



**HAL**  
open science

# État des lieux des transferts néonataux et des pratiques de rapprochements maternels en 2013 au centre hospitalier régional et universitaire de Brest

Maëva Le Bourligu

## ► To cite this version:

Maëva Le Bourligu. État des lieux des transferts néonataux et des pratiques de rapprochements maternels en 2013 au centre hospitalier régional et universitaire de Brest. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01320105

**HAL Id: dumas-01320105**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01320105>**

Submitted on 23 May 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

École de SAGES-FEMMES  
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé  
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES  
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2015

***ETAT DES LIEUX DES TRANSFERTS NEONATAUX  
ET DES PRATIQUES DE RAPPROCHEMENTS  
MATERNELS EN 2013  
AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL ET  
UNIVERSITAIRE DE BREST***

Présentée et soutenue par : ***LE BOURLIGU Maëva***

née le 06 octobre 1992

Directeur de mémoire : Pr Jacques SIZUN, pédiatre

## ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée Melle Le Bourligu Maëva.....

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

LE BOURLIGU Maëva

## REMERCIEMENTS

Je remercie :

les membres du Jury,

toute l'équipe pédagogique de l'École de Sage-femme de Brest  
*pour leurs enseignements, leurs expériences partagées, et leurs encouragements,*

toute ma promotion d'étudiants sensationnels  
*pour ces 4 années de folie !*

Pr Sizun, Pédiatre et directeur de ce mémoire  
*pour sa rigueur et son encadrement,*

Mme Bertschy, Sage-femme coordinatrice au RPBO,

Mme Falchier, Cadre Sage-femme au CHRU de Brest,

Mme Lasnier Alexandra, Attachée de gestion au CHRU de Brest

les secrétaires du service de néonatalogie.

Je remercie plus particulièrement :

Dr Giroux, PH, responsable de l'unité de néonatalogie  
*pour sa gentillesse, sa disponibilité et son dévouement,*

Sylvie Debierre, secrétaire aux archives du CHRU  
*pour son aide et le temps accordé pour cette étude,*

Françoise Jubil, Sage-femme enseignante et guidante de ce travail de recherches,  
*pour ses conseils, sa patience et son relativisme,*

Marie, Marion LC, Éloïse, Marion P, Aurélia,  
*pour notre complicité et notre amitié démesurée,*

Ma famille, mes proches, ami(e)s et Vincent,  
*pour leur présence, leur écoute, pour m'avoir soutenu et supporté durant cette année difficile.*



## SOMMAIRE

<b>1. Introduction</b> .....	2
<b>2. Patients et Méthodes</b> .....	4
2.1 Type d'étude.....	4
2.2 Population 1.....	4
2.3 Population 2.....	5
2.4 Méthodes.....	6
<b>3. Résultats</b> .....	6
3.1 Population 1.....	6
3.2 Population 2.....	11
<b>4. Analyse et Discussion</b> .....	14
4.1 Analyse de l'étude.....	14
4.1.1 Les points positifs.....	14
4.1.2 Les limites.....	14
4.2 Interprétation et comparaison des résultats.....	14
4.2.1 Population 1.....	14
4.2.2 Population 2.....	16
4.3 Recommandations pour la pratique.....	19
4.4 Recommandations pour la recherche.....	20
<b>5. Conclusion</b> .....	20
<b>Bibliographie</b> .....	21

## ANNEXES

**Annexe I** : Charte de l'enfant hospitalisé

**Annexe II** : Courbes Audipog

**Annexe III** : Protocole relatif aux modalités de TPN pour rapprochement  
mère-enfant

**Annexe IV** : Feuille vierge de demande de rapprochement mère-enfant

## 1. Introduction

En 1996, les ordonnances « Juppé » [1] posent le cadre légal des réseaux de soins à travers la problématique d'une prise en charge globale. Du fait des bénéfices démontrés du transfert in utero (TIU) [2], le décret publié le 9 octobre 1998 (relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale) détermine la politique de régionalisation en terme de périnatalité. Ce décret contribue à l'amélioration de la prise en charge mère-enfant par des éventuels orientations et accouchements dans une structure adaptée. Il définit 3 types de maternités en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés. Les maternités de type III telles que le Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Brest sont constituées d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale prenant en charge les grossesses à haut risque et les nouveau-nés présentant de graves détresses [3].

