant hospitalisé, a fortiori le nouveau-né, soit privé de la présence de ses parents.

Dans le contexte singulier de l'hospitalisation du nouveau-né immédiatement après la naissance, la mère doit à la fois faire face à l'anxiété générée par l'état de santé de son enfant et aux besoins d'attachement que celui-ci lui témoigne, ou qu'elle-même perçoit. Le transfert du nouveau-né dans un service spécialisé peut provoquer chez elle des sentiments d'incapacité et de culpabilité. La séparer de son enfant lui renvoie l'image qu'elle n'est pas en mesure de s'occuper de son bébé, qu'elle est impuissante face à la situation (4,5). Le processus de maternalité qui s'est amorcé pendant la grossesse peut être entravé.

Dans ces situations, afin de permettre un attachement précoce et de qualité, les professionnels de la périnatalité ont un rôle primordial d'accompagnement à la parentalité. Les référentiels de compétences des sages-femmes et des puéricultrices décrivent tous deux l'obligation d'accompagner le développement du lien mère-enfant et la parentalité (6,7). Au CHU d'Angers, les professionnels de maternité et de néonatalogie ont mis en place des pratiques répondant à cet objectif.

La maternité du CHU d'Angers est une maternité de type III, elle dispose donc d'une unité de réanimation et de médecine néonatale. En 2017, sur les 3912 naissances qui ont eu lieu au sein de l'établissement, 559 nouveau-nés ont été hospitalisés en néonatalogie, ce qui représentait 14,3% des naissances. Si la maternité du CHU enregistre une baisse de la natalité ces dernières années, les hospitalisations en néonatalogie, elles, augmentent. Les principales causes d'hospitalisation du nouveau-né dans les suites directes de la naissance sont la prématurité, la détresse respiratoire, les malformations et la suspicion d'infection (8).

Le service de réanimation et de médecine néonatale du CHU d'Angers est attenant à la maternité, l'un et l'autre sont reliés par un couloir situé au 2<sup>ème</sup> étage de la maternité. L'unité accueille les nouveau-nés de 0 à 28 jours, et les prématurés peuvent y séjourner jusqu'à 1 mois d'âge corrigé. Elle comporte 35 lits : 16 lits de réanimation, 8 lits de soins intensifs et 11 lits de surveillance continue. Les missions du service sont bien évidemment de prodiguer des soins de qualité au nouveau-né, de prévenir la douleur de celui-ci,

d'accompagner les parents durant l'hospitalisation de leur enfant mais aussi de limiter au mieux les conséquences néfastes de la séparation parents-enfants et de préparer le retour à domicile.

A Angers, l'Unité Mère-Enfant, ouverte en 2001, située au sein de la maternité mais dont l'organisation humaine et matérielle est intégrée à la néonatalogie, répond de manière satisfaisante à la problématique de la séparation (9). Néanmoins, toutes les dyades mère-enfant ne peuvent en bénéficier. En effet, l'admission en UME répond notamment à des critères de terme, de poids et d'autonomie respiratoire du nouveau-né et la capacité d'accueil de l'UME (6 lits) est parfois insuffisante. Dans un grand nombre de cas, les enfants concernés par une hospitalisation à la naissance sont séparés de leur mère et admis au sein du service de néonatalogie.

En moyenne, les mères ayant accouché au CHU d'Angers et dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie dès la naissance restent elles-mêmes hospitalisées entre 3 et 7 jours (selon la voie d'accouchement) dans les services de suites de couches ou de grossesses pathologiques de la maternité. L'instauration d'interventions précoces auprès des dyades mère-enfant séparées, telles que le peau-à-peau<sup>1</sup> (10,11), la participation aux soins ou l'entretien parental précoce, a prouvé son efficacité, tant sur le sentiment de compétence parentale que sur l'évolution de l'état de santé du nouveau-né (4). La coordination des équipes de maternité et de néonatalogie est primordiale durant le séjour de la mère à la maternité. C'est durant cette période que la création du lien mère-enfant est la plus rapide (12).

L'objectif de notre étude était de répondre à la question suivante : durant le temps de séjour de la mère en maternité, comment les professionnels accompagnent-ils la construction du lien mère-enfant, dans un contexte de séparation pour hospitalisation du nouveau-né ? Nous souhaitons réaliser un état des lieux, au CHU d'Angers, des pratiques de soutien du lien mère-enfant par les professionnels des services de néonatalogie et de maternité, chez les dyades mère-enfant séparées, et ce durant le séjour de la mère en maternité. L'objectif secondaire de notre étude était d'appréhender la dimension interprofessionnelle de ces prises en charge entre néonatalogie et maternité.

---

<sup>1</sup> Dérivé de la méthode « Kangourou », le peau-à-peau est un soin à part entière : il consiste à placer l'enfant nu directement sur la poitrine de sa mère ou de son père. Ses bienfaits sur le nouveau-né sont nombreux : meilleure régulation thermique, stabilité cardio-respiratoire, diminution de la douleur et du stress, diminution du risque d'hypoglycémie, facilitation de l'allaitement maternel et renforcement du lien parent-enfant. Pour le parent il réduit l'état de stress, il augmente le sentiment de compétence parentale et favorise l'attachement.

# Matériel et Méthode

## 1. Schéma de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative, prospective, descriptive, monocentrique.

## 2. Matériel de l'étude

La population source de l'étude était l'ensemble des nouveau-nés admis dans le service de néonatalogie du CHU d'Angers entre le 01/11/2018 et le 31/12/2018 et leur mère, à l'exception des dyades mère-enfant admises au sein de l'UME. La population cible était les dyades mère-enfant séparées précocement après la naissance pour lesquelles la mère et le nouveau-né sont tous les deux hospitalisés au CHU d'Angers.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- nouveau-né né à la maternité du CHU d'Angers ;
- nouveau-né admis en néonatalogie directement après la salle de naissance ;
- mère hospitalisée au CHU d'Angers dans les jours suivants immédiatement la naissance.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- nouveau-né né dans un autre établissement ;
- nouveau-né ayant été hospitalisé dans un premier temps auprès de sa mère en SDC ou en UME avant d'être admis en néonatalogie ;
- nouveau-né rentré à domicile avant d'être admis en néonatalogie.

## 3. Mode de recueil des données

Il s'agissait d'une étude prospective. La majorité des données ont été recueillies dans les dossiers médicaux et infirmiers des nouveau-nés inclus, au cours de leur hospitalisation ou dans les suites immédiates de leur sortie. Quelques données ont nécessité une observation directe de la chambre, ou une discussion avec la puéricultrice en charge de l'enfant. La liste des enfants admis en néonatalogie sur la période d'étude était obtenue grâce au logiciel médical Crossway, les entrées étaient consignées dans un carnet par un des médecins pédiatres de l'unité. Les nouveau-nés à inclure étaient ensuite sélectionnés selon les critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis. L'investigateur attribuait un numéro d'anonymat à chaque nouveau-né inclus. Dans le service, pour des questions pratiques et d'hygiène, il recueillait les données de manière manuscrites avant de les retranscrire rapidement dans un fichier du logiciel Excel version Microsoft Office 365 ProPlus.

Quelle que fût la durée du séjour de l'enfant en néonatalogie, le recueil de données concernait uniquement la période durant laquelle la mère était hospitalisée au sein du CHU, son jour de sortie inclus. S'agissant d'une étude prospective, la phase de recueil de données a nécessité un déplacement dans le service de néonatalogie 3 à 4 fois par semaine, du 01 novembre au 31 décembre 2018.

## 4. Travail préparatoire

Plusieurs étapes ont été nécessaires avant d'aboutir à une liste de données pertinentes à recueillir :

- Recensement dans la littérature professionnelle et scientifique des pratiques exposées comme soutenant pour la construction du lien mère-enfant dans le contexte de séparation précoce.
- Soumission de cette liste aux équipes d'encadrement de la maternité et du service de néonatalogie du CHU d'Angers afin de recenser les pratiques effectivement accessibles dans l'établissement (annexe 1).
- Evaluation de l'appropriation ou non par les professionnels des outils mis à leur disposition pour soutenir le lien mère-enfant. Interrogation de 4 sages-femmes, 3 puéricultrices de néonatalogie et 2 auxiliaires de puériculture, de manière anonyme par auto-questionnaire papier (annexe 2).
- Sélection des pratiques adaptées aux 1ers jours de vie et consignées dans les dossiers médicaux et/ou infirmiers puis élaboration d'une liste de critères à recueillir.