Ce décret est issu du plan de Périnatalité gouvernemental 1994-2000 qui a introduit la notion d'une naissance plus sécurisée. Celui ci avait pour objectifs une « meilleure organisation des TIU et de la prise en charge du nouveau-né en cas de difficultés à la naissance ainsi qu'une diminution des transferts néonataux secondaires et donc des séparations mère-enfant » [2]. De 2005 à 2007, un second plan de Périnatalité appuie le concept de qualité et sécurité des soins autour de la naissance, et cherchera à moderniser l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement. Un des axes d'amélioration de ce plan concerne les transferts des nouveau-nés et des mères [4].

En Bretagne, le Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale (RPBO) voit le jour en 2002. Il regroupe actuellement le CHRU de Brest, les Centres Hospitaliers de Morlaix, de Landerneau, de Carhaix, le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille à Quimper, la Polyclinique Keraudren récemment fusionnée avec la Clinique Pasteur [5].

Cette organisation en réseau permet d'optimiser la prise en charge globale mère-enfant grâce à une coordination et coopération entre les établissements donnant lieu à une amélioration du pronostic foeto-maternel. Le TIU, en tant que stratégie anténatale, permet ainsi un repérage des grossesses à haut risque, une naissance dans une maternité adaptée et une proximité mère-enfant. Ces TIU ont permis une franche diminution des transferts postnataux (TPN) à l'échelle nationale puisqu'ils représentaient 3% des nouveau-nés en 1995 et 1% en 2010 [6,7]. Cependant, ces derniers sont toujours observables et les nouveau-nés présentent des pronostics plus réservés. La création des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) pédiatriques en 1976 a participé à l'amélioration de la prise en charge et du transport précoce des nouveau-nés avec des pathologies

sévères. A Brest, ce dernier a été créé en 2009. Après régulation avec le Service d'Aide Médicale Urgente, le nouveau-né est transféré vers le centre adapté le plus proche en fonction de son terme et de son poids [8].

Cette hospitalisation en période prénatale précoce entraîne dans la majorité des cas des séparations mère-enfant. Selon de récentes études, ces expériences de séparation précoce entravent le processus d'attachement. En effet, ce dernier est favorisé par le climat hormonal de la naissance. Il repose avant tout sur un contact physique étroit entre la mère et son enfant. Cette théorie est basée d'une part sur la recherche de proximité que le nouveau-né manifeste en cas de détresse à travers des comportements interpellant ses parents et d'autre part par les soins que ceux-ci lui apportent de manière innée. Il s'agit d'une relation réciproque où la figure d'attachement principale est souvent sa mère. Ceci s'explique par la recherche du familier, d'une continuité sensorielle avec la vie intra-utérine. Lorsque des événements surviennent et s'opposent à ce processus, des troubles de la relation, du comportement, des acquisitions, de la réponse au stress, et de la socialisation, persistant notamment à l'âge adulte ont été démontrés [9]. Bowlby a également décrit ce besoin important et précoce d'attachement comme une programmation génétique. Si celui-ci ne peut se faire, cela entrave sa construction psychique et fait de ce nouveau-né un enfant désorganisé [10]. Si une femme décide d'allaiter son enfant ; le succès de sa mise en place dépend d'une proximité, d'une cohabitation mère-enfant 24h/24 qui se retrouve ici contraint par l'hospitalisation de l'enfant. L'allaitement fait également parti des piliers de l'attachement. Il enrichit ce processus. Il est important tant sur le plan relationnel que nutritionnel [11]. Tout ceci peut susciter de l'angoisse, de la culpabilité, un sentiment d'échec personnel, voire une difficulté à investir cet enfant pour une mère séparée de son enfant.