## 5. Données recueillies

Pour pallier, au moins partiellement, au fait que certaines pratiques ne soient pas consignées systématiquement dans les dossiers, nous avons décidé d'inclure les données observables directement dans le service ou pouvant être recueillies auprès du personnel soignant (ex : présence d'un linge imprégné de l'odeur maternelle dans le berceau ou l'incubateur du nouveau-né). La liste complète des éléments à recueillir pour chaque dyade mère-enfant, via le dossier médical et infirmier du bébé, l'observation, la sollicitation des soignants et le logiciel Crossway est disponible en annexe (annexe 3). Elle comportait des données sur :

- le contexte socio-familial (francophonie, mère isolée, ...) ;
- la santé de la mère (pathologie restreignant les visites, ...) ;
- la grossesse (parité, grossesse simple ou multiple, ...) ;
- l'accouchement (terme, voie d'accouchement, ...) ;
- l'enfant (sexe, poids, motif d'hospitalisation, ...) ;
- le lien mère-enfant durant le séjour de la mère en maternité (date de la 1<sup>ère</sup> visite, du 1<sup>er</sup> PAP, nombre de soins observés, d'appels téléphoniques, de PAP, ...) ;
- les échanges parents/soignants et les transmissions interprofessionnelles au sujet du lien mère-enfant (nombre d'entretiens avec les parents, échange entre maternité et néonatalogie, ...).

## 6. Analyse statistique

Le critère d'évaluation principal était le taux de réalisation de chaque pratique accessible aux professionnels de maternité et de néonatalogie, visant le soutien à la construction du lien mère-enfant durant le temps d'hospitalisation de la mère.

L'analyse descriptive des données quantitatives a été réalisée à l'aide du logiciel Excel version Microsoft Office 365 ProPlus. Les comparaisons statistiques, lorsque celles-ci semblaient pertinentes, ont été réalisées à l'aide de ce même logiciel ainsi que de l'outil en ligne « BiostaTGV » avec un test de Student lorsque les deux

effectifs étaient supérieurs à 30 ou avec un test de Mann Whitney lorsque l'un des effectifs comparés était inférieur à 30. Le risque  $\alpha$  de première espèce a été défini à 95%, soit un seuil de significativité  $p < 0,05$ .

N était la taille de l'échantillon et n était le nombre de sujets dans l'échantillon N. Les chiffres issus de calculs ont été arrondis au dixième.

## Résultats

### 1. Diagramme de flux

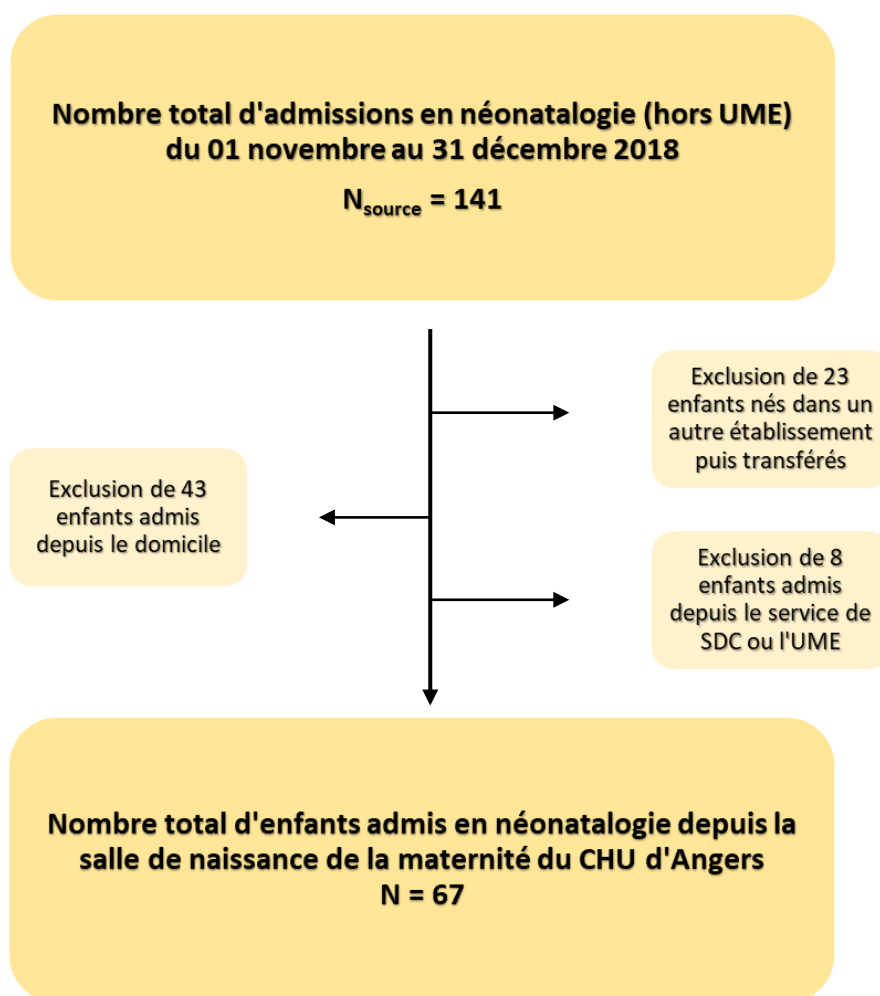


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

## 2. Caractéristiques de la population de l'étude

Tableau I : Caractéristiques de la population de l'étude

			Population de l'étude N = 67
<b>Caractéristiques maternelles</b>	<b>Parité</b> n (%)	1	27 (40,3%)
		2	21 (31,3%)
		3	12 (17,9%)
		≥ 4	7 (10,4%)
	<b>Grossesse multiple</b> n (%)	oui	19 (28,4%)
		non	48 (71,6%)
	<b>Durée d'hospitalisation du post-partum (en jours)</b> <i>moyenne (mini - maxi)</i>	après voie basse n=25 (37,3)	3,6 (0,5 - 6)
		après césarienne n=42 (62,7)	6 (1 - 13)
<b>Situations médicales limitant les visites</b> <sup>1</sup> n (%)	oui	9 (13,4%)	
<b>Mère isolée</b> <sup>2</sup> n (%)	oui	4 (6%)	
<b>Mère francophone</b> n (%)	oui	59 (88,1%)	
<b>Mère ayant des troubles psychiatriques</b> n (%)	oui	3 (4,8%)	
	donné non disponible	4 (6%)	
<b>Caractéristiques du nouveau-né</b>	<b>Terme de naissance (en SA)</b> <i>moyenne (+/- écart-type)</i>		34,1 (+/- 3,4)
	<b>Motif d'hospitalisation</b> n (%)	prématurité	48 (71,6%)
		détresse respiratoire	13 (19,4%)
		PAG	6 (9%)
		attente de place en UME	5 (7,5%)
		malformation connue en anténatal	5 (7,5%)
		autres	2 (3%)
	<b>Poids de naissance (en gr)</b> <i>moyenne (mini-maxi)</i>		2094 (580 - 4820)
<b>Alimentation</b> n (%)	AM	36 (53,7%)	
	AA	22 (32,8%)	
	mixte	8 (11,9%)	
	non alimenté	1 (1,5%)	
<b>KTVO dans les 1<sup>ers</sup> jours de vie</b> n (%)	oui	19 (28,4%)	
<b>Assistance ventilatoire</b> n (%)	oui	36 (53,7%)	

<sup>1</sup> Hospitalisation dans un autre service que la maternité (réanimation, néphrologie, ...) ou état de santé limitant les déplacements vers la néonatalogie (HDD sévère, hyperalgie, ...).

<sup>2</sup> Mère célibataire ou compagnon ne pouvant être présent à l'accouchement et dans ses suites (déplacement professionnel, ...).

### 3. L'application des pratiques professionnelles de soutien du lien mère-enfant

#### 3.1. Anticiper, en période prénatale, les situations à risque de séparation précoce

Dans notre étude, avant la naissance de leur enfant, 28% (n=19) des futures mères avaient reçu une information pédiatrique et/ou une visite du service de néonatalogie tracée dans leur dossier médical.

#### 3.2. Faciliter la présence des parents auprès de leur enfant et les moments d'intimité entre la mère et son bébé

La première visite de la mère auprès de son bébé en néonatalogie avait eu lieu avant 6 heures de vie pour 62,7% (n=42) des nouveau-nés. Pour 6% (n=4) d'entre eux la première rencontre avec leur mère avait eu lieu au-delà de 24h de vie. L'analyse de cette donnée en fonction de la voie d'accouchement ne montrait pas de différence (p=0,87).

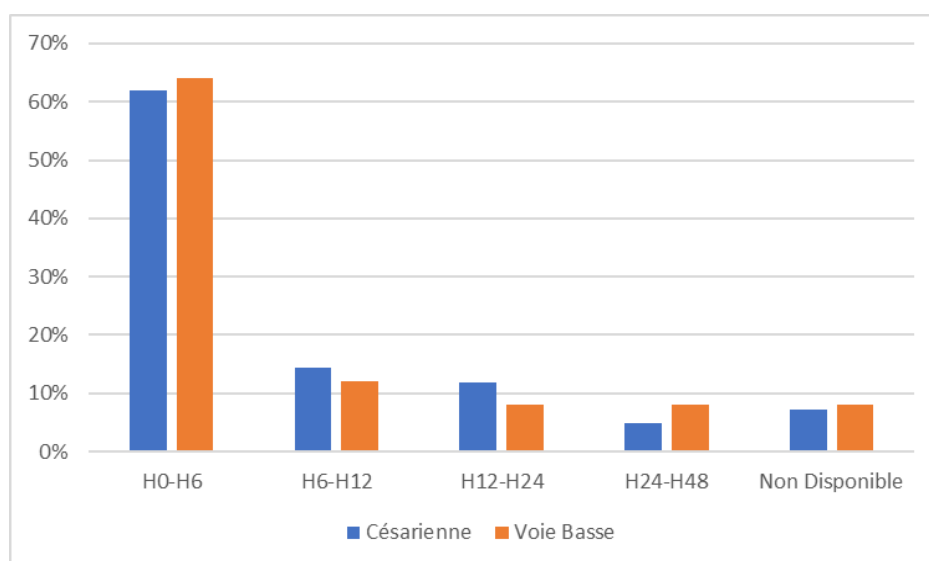


Figure 2 : Date de la première visite de la mère auprès de son enfant en fonction de la voie d'accouchement

Le nombre total de visites de la mère a été rapporté à la durée de son séjour à l'hôpital afin d'obtenir pour chaque enfant une moyenne du nombre de visite(s) journalière(s). Pour l'ensemble des nouveau-nés de l'étude, le nombre de visite(s) quotidienne(s) moyen était de 1,7 (+/- 0,6). En cas de césarienne (n=42), le nombre de visites quotidiennes était de 1,6 (+/- 0,4). Pour les nouveau-nés nés par voie basse (n=25), le nombre de visites quotidiennes était de 1,9 (+/- 0,8). La différence était significative (p=0,001).

Parmi les 67 nouveau-nés de l'étude, 50 (74,6%) ont bénéficié d'au moins une installation en peau-à-peau contre leur mère. L'analyse de cette pratique (n=50) a révélé qu'en moyenne, le premier peau-à-peau était réalisé à 41 heures de vie du nouveau-né. Pour les enfants n'ayant pas eu besoin d'un KTVO (n=32) le premier peau-à-peau était effectué en moyenne à 18 heures de vie (17,7) tandis que pour ceux ayant eu besoin d'un KTVO (n=18) le premier peau-à-peau était réalisé en moyenne à 82 heures de vie (81,5). La

différence entre la date du premier peau-à-peau pour les enfants avec KTVO et sans KTVO est statistiquement significative ( $p=7E-7$ ). Parmi les 18 situations de nouveau-nés avec un KTVO qui ont fait du PAP, on connaissait la date de retrait pour 15 d'entre elles :

- 1 fois le 1<sup>er</sup> peau-à-peau a eu lieu avant le retrait ;
- 8 fois le 1<sup>er</sup> peau-à-peau a eu lieu au moment du retrait (dans les minutes qui ont suivi) ;
- 5 fois le 1<sup>er</sup> peau-à-peau a eu lieu dans les 24h qui ont suivi le retrait ;
- 1 fois le 1<sup>er</sup> peau-à-peau a eu lieu plus de 24h après le retrait.

Si la présence d'un KTVO retardait le premier peau-à-peau, il n'en diminuait pas le nombre : statistiquement, les nouveau-nés ayant eu besoin d'un KTVO ont bénéficié de plus de séances de PAP que les nouveau-nés n'ayant pas eu de KTVO. Le nombre de séances de PAP était en moyenne de 5 pour les enfants dont l'état de santé a nécessité la pose d'un KTVO à la naissance ( $n=18$ ) contre une moyenne de 2,3 séances de PAP pour les enfants n'ayant pas eu besoin d'un KTVO ( $n=32$ ). La différence entre les deux groupes était statistiquement significative ( $p=0,0003$ ).

La nécessité d'une assistance ventilatoire ne semblait pas impacter le délai du premier PAP. En effet, il n'a pas été montré de différence sur la date du premier PAP entre le groupe d'enfants ayant une assistance ventilatoire ( $n=31$ ) et le groupe d'enfants en ventilation spontanée ( $n=19$ ) ( $p=0,116$ ). De même, la nécessité d'une assistance ventilatoire ne diminuait pas le nombre de séances de PAP entre la mère et son nouveau-né ( $p=0,226$ ).

Les contraintes de l'observation n'ont permis de recueillir la donnée de la présence d'un linge imprégné de l'odeur maternelle dans l'incubateur ou le berceau du nouveau-né que pour 45 des 67 situations. Le linge (ou le doudou) imprégné était présent dans 77,8% des cas ( $n=35$ ).

### 3.3. Encourager la participation des parents aux soins de nursing

D'après les éléments transmis dans les dossiers infirmiers, sur la durée de leur séjour, les mères avaient en moyenne observé 1 à 2 fois des soins effectués par les puéricultrices (mini : 0 – maxi : 7). On peut relever que pour 20,9% des dyades ( $n=14$ ), aucune observation de soin n'était mentionnée dans le dossier.

Pendant leur séjour à la maternité, les mères commencent l'apprentissage des soins de nursing, ainsi 82% d'entre elles ( $n=55$ ) avaient participé à au moins un soin, notifié dans le dossier, durant cette période. Ces mêmes mères avaient en moyenne effectué 5,3 soins de nursing (change, bain, soins du cordon ou du visage, ...) par elle-même (avec ou sans aide) pendant leur hospitalisation.

### 3.4. Réfléchir les modalités de transmissions aux parents

Nous avons fait le choix d'étudier les transmissions et les échanges des professionnels avec les parents au travers de 3 items : les entretiens avec les pédiatres, les entretiens avec les puéricultrices, et les échanges d'informations grâce au tableau blanc installé dans chaque chambre de néonatalogie. Il est demandé aux soignants de notifier dans le dossier médical ou infirmier tout entretien avec les parents. Les modalités de recueil de données ont imposé de considérer l'absence de notification de l'entretien comme sa non-réalisation. Les résultats sont exposés en figure 3.