Ces conséquences non négligeables incitent les professionnels à préserver la rencontre qu'est la naissance, maintenir le lien au sein de la dyade et à favoriser le rapprochement maternel lorsque l'enfant est hospitalisé de façon non programmée. Ils répondent en cela à la Charte de l'enfant hospitalisé [12], « un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état » ; « l'hôpital doit fournir à l'enfant un environnement correspondant à ses besoins physiques, affectifs ». Cette Charte encourage cette démarche de proximité [Annexe I].

La problématique en Santé Publique liée aux transferts néonataux relève de plusieurs questions : peut-on continuer à abaisser le taux de TPN ? Qu'en est-il des rapprochements mère-enfant en terme de fréquence, d'efficacité ? Existe-t-il des modalités particulières concernant les rapprochements mère-enfant ?



Pour répondre à ces questions, l'étude se propose d'établir un état des lieux des transferts néonataux secondaires vers le CHRU de Brest afin d'étudier la population concernée.

Dans un second temps, les actions de rapprochements maternels dans le cadre de ces hospitalisations néonatales non programmées seront évaluées dans le but de faire émerger des axes d'amélioration.

## **2. Patients et Méthodes**

### **2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013 inclus au CHRU de Brest.

### **2.2 Population 1**

Critères d'inclusion : Tout nouveau-né transféré au CHRU de Brest, maternité de type III, dans le service de néonatalogie, dans l'unité de néonatalogie en maternité aussi appelée « koala », ou dans le service de réanimation néonatale jusqu'à J-7<sup>1</sup> inclus après sa naissance dans les autres centres hospitaliers du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale.

Ces nouveau-nés, nés dans une structure différente que celle l'accueillant, sont aussi appelés « outborns ».

Critères d'exclusion : Tout nouveau-né transféré secondairement à un transfert maternel pour pathologie ayant nécessité une hospitalisation au CHRU de Brest.

Les transferts mère-enfant pour pathologie concomitante sont également exclus.

Le recueil de données contient :

- la provenance
- la destination : néonatalogie, « koala », réanimation néonatale
- le terme
- le poids ainsi que le percentile directement lié à l'âge gestationnel, calculé selon les courbes Audipog [Annexe II]
- le sexe
- l'âge auquel le nouveau-né est transféré
- les faits marquants du travail et de l'accouchement

---

1 J0 est considéré comme le jour de naissance de l'enfant ; J1 comme le lendemain du jour de la naissance.

- le motif du transfert au CHRU de Brest
- la durée d'hospitalisation
- la sortie : vers le domicile, vers une maternité de type II du RPBO, vers un autre service au sein du CHRU de Brest, vers un autre établissement
- le mode d'alimentation

Un seul critère concernant le transfert lui-même a été retenu : transfert sur un jour de semaine ou sur un jour de week-end. Les modalités de transferts ne seront décrites que brièvement.

## 2.3 Population 2

Critères d'inclusion : Toutes les mères ayant suivies ou non leur(s) nouveau-né(s) dans le délai de leur séjour standard en maternité c'est à dire J3-J4<sup>2</sup> pour une voie basse et J4-J5 pour une césarienne [13].

Critères d'exclusion : Les mères transférées pour pathologie maternelle.

Le recueil de données contient :

- l'âge
- la parité
- la voie d'accouchement
- la demande de rapprochement maternel ; son accord ou son refus de la part du CHRU de Brest et sa raison

Plus particulièrement concernant les femmes rapprochées :

- la date d'arrivée dans l'établissement receveur par rapport au transfert du nouveau-né
- la provenance
- une comparaison avec les critères néonataux (service d'hospitalisation, mode d'alimentation, âge au moment du transfert)
- rapprochement sur un jour de semaine ou un jour de week-end
- la durée d'hébergement

L'étude des actions de rapprochement mère-enfant se basera en partie sur le protocole du CHRU de novembre 2007 établi à ce propos [Annexe III].

De manière plus générale, une évaluation du coût de l'hébergement maternel sera également menée.