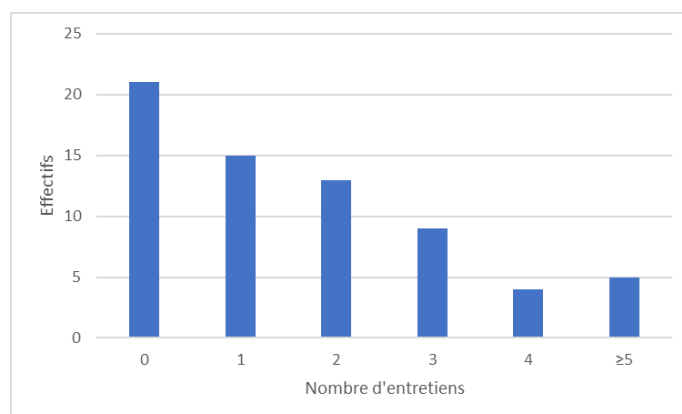


Figure 3: Nombre d'entretiens médicaux et paramédicaux avec les parents notifiés dans le dossier

Concernant l'utilisation du tableau blanc, la temporalité du recueil de données impliquait parfois une collecte des données après la sortie à domicile ou le transfert de l'enfant dans un autre établissement, et donc l'impossibilité de savoir si le tableau avait été utilisé ou non par les parents. L'analyse de ce dernier critère ne porte donc que sur 42 enfants. Le tableau était utilisé par les parents pour transmettre des informations à l'équipe soignante dans 81% des cas (n=34).

L'appel téléphonique est une autre façon, pour les parents, de se tenir informés. A toute heure, ces derniers peuvent téléphoner en néonatalogie pour prendre des nouvelles de leur enfant. Au cours de leur hospitalisation, 14 mères (21 %) avaient utilisé ce moyen de communication avec l'équipe de néonatalogie et avaient vu leur appel notifié dans le dossier.

### 3.5. Optimiser la transmission d'informations entre les différentes équipes ; travailler en interdisciplinarité

En néonatalogie et en maternité, une psychologue intervient auprès des mères et des couples qui en ressentent le besoin. Ainsi, sur leur temps d'hospitalisation 16,4% (n=11) des mères ont été reçues par une psychologue du service. Une mère était déjà suivie pendant sa grossesse par la psychologue de la maternité.

Afin d'analyser le fonctionnement inter-équipe dans la prise en charge de la dyade mère-enfant séparée, nous avons recherché dans le dossier du nouveau-né (infirmier et médical) les transmissions notifiées entre la maternité et la néonatalogie. Un échange entre la maternité et la néonatalogie donnant lieu à un écrit a été retrouvé dans 5 cas sur 67 (7,5%).

# Discussion

## 1. Biais et limites

En choisissant une méthodologie prospective nous avons diminué le biais de sélection. Toutefois, le recueil ayant eu lieu sur la période hivernale, une forte proportion de la population source a été exclue car beaucoup de nouveau-nés étaient admis en néonatalogie depuis leur domicile pour des pathologies infectieuses saisonnières (bronchiolites, ...).

Le principal biais de notre étude était qu'elle relevait les données transmises par écrit dans les dossiers médicaux et infirmiers des nouveau-nés. Nous avons dû considérer que l'absence de notification d'une donnée sur le dossier signifiait qu'elle n'existait pas. Or, il est possible que certaines pratiques, bien que réalisées par les équipes soignantes et devant normalement être transmises à l'écrit, ne le soient pas. Par exemple, il est peu probable que certains parents n'aient reçu aucune information concernant l'état de santé de leur enfant, pourtant dans 21 dossiers il n'était pas retrouvé d'entretien pédiatrique. De même, il semble étonnant que 21% (n=14) des mères n'aient observé aucun soin durant les premiers jours de vie de leur enfant alors qu'elles leur rendaient visite. Nous avons également remarqué que les transmissions écrites peuvent être réalisées différemment en fonction de la situation. Par exemple, si les parents sont d'emblée très autonomes dans les soins, les puéricultrices arrêtent rapidement de consigner les changes qu'ils réalisent par eux-mêmes. Aussi, il a été constaté que les entretiens avec les pédiatres sont mieux consignés dans les situations difficiles où de mauvaises nouvelles sont annoncées aux parents.

Le recueil du nombre de visites de la mère était soumis à un biais majeur, une visite pouvant durer de quelques minutes à plusieurs heures et être consignée de la même façon dans les dossiers. Le nombre de visites ne reflétait finalement pas correctement le temps de présence de la mère auprès de son bébé.

Concernant le peau-à-peau il aurait été intéressant de rechercher les causes d'absence de PAP, et notamment de lier cette donnée à la fréquence des mises au sein. En effet, au fil de l'étude et des discussions avec les puéricultrices, il nous est apparu que lorsque des mises au sein sont possibles, celles-ci sont privilégiées par rapport aux séances de PAP et que les enfants capables de téter au sein bénéficiaient alors de moins de PAP.

Enfin, les situations pour lesquelles l'enfant était hospitalisé dans le service « classique » de néonatalogie en attendant qu'une place en UME se libère étaient relativement fréquentes (n=8). Le recueil de données s'est avéré plus difficile pour ces 8 dyades : les dossiers étaient souvent moins bien complétés, leur utilisation n'étant que temporaire (dossiers infirmiers différents en UME). On peut s'interroger sur la prise en charge du lien mère-enfant dans ces situations où l'on sait que l'enfant va « vite » rejoindre sa mère ; est-elle différente de celle d'un enfant hospitalisé en néonatalogie sans rapprochement envisagé ?

## 2. Analyse des principaux résultats et comparaison

Bien que des progrès restent à faire pour réduire le délai entre l'arrivée du bébé en néonatalogie et la première visite de sa mère auprès de lui, pour plus de 60% des nouveau-nés ce moment a eu lieu avant 6 heures de vie. Dans de rares cas le nouveau-né a pu rester quelques temps (environ 2h) auprès de sa mère en salle de naissance avant d'être transféré en néonatalogie. Quand l'état de santé de l'enfant le permet, cette pratique est à encourager, la séparation étant alors moins brutale et les premières interactions mère-bébé ont le temps de se mettre en place.

Les pratiques de soutien du lien mère-enfant en néonatalogie sont bien appliquées. Le peau-à-peau est reconnu comme soutenant, et est fortement plébiscité par les équipes qui le mettent en place rapidement : 74,6% des nouveau-nés de l'étude ont bénéficié d'au moins une séance de peau-à-peau durant le séjour de leur mère en maternité. La communication entre les parents et l'équipe de néonatalogie semble bien fonctionner, les parents s'approprient les outils mis à leur disposition (tableau blanc, appels) et témoignent de la confiance qui s'établit entre eux et les soignants : « *je sais qu'il est entre de bonnes mains* ». La disponibilité de l'équipe est rassurante et permet un environnement propice, malgré la séparation, à la construction du lien mère-enfant. Une mère raconte : « *Je ne me sens pas seule, les puéricultrices et les pédiatres viennent régulièrement me voir avec ma fille, ils me donnent des conseils et sont très disponibles* ». Cette relation de confiance qui se crée entre les puéricultrices, les parents et l'enfant est indispensable pour permettre aux parents de trouver leur place auprès de leur bébé (13). Les soignants, en réassurant les parents dans leurs compétences, les accompagnent vers l'autonomie. Cette dimension du soin, tourné vers la famille, semble complètement intégrée aux pratiques du service, puisque dans l'étude 82% des mères avaient participé activement aux soins.

Selon notre étude, la présence d'un KTVO retarde la réalisation du premier peau-à-peau. Au CHU d'Angers, le peau-à-peau n'est pas préconisé tant que l'enfant a besoin d'un KTVO en raison des risques possibles (fuite, déplacement, infection), de plus il ne permettrait pas le positionnement optimal de l'enfant. Pourtant, d'autres services ne semblent pas considérer ces deux pratiques comme incompatibles. En effet, le réseau de périnatalité de la région Provence Alpes Côte d'Azur a établi un protocole de surveillance du KTVO qui ne contre-indique pas le peau-à-peau (14). Les équipes de néonatalogie du CHU de Caen ont rédigé un protocole spécifiquement dédié au peau-à-peau en présence d'un KTVO : la pratique est possible dès 6 heures après la pose du KTVO et demande une surveillance et une aseptie renforcées (15). Au-delà des bénéfices physiologiques, tels que la régulation thermique ou la stabilité cardiorespiratoire du nouveau-né, le peau-à-peau a un impact relationnel très important (16). C'est un moment soutenant, tant pour l'enfant que pour le parent qui gagne en confiance en lui et diminue son anxiété (11). Un enfant qui nécessite la pose d'un KTVO est souvent un nouveau-né de faible poids de naissance. Des études ont démontré les bienfaits du peau-à-peau sur cette population, avec une amélioration de la qualité du sommeil ou encore la diminution de la douleur liée aux soins (17,18). Sentir son bébé contre sa peau est pour la mère un moment qui vient cristalliser le lien mère-enfant et combler un vide souvent ressenti après l'accouchement (12). Dans notre étude, si l'on considère uniquement les situations où la date de retrait du KTVO était connue (n=15), dans plus de la moitié des cas le

premier PAP a eu lieu dans les minutes qui ont suivi le retrait du KTVO. Ceci témoigne de l'adhésion des professionnels aux bienfaits de cette pratique. Les transmissions dans les dossiers confirment que le PAP est un moment très attendu par les mères dont l'enfant est porteur d'un KTVO. Au vu de l'ensemble de ces éléments, on perçoit donc l'intérêt de voir évoluer les pratiques concernant le peau-à-peau précoce chez un nouveau-né ayant un KTVO.

Dans notre étude, 28% des mères étaient considérées comme ayant reçu une information sur le service de néonatalogie durant la période anténatale. Bien que toutes les situations d'hospitalisation à la naissance ne soient pas prévisibles ni précédées d'une hospitalisation de la mère pendant la grossesse, ce chiffre semble faible. En effet, à la maternité du CHU d'Angers, lors d'une menace d'accouchement prématuré ou d'une pathologie maternelle qui nécessiterait la programmation d'une naissance prématurée, une rencontre avec un professionnel de néonatalogie, pédiatre et/ou puéricultrice, est systématiquement proposée aux parents (19). Si ces derniers le souhaitent, ils peuvent également bénéficier d'une visite de la néonatalogie qui a pour objectifs de « rassurer » et de « familiariser les parents avec l'environnement technique ». Dans le protocole actuel de liaison entre la néonatalogie et le service de grossesse pathologique, il est prévu que la traçabilité des entretiens et des visites soit effectuée à l'aide d'un classeur identifié (20). Lors de notre recueil, ce classeur existait bien mais n'était plus utilisé depuis plusieurs mois. Il est donc probable que ce soit la transmission de cet entretien dans les dossiers qui fasse défaut. Ce temps d'information avant la naissance est très important pour favoriser ensuite les interactions précoces. Des parents impliqués tôt seront davantage en confiance vis-à-vis de l'équipe soignante et développeront plus rapidement un sentiment de compétence parentale vis-à-vis de leur bébé (21). C'est également une étape qui participe à l'acceptation d'une situation de naissance prématurée imminente. Beaucoup de parents perçoivent l'entretien et la visite anténatale comme une « préparation » importante à ce qui les attend. Ainsi une maman de jumelles nées prématurément raconte : « *On ne va pas dire qu'on était prêts car c'est forcément impressionnant, mais d'avoir déjà vu le matériel et vu des bébés de petits poids comme elles c'était rassurant* ». La visite de la néonatalogie proposée durant la période anténatale, pour les parents dont il est fort probable que l'enfant soit hospitalisé à la naissance, permet un meilleur vécu de la première rencontre avec l'enfant. Les parents déjà sensibilisés à l'environnement d'une chambre de néonatalogie concentrent davantage leur attention sur leur bébé. Il serait donc intéressant de retravailler le protocole de liaison anténatale entre la maternité et la néonatalogie. Le renforcement de l'utilisation du classeur de liaison prévu pourrait optimiser la qualité et la rigueur avec lesquelles les entretiens et les visites sont réalisés. Il semble important de systématiser ces temps d'informations aux parents, et peut-être de proposer une autre forme de transmission de ceux-ci entre les équipes : feuille à joindre au dossier obstétrical après l'entretien et/ou la visite ? Dans tous les cas une solution « papier » semble importante puisque l'équipe de néonatalogie n'a pas accès au dossier de soins informatisé de la mère.

Un autre élément important à prendre en compte dans la rencontre initiale mère-bébé, mais que nous avons peu développé dans l'étude, est la présence et la place du père. En effet, nous avons constaté que le père est souvent la première figure d'attachement présente auprès du nouveau-né. La plupart du temps il accompagne l'équipe pédiatrique en néonatalogie pour l'installation du bébé dans sa chambre. Il est donc présent auprès de son enfant au cours de la première heure de vie. A ce moment précis, le père représente le

lien entre la mère et l'enfant. Il est porteur de beaucoup de responsabilités, et tente à la fois de gérer ses propres émotions et de rassurer sa compagne. L'absence du père, ou a minima d'un autre accompagnant, peut s'avérer être un obstacle supplémentaire à la construction du lien mère-enfant précoce. Une des situations de l'étude a nécessité la venue d'une puéricultrice en salle de réveil 6 heures après l'accouchement afin de montrer des photos du bébé à sa mère. L'état de santé de la jeune femme ne lui permettait pas de venir voir son nouveau-né, et son compagnon, le père de l'enfant, ne pouvait être présent pour des raisons professionnelles. Cette mère ayant dû passer près de 24h en salle de surveillance post-interventionnelle, son nouveau-né ne lui a été présenté que quelques minutes dans cette pièce après déjà plus de 12h de vie. Cette situation exceptionnelle et l'absence d'un père ou d'un accompagnant en mesure de « faire le lien » ce jour-là, a imposé aux équipes d'imaginer des solutions pour soutenir la création du lien mère-enfant. On voit ici la place qu'occupe le père, ou l'accompagnant, dans la continuité du lien mère-enfant et l'importance que cette mission soit assurée par l'équipe soignante en son absence.

En 2005, la réforme de la gouvernance hospitalière a imposé aux établissements publics de s'organiser en pôles d'activité (22). Comme bon nombre de grands centres en France, le CHU d'Angers a fait le choix de se structurer avec un pôle Femme-Mère-Enfant dans un souci d'amélioration de la prise en charge globale de la dyade mère-enfant. Dans notre étude, seulement 7,5% des dossiers comportaient une trace écrite d'un échange entre la maternité et la néonatalogie. La plupart du temps ces échanges portaient sur l'allaitement maternel avec la mise en place d'un tire-lait à la maternité. Il semblerait peu pertinent, et surtout contraignant de noter dans les dossiers chaque appel d'un soignant vers l'un ou l'autre des services pour prendre des nouvelles de l'enfant ou de la mère. Toutefois, on pourrait envisager qu'au moins une fois pendant le séjour de la mère à la maternité un échange ait lieu entre la sage-femme en charge de la mère et la puéricultrice en charge de l'enfant. L'enrichissement d'une prise en charge par la confrontation des points de vue pluriprofessionnels est certain (13). Il ne se joue pas les mêmes choses entre le service de néonatalogie, où la mère tente de profiter de chaque instant auprès de son bébé, et celui de maternité où elle se retrouve seule dans sa chambre. La femme peut verbaliser auprès de la sage-femme des inquiétudes qu'elle n'oserait pas aborder devant son bébé. L'échange entre les équipes, grâce à la notion de secret partagé, doit pouvoir être un atout dans la prise en charge conjointe du lien mère-enfant précoce durant le séjour de la mère en maternité. On éviterait ainsi certaines situations d'incompréhension rapportées par quelques mères qui se sentaient contraintes par le service de maternité (« *je devais attendre parfois jusqu'à 11h que la sage-femme passe me voir avant de pouvoir aller en néonatalogie* ») ou qui percevaient des informations contradictoires entre les deux services. Il n'était pas évident pour certaines mères de gérer à la fois leurs propres soins avec la sage-femme et ceux de leur(s) enfant(s) avec la puéricultrice. Peut-être qu'une amélioration de la communication entre les deux équipes aiderait ces femmes à identifier une prise en charge plus cohérente et globale de la dyade mère-enfant. De plus, l'analyse des questionnaires proposés, en amont de l'étude, à quelques professionnels des deux services a montré que ces derniers seraient favorables à la mise en place de rencontres régulières entre la maternité et la néonatalogie pour discuter des stratégies communes d'accompagnement de la construction du lien mère-enfant.