---

<sup>2</sup> J0 est considéré comme le jour de l'accouchement ; J1 comme le lendemain du jour de l'accouchement.

## **2.4 Méthodes**

Afin de recueillir de manière exhaustive le nombre, les noms et prénoms des nouveau-nés transférés, un croisement minutieux des données a été réalisé. La liste établie selon le codage correspondant aux nouveau-nés transférés au CHRU de Brest sur l'année 2013 et obtenue auprès du Département d'Informations Médicales (DIM) a été croisée à la base de données médicales du SMUR pédiatrique, regroupant tous les transferts sous forme de tableur Excel. La liste définitive des nouveau-nés a permis de rassembler les comptes-rendus d'hospitalisation de ces nouveau-nés auprès de la néonatalogie et de la maternité. Ainsi, les variables les plus intéressantes à traiter concernant cette population ont été extraites et les données correspondantes répertoriées sous forme de tableur. Ces comptes rendus ont également permis l'établissement de la liste des mères dans le but de reformer la dyade mère-enfant ainsi que le recueil de certaines données maternelles.

Concernant les mères et leur rapprochement, la consultation d'une base de données sous forme de tableur Excel répertoriant les demandes de rapprochement maternel en provenance des différents centres du RPBO ainsi que du classeur des demandes auprès de la maternité a permis de visualiser pour quelle patiente cette demande a été établie, si celle-ci a été acceptée ou refusée et la raison évoquée. Sur cette base, la durée de séjour est précisée. Parallèlement, l'accès aux feuilles de transferts pour hémorragie du post-partum a permis d'écarter certaines femmes de l'étude.

Cette liste de femmes rapprochées a été croisée avec la liste établie selon le codage correspondant aux mères hospitalisées en maternité au CHRU de Brest sur l'année 2013 ayant accouchées dans un autre établissement. La liste définitive a permis la sortie des dossiers maternels auprès des archives et donc le recueil de données. Toutes les données maternelles enregistrées ont été soumises au registre de maternité de 2013 pour vérifier les séjours en maternité. D'autres patientes rapprochées ont été distinguées grâce à ce registre. En ce qui concerne le coût de l'hébergement maternel, les numéros de séjours de chacune de ces femmes ont permis d'obtenir auprès de l'administration du CHRU les différentes recettes perçues à cet effet par ce dernier.

## **3. Résultats**

### **3.1 Population 1**

Au total, 90 nouveau-nés transférés provenant des différents centres hospitaliers du RPBO pour 89 transferts (Tableau I), du fait d'un transfert de jumeaux, ont été identifiés ; soit 40 sur 53 inclus à partir de la base administrative et 81 sur 82 à partir de la base médicale.

Trente cinq nouveau-nés figuraient sur les 2 bases de données.

Tableau I

**Provenance des outborns**

Centres hospitaliers du RPBO		Nombre d'outborns (n=90)	Pourcentage d'outborns en fonction de la population de nouveau-nés	Pourcentage d'outborns en fonction du nombre d'accouchements réalisés
Maternités de type I	Landerneau	13	14,4%	2,0%
	Carhaix	4	4,4%	1,6%
Maternités de type IIa	Morlaix	9	10,0%	1,3%
	Pasteur	14	15,6%	1,6%
	Keraudren	24	26,7%	1,3%
Maternité de type IIb	Quimper	26	28,9%	1,0%

Ont donc été inclus 90 nouveau-nés dont 2 ont été accueillis en « koala », 44 en néonatalogie et 44 en réanimation néonatale. Cette population est constituée de 70 % de garçons et 30 % de filles (n=87). Ces outborns sont principalement des nouveau-nés à terme (Figure 1) transférés à J0 (Figure 2).