## Conclusion

Au CHU d'Angers, les pratiques possibles de soutien à la construction du lien mère-enfant dans un contexte de séparation à la naissance pour hospitalisation du nouveau-né sont globalement très bien appliquées par les équipes. Plus de 70% des nouveau-nés hospitalisés bénéficient de peau-à-peau, un linge imprégné de l'odeur maternelle est très souvent déposé dans le lit de l'enfant, et la première rencontre entre la mère et son bébé a lieu majoritairement avant 6h de vie. L'accompagnement précoce du développement du lien mère-enfant est une volonté certaine des équipes de maternité et de néonatalogie, qui tentent de s'adapter à la singularité de chaque situation.

Le retard d'initiation des séances de peau-à-peau, imposé par la présence d'un KTVO, semble nécessiter un travail de réflexion autour de cette pratique afin que les nouveau-nés les plus fragiles puissent bénéficier des bienfaits prouvés du peau-à-peau précoce.

Enfin, il serait intéressant de mener une étude prospective plus approfondie sur les échanges interprofessionnels qui s'opèrent entre les équipes de maternité et de néonatalogie, et d'en évaluer l'impact sur la prise en charge globale mère-enfant dans le cadre d'une séparation précoce.

## Bibliographie

1. Inserm. Les grandes avancées - Néonatalogie : 50 ans pour passer de rien à... presque tout / Histoire de l'Inserm [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <https://histoire.inserm.fr/de-l-inh-a-l-inserm/50-ans-de-l-inserm/les-grandes-avancees/neonatalogie-50-ans-pour-passer-de-rien-a-presque-tout>
2. Bowlby J, Kalmanovitch J. Attachement et perte. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
3. Ainsworth MDS. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J. : New York: Lawrence Erlbaum Associates ; distributed by Halsted Press Division of Wiley; 1978. 391 p.
4. Binet G. Prématurité et rupture du lien mère-enfant: la naissance inachevée. Levallois-Perret, France: Gaëtan Morin éditeur Europe; 2000.
5. Nix CM, Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F. Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant: éléments cliniques et données de recherche. La psychiatrie de l'enfant. 2009;52(2):423-50.
6. Ordre National des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010.
7. Diplôme d'Etat de puéricultrice : référentiel de compétences [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: [https://www.ifchureennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/referentiel\\_competchences\\_puericultrices\\_v10\\_0.pdf](https://www.ifchureennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/referentiel_competchences_puericultrices_v10_0.pdf)
8. Blondel B, Coulm, B. Enquête Nationale Périnatale 2016. Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010. [Internet]. INSERM; DREES; 2017 oct [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf)
9. Lucie V, Brigitte G, Dominique F. Évaluation de l'unité mère-enfant du centre hospitalier universitaire d'Angers : questionnaire de satisfaction adressé aux parents du 1er juin au 31 octobre 2010 [Internet]. Université Angers; 2012 [cité 22 oct 2018]. Disponible sur: [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00685152/PDF/memoire\\_vatelot.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00685152/PDF/memoire_vatelot.pdf)
10. Zaoui-Grattepanche C, Kuhn P, Pierrat V, Allen A, Audeoud F, Bouvard C, et al. Le portage des nouveau-nés en peau à peau. Perfectionnement en Pédiatrie. 1 juin 2018;1(2):100-7.
11. Pignol J, Lochelongue V, Fléchelles O. Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. Spirale. 2016;N° 80(4):71-80.
12. Stern DN, Bruscheweiler-Stern N, Freeland A, Joly C. La naissance d'une mère. Paris: O. Jacob; 2009.
13. Thomas N, Amrani E, Seye E, Méro S. Regards croisés sur les soins de développement. Mt Pédiatrie. 2011;14:322-5.
14. Grosse C, Wasier A-P. Protocole: Cathéter Veineux Ombilical. Réseau de périnatalité « Méditerranée »; 2014.
15. Dorriere, Guillemin. Catheter Veineux Ombilical et le peau à peau ou le câlin [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2016/01/catheterveineuxombilicaletpeauapeau2013.pdf>
16. E. Devouche. Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. Soins Pédiatrie/Puericulture. déc 2017;(299).
17. Pierrat V, Bomy H, Courcel C, Dumur S, Caussette V, Bouckenhove N, et al. Le peau à peau dans la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 oct 2004;17(7):351-7.

18. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants - Conde-Agudelo, A - 2016 | Cochrane Library [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: [https://www.cochrane.org/CD002771/NEONATAL\\_kangaroo-mother-care-reduce-morbidity-and-mortality-low-birthweight-infants](https://www.cochrane.org/CD002771/NEONATAL_kangaroo-mother-care-reduce-morbidity-and-mortality-low-birthweight-infants)
19. Dr Leboucher, Chevreux S. Protocole : Conduite à tenir lors de la visite auprès des parents au 1er B. CHU Angers; 2015.
20. Dr Leboucher, Chevreux S. Protocole : Liaison Néonatalogie - Grossesse Pathologiques 1er B. CHU Angers; 2015.
21. Glorieux I, Montjoux N, Bloom M-C, Casper C. Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue des parents. Devenir. 12 mai 2012;Vol. 24(1):45-53.
22. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé (JORF n°102 du 03 mai 2005) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=>

# Annexes

**Annexe 1** : Trame d'entretien avec les représentants de la maternité et du service de néonatalogie du CHU d'Angers afin d'évaluer l'accessibilité au sein de notre établissement des pratiques retrouvées dans la littérature.

1/ Quelles sont, d'après vous, les pratiques actuellement proposées au CHU d'Angers ? Pour chaque item, répondre :

- OUI, je suis certain.e que le CHU d'Angers le propose
- NON, je suis certain.e que le CHU d'Angers ne le propose pas
- JE NE SAIS PAS si cette pratique est actuellement proposée au CHU d'Angers

Un commentaire pour chaque proposition est possible.

En période prénatale, lors d'une situation à risque d'hospitalisation du nouveau-né (MAP, malformations, RCIU sévère...).	OUI	NON	NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir à la mère une information adaptée (au terme, au poids, à la gravité, au niveau de compréhension et à l'état émotionnel maternel) sur les risques liés à la pathologie de l'enfant à naître.</li> <li>• Expliquer le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation où se trouvera leur enfant.</li> <li>• Proposer une visite du service de néonatalogie.</li> <li>• Proposer à la mère un entretien avec un professionnel de la psychologie dès l'annonce du diagnostic.</li> </ul>			

Faciliter la présence des parents et les moments d'intimité entre la mère et son enfant.	OUI	NON	NE SAIT PAS
<i>En Salle De Naissance</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attendre au moins une heure après la naissance pour effectuer les soins postnataux de routine tels que la pesée, les mesures, la prise de température.</li> <li>• Dans les minutes qui suivent immédiatement la naissance, proposer à la mère de placer le nouveau-né en peau à peau en accompagnant celui-ci d'un protocole de surveillance adéquat.</li> <li>• Le premier examen global du nouveau-né se fait devant la mère si possible.</li> <li>• Eviter au maximum la séparation de la mère et de son bébé.</li> <li>• Si la femme fait le choix de l'allaitement maternel, l'encourager et l'accompagner en proposant la première mise au sein le plus rapidement possible après l'accouchement.</li> </ul>			
<i>Durant l'hospitalisation</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que les parents puissent se rendre auprès de leur bébé hospitalisé 24h sur 24, sans avoir à en demander l'autorisation.</li> <li>• Organisation du service de néonatalogie en chambre individuelle pour créer une intimité familiale, faciliter les visites des parents et éviter au nouveau-né des stimulations inutiles.</li> <li>• Permettre la régularité des moments de peau-à-peau, dès que la mère le souhaite.</li> <li>• Optimiser le peau-à-peau en changeant régulièrement l'installation du nouveau-né sur sa mère afin d'augmenter et de diversifier les échanges relationnels entre eux (regards, postures, sourires, ...).</li> <li>• Encourager et permettre à la mère de prendre son enfant dans les bras le plus souvent possible.</li> <li>• Favoriser le portage en enseignant des techniques, notamment selon la méthode Kangourou.</li> <li>• Parler au nouveau-né de sa mère quand celle-ci n'est pas présente auprès de lui.</li> <li>• Dans le cas où la mère ne peut venir souvent : faire écouter au nouveau-né un message vocal qu'elle laisse ou même poser le téléphone portable près de lui pour qu'il entende sa mère lui parler directement.</li> <li>• Mettre dans le berceau (ou la couveuse) du nouveau-né un linge imprégné de l'odeur maternelle.</li> <li>• Afficher des photographies de sa famille dans la chambre / le box du nouveau-né.</li> <li>• Proposer à la mère d'enregistrer un CD chanté et/ou parlé destiné à être présenté à son bébé.</li> <li>• Faire écouter à l'enfant des berceuses ou des comptines issues de la culture maternelle.</li> <li>• Inciter la mère à mettre en place des moments de partage et d'éveil avec son bébé.</li> </ul>			

Encourager la participation des parents aux soins de nursing.	OUI	NON	NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à ce que tout examen ou traitement du bébé soit entrepris avec le consentement des parents et en leur présence.</li> <li>• Différer au maximum les soins de nursing pour les effectuer quand la mère est présente.</li> <li>• Laisser la mère effectuer les soins elle-même.</li> <li>• Aider la mère à comprendre le comportement de son enfant.</li> <li>• Transmettre à la mère des techniques de soins : les massages, le bain, la réalisation d'un cocon.</li> <li>• Soutien moral de la mère : la rassurer sur ses capacités, la valoriser, lui donner confiance en elle-même.</li> <li>• Encourager la mère à parler à son enfant.</li> <li>• Mettre en évidence, devant ses parents, les capacités relationnelles du bébé dès les premières heures et premiers jours de vie. La mère peut découvrir les compétences relationnelles de son enfant pendant l'examen.</li> <li>• Permettre à la mère d'assister activement à la visite médicale, si elle le souhaite.</li> <li>• Que la mère puisse participer à la programmation des soins et à leur évaluation.</li> </ul>			

Réfléchir les modalités de transmissions des informations aux parents.	OUI	NON	NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que les entretiens médicaux se fassent en présence d'un professionnel de la psychologie.</li> <li>• Prendre le temps d'écouter la mère, de savoir ce qu'elle a reçu comme informations et ce qu'elle en a compris. Prendre le temps d'expliquer et d'écouter ses questions et ses doutes.</li> <li>• Inciter la mère à parler de son enfant et à se reconnaître en tant que mère.</li> <li>• Encourager la prise de décision éclairée de la mère. Qu'elle soit actrice dans la prise en charge de son enfant.</li> <li>• Expliquer le fonctionnement des appareils de monitoring qui peuvent être des freins dans la recherche de contact par la mère.</li> <li>• Présence de lieux communs dans le service (coin repas, salon, ...) où les parents peuvent se retrouver et créer du lien social entre eux pour diminuer leur stress potentiel.</li> <li>• Soutenir la création de groupes de parents afin qu'ils échangent entre eux de leur expérience.</li> </ul>			

Optimiser la transmission d'informations entre les différentes équipes, travailler en interdisciplinarité au profit de la mère et de son bébé.	OUI	NON	NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonctionnement des services de maternité et de néonatalogie en pôle mère-enfant.</li> <li>• Que la mère puisse avoir accès régulièrement à des entretiens avec un psychologue/psychiatre pour exprimer son vécu et qu'un retour de ces entretiens soient faits aux équipes prenant en charge la mère et l'enfant.</li> <li>• Transmissions quotidiennes entre les équipes de néonatalogie et de maternité concernant l'état de santé de la mère et l'état de santé du bébé.</li> <li>• Prévenir l'équipe prenant en charge la mère lorsque l'état de santé du nouveau-né se dégrade.</li> <li>• Prévenir l'équipe prenant en charge la mère lorsqu'une annonce concernant le pronostic de son enfant lui a été faite par les pédiatres.</li> <li>• Prévenir l'équipe prenant en charge l'enfant lorsque l'état de santé de la mère se dégrade.</li> <li>• Permettre à un enfant hospitalisé en néonatalogie mais stable de passer une partie de la journée auprès de sa mère en maternité.</li> <li>• Que les équipes de néonatalogie et de maternité se réunissent ponctuellement pour discuter d'une situation précise où la construction du lien mère-enfant semble compliquée.</li> <li>• Que les équipes de néonatalogie et de maternité se réunissent de manière régulière et institutionnalisée pour discuter des stratégies communes d'accompagnement des couples mère-enfant séparés.</li> </ul>			

## 2/ Questions ouvertes

Concernant la durée de séjour des mères dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie, que propose l'institution aux mères ne souhaitant pas rentrer chez elle rapidement (après une durée classique post-accouchement) ?

Existe-t-il au sein du CHU des protocoles au sujet de l'accompagnement de la construction du lien mère-enfant ?

Y a-t-il actuellement une réflexion à ce sujet, des projets en cours de réalisation ?

Avez-vous des suggestions pour la suite de ce travail ?

**Annexe 2** : Auto-questionnaire anonyme proposé à quelques professionnels pour évaluer l'appropriation ou non des outils mis à leur disposition pour soutenir le lien mère-enfant.

Madame, Monsieur,

Etudiante sage-femme en dernière année à l'école de sage-femme d'Angers, je réalise mon travail de mémoire de fin d'études sur le sujet de l'accompagnement par les professionnels de la construction du lien mère-enfant, dans un contexte de séparation pour hospitalisation du nouveau-né.

Je souhaite réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles de soutien du lien mère-enfant dans les services de néonatalogie et de maternité, chez les dyades mère-enfant séparées durant le séjour de la mère en maternité.

Pour cela, j'effectuerai une étude quantitative en relevant dans les dossiers des nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie les pratiques de soutien au lien mère-enfant qui y sont consignées. J'ai besoin de votre aide pour identifier ce que vous mettez en place au quotidien pour accompagner la construction du lien mère-enfant dans ces situations particulières de séparation.

Les propositions qui vous sont faites dans ce rapide questionnaire ont été retenues à la suite d'entretiens avec les équipes encadrantes de la maternité et de la néonatalogie, que je remercie chaleureusement.

Ce questionnaire étant destiné à la fois à des sages-femmes, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture, chacun.e d'entre vous ne sera pas concerné.e par l'ensemble des items. En effet, un certain nombre de questions, du fait des compétences ou du milieu d'exercice, ne concerne pas tous les corps de métier. Si la proposition ne relève pas de votre exercice professionnel, merci dans ce cas de cocher la case « non concerné par cette pratique ».

De ce fait, le questionnaire devrait être assez rapide à remplir. Il est entièrement anonyme, seule votre profession et votre ancienneté au sein du CHU d'Angers sont requises.

Je vous remercie par avance de votre participation à mon projet et du temps que vous y accorderez.

Je suis disponible pour toute question, remarque ou suggestion.

Merci encore pour votre aide précieuse.

Bien cordialement,

ALICE NEAU - Etudiante Sage-Femme en 5<sup>ème</sup> année

neau.alice@gmail.com



*Durant l'hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie et de la mère en suites de couches :*

PROPOSITION DE PRATIQUE	TOUJOURS	LE PLUS SOUVENT	RAREMENT	JAMAIS	NON CONCERNE PAR CETTE PRATIQUE
Je permets à la mère de placer son enfant en peau à peau dès qu'elle le souhaite.					
Je permets à la mère de prendre son enfant dans les bras dès qu'elle le souhaite.					
Je parle au nouveau-né de sa mère quand celle-ci n'est pas présente auprès de lui.					
Je propose à la mère de préparer un linge imprégné de son odeur pour le placer dans le berceau (ou la couveuse) de son enfant.					
Je propose à la mère qu'elle affiche des photographies de sa famille dans la chambre/le box de son enfant.					
Je diffère les soins de nursing pour les effectuer préférentiellement quand la mère est présente.					
Je laisse la mère effectuer les soins elle-même.					
Je transmets à la mère des techniques de soins tels que les massages, le bain, la réalisation d'un cocon.					
J'apporte un soutien moral à la mère en la rassurant sur ses capacités, en la valorisant, en lui donnant confiance en elle.					
J'encourage la mère à parler à son enfant.					
Je permets à la mère de participer à la programmation des soins de son enfant et à leur évaluation.					