Figure 1

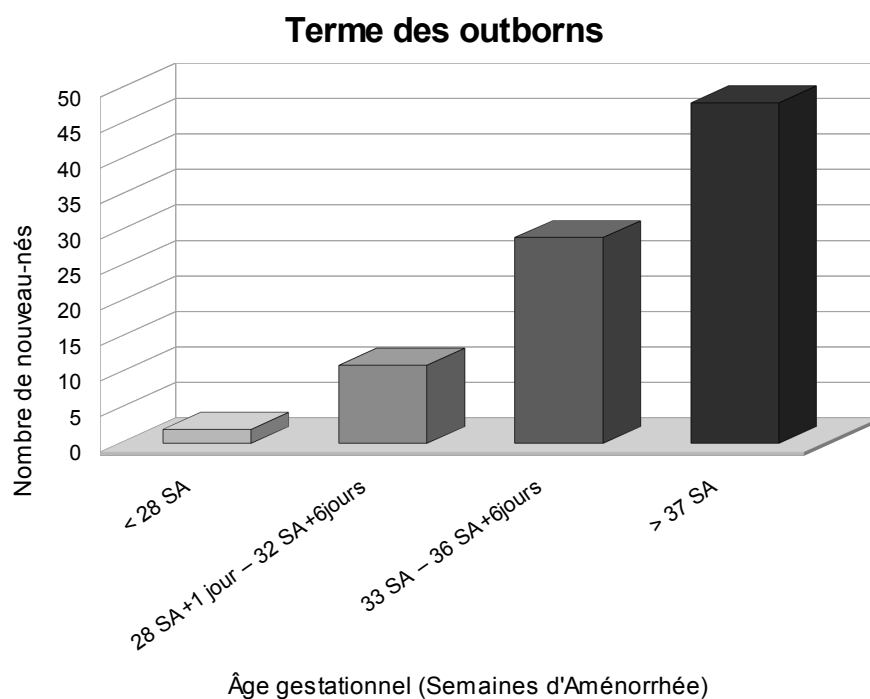
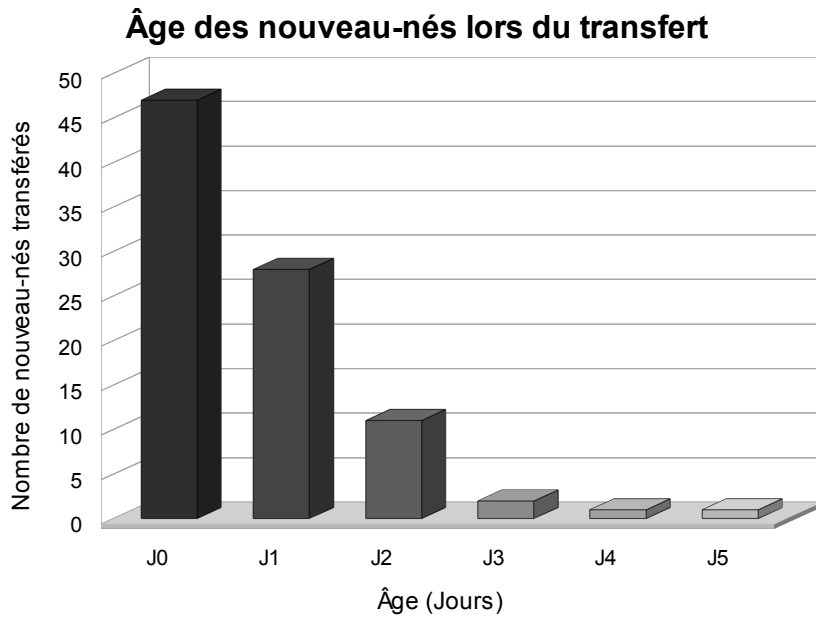
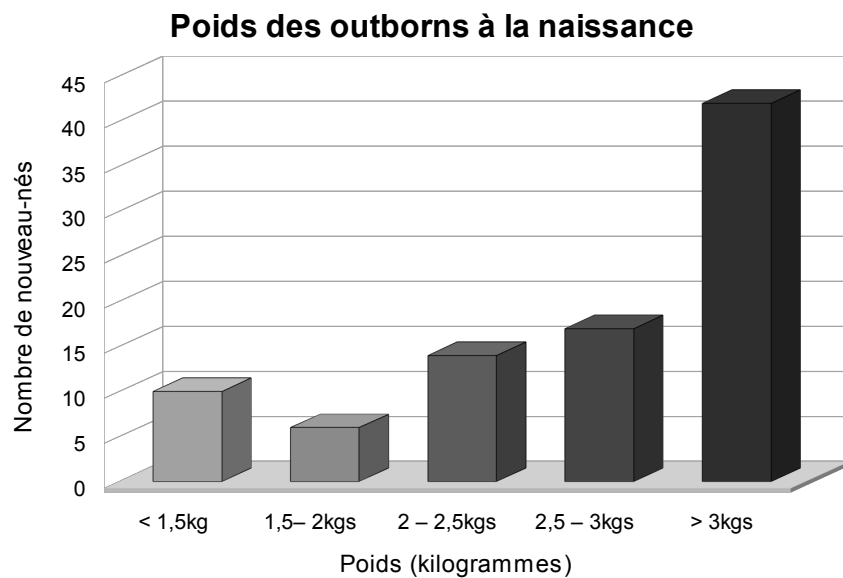


Figure 2



En terme de poids, presque la moitié des outborns font plus de 3kgs (Figure 3) dont 5 pèsent plus de 4kgs ; on distingue également 11 nouveau-nés macrosomes et 9 nouveau-nés hypotrophes pour l'âge gestationnel (n=89).

Figure 3



La prématurité ainsi que les difficultés d'adaptation chez les enfants à terme justifient la majeure partie des transferts au CHRU de Brest (Tableau II).

Tableau II

**Motifs de transferts des nouveau-nés vers le CHRU de Brest**

Motifs de transferts		Nombre d'outborns (n=90)	Pourcentage d'outborns
Prématurité		41	45,5%
Nouveau-nés à terme	Difficultés d'adaptation	41	45,5%
	Malformation(s) congénitale(s)	8	9,0%

Les détresses respiratoires, les infections et les encéphalopathies anoxo-ischémiques sont les principales causes de difficultés d'adaptation chez les nouveau-nés à terme.

Des faits retentissants autour de la naissance pour la plupart des nouveau-nés ont également pu être mis en évidence (Tableau III). Ils ont été classifiés selon des catégories typiquement utilisées dans les services de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Tableau III

**Les faits marquants de travail et de l'accouchement**

Évènements marquants	Nombre et pourcentage d'outborns présentant l'événement notoire (n=90)	
Échappement à la tocolyse (singleton) – Accouchement prématuré	15	16,7%
Grossesse gémellaire	7	7,8%
Infection	10	11,1%
Anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) - Hypoxie	34	37,8%
Anomalies du placenta et des annexes	13	14,4%
Pathologie vasculaire	6	6,7%
Accouchement traumatique	9	10,0%
Autres	4	4,4%
Aucun événement identifié	15	16,7%

Les anomalies du placenta et des annexes regroupent essentiellement des hématomes rétro-placentaires. On note également une hémorragie de Benckiser, une procidence du cordon, un cordon court et un placenta previa.

La difficulté et la dystocie des épaules, l'extraction difficile et l'extraction instrumentale, l'accouchement rapide justifient la notion d'accouchement traumatique.

Lorsqu'aucun événement n'a été identifié, il s'agit d'un travail et d'un accouchement dans des conditions physiologiques.

La catégorie « Autres » se constitue de 2 cas de diminution de liquide amniotique, d'un cas de passage avéré d'hématies fœtales dans le sang maternel avec un test Kleihauer à 1000 justifiant la naissance de l'enfant le jour même et d'un cas de suspicion de rupture utérine.

Le cumul des pourcentages correspondants aux événements présents chez les nouveau-nés supérieur à 100% est dû à l'accumulation de faits pour certains nouveau-nés au moment de la naissance.

De même, les nombres différents concernant la prématurité en tant que motif et fait lors de la naissance s'expliquent par le fait qu'il ne