*Concernant les transmissions d'informations aux parents :*

PROPOSITION DE PRATIQUE	TOUJOURS	LE PLUS SOUVENT	RAREMENT	JAMAIS	NON CONCERNE PAR CETTE PRATIQUE
Je prends le temps d'écouter la mère, de savoir ce qu'elle a reçu comme informations et ce qu'elle en a compris. Je prends le temps d'expliquer, d'écouter ses questions et ses doutes.					

J'incite la mère à parler de son enfant et à se reconnaître en tant que mère.					
J'explique le fonctionnement des appareils de monitoring se trouvant dans la chambre du nouveau-né.					

Concernant les transmissions d'informations entre les différentes équipes et le travail interdisciplinaire :

PROPOSITION DE PRATIQUE	TOUJOURS	LE PLUS SOUVENT	RAREMENT	JAMAIS	NON CONCERNE PAR CETTE PRATIQUE
J'effectue des transmissions quotidiennes à l'équipe de néonatalogie/de maternité prenant en charge le nouveau-né/la mère.					
Je préviens l'équipe prenant en charge la mère/le nouveau-né lorsque l'état de santé du nouveau-né/de la mère se dégrade.					

## 2. Questions ouvertes

A certaine(s) question(s) vous avez peut-être répondu « rarement » ou « jamais » ; citez 2 ou 3 facteurs qui selon vous, limitent ces pratiques au quotidien ?

Concernant l'accompagnement du lien mère-enfant en maternité/en néonatalogie chez les couples mère-enfant séparés, aimeriez-vous développer davantage certaines pratiques actuelles, ou auriez-vous envie d'en mettre en place de nouvelles ? Si oui, lesquelles ?

Que penseriez-vous du fait que les équipes de maternité et de néonatalogie puissent se réunir régulièrement pour discuter des stratégies communes d'accompagnement de la construction du lien mère-enfant (*de manière générale et non autour d'un cas particulier*) ?

### **Annexe 3** : Liste complète des données recueillies

- Durée de séjour de la mère en maternité (*en jours*)
- Sexe de l'enfant
- Terme de naissance
- Motif(s) d'hospitalisation en néonatalogie de l'enfant
- Parité de la mère à l'issue de cet accouchement
- Voie d'accouchement
- Nouveau-né issu ou non d'une grossesse multiple
- Mère isolée ou non (présence d'un conjoint / du père de l'enfant)
- Mère francophone ou non
- Situation médicale maternelle limitant les visites : hospitalisation dans un autre service que la maternité, alitement, complications médicales, douleurs, ...
- Pathologie psychiatrique maternelle connue
- Poids de naissance du nouveau-né (*en grammes*)
- Mode d'alimentation du nouveau-né
- Présence ou non d'un support ventilatoire, et si oui sa date de retrait
- Présence ou non d'un cathéter veineux ombilical, et si oui sa date de retrait
- Information par le pédiatre et visite du service de néonatalogie en anténatal (pendant une hospitalisation en cours de grossesse) réalisée(s) ou non
- Date de la 1ère visite de la mère (*en heures de vie du nouveau-né*)
- Nombre totale de visites de la mère
- Date du 1er PAP de la mère (*en heures de vie du nouveau-né*)
- Nombre total de PAP de la mère
- Nombre de soins observés par la mère
- Nombre de soins auxquels la mère a participé
- Nombre d'appels téléphoniques entre l'équipe de néonatalogie et la mère
- Nombre d'entretiens de la mère avec une puéricultrice et/ou un.e pédiatre
- Nombre d'entretiens de la mère avec une psychologue et/ou une psychiatre du service de néonatalogie
- Utilisation par la mère ou non du tableau blanc présent dans la chambre du nouveau-né pour échanger des informations avec l'équipe de néonatalogie
- Présence dans le berceau ou l'incubateur de l'enfant d'un linge imprégné de l'odeur maternelle
- Existence d'au moins un échange entre les équipes de maternité et de néonatalogie au sujet de l'état de santé de la mère et/ou du nouveau-né

## Table des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude.....	6
Figure 2 : Date de la première visite de la mère auprès de son enfant en fonction de la voie d'accouchement ...	8
Figure 3: Nombre d'entretiens médicaux et paramédicaux avec les parents notifiés dans le dossier .....	10

## Table des tableaux

Tableau I : Caractéristiques de la population de l'étude .....	7
--	---

## RÉSUMÉ

**Contexte** : L'hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie dès la naissance est un phénomène en augmentation en France. La séparation de la mère et du nouveau-né qui en résulte vient compliquer la construction du lien mère-enfant, et les interactions précoces nécessaires à l'attachement.

**Objectif** : Réaliser un état des lieux des pratiques de soutien du lien mère-enfant par les professionnels des services de néonatalogie et de maternité, chez les dyades mère-enfant séparées, et ce durant le séjour de la mère en maternité.

**Matériel et Méthode** : Etude quantitative, prospective, descriptive, monocentrique réalisée au CHU d'Angers du 01/11/2018 au 31/12/2018. Recueil des données dans les dossiers infirmiers et médicaux des nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie dès la naissance (N=67). Analyse par le logiciel Excel version Microsoft Office 365 ProPlus.

**Principaux résultats** : Pour 62,7% des nouveau-nés de l'étude, la 1<sup>ère</sup> visite de leur mère en néonatalogie avait lieu avant 6 heures de vie. 74,6% des nouveau-nés hospitalisés avaient bénéficié d'au moins une installation en peau-à-peau contre leur mère. La nécessité pour l'enfant d'avoir un cathéter veineux ombilical (KTVO) retardait l'instauration du 1<sup>er</sup> peau-à-peau : 18 heures de vie sans KTVO versus 82 heures de vie pour les nouveau-nés ayant un KTVO ( $p=7E-7$ ). 82% des mères avaient participé aux soins de leur enfant. En anténatal, 28% des mères avaient reçu une information pédiatrique et/ou une visite du service de néonatalogie.

**Conclusion** : Bonne application des pratiques de soutien du lien mère-enfant dans le contexte de séparation. Une réflexion doit être menée sur la possibilité de pratiquer le peau-à-peau en présence d'un KTVO. La systématisation de la visite du service en anténatal doit être encouragée.

**mots-clés** : lien mère-enfant ; attachement ; peau-à-peau ; néonatalogie ; parentalité ; prématurité

## ABSTRACT

**Context** : Newborn hospitalization in a neonatology unit as soon as birth is increasing in France. The resulting separation of mother and newborn complicates the construction of the mother-child bond, and the early interactions necessary for attachment.

**Objective** : To make an assessment of professional practices supporting the mother-child bond in neonatology department and maternity ward, for separate mother-child dyads, only during the mother's stay in maternity ward.

**Material and Method** : Quantitative, prospective, descriptive and monocentric study carried out at the University Hospital of Angers from 01-11-2018 to 31-12-2018. Data's collection in nursing and medical files of newborn hospitalized in neonatology unit (N=67). Analysis by Excel version Microsoft Office 365 ProPlus software.

**Main results** : 62,7% of newborns in the study received their mother's first visit in neonatology room before 6 hours of life. 74,6% of hospitalized newborns had at least one skin-to-skin contact with their mother. The use of umbilical venous catheter (UVC) delays the first skin-to-skin contact : 18 hours of life without UVC vs 82 hours of life for infants with UVC ( $p=7E-7$ ). 82% of mothers contributed to the care of their child. Before birth, 28% of mothers had a pediatric information and/or a visit of neonatology unit.

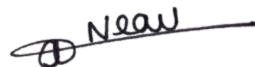
**Conclusion** : Good application of practises supporting the mother-child bond in terms of separation. A reflection on the possibility to practice skin-to-skin contact with a UVC must be made. Systematization of antenatal clinic visit must be stimulated.

**keywords** : mother-child bond ; attachment ; skin-to-skin contact ; neonatology ; parenting ; prematurity

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Alice Neau.....  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 06 / 04 / 2019

 NEAU

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint  
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université  
40 rue de rennes - BP 73532  
49035 Angers cedex  
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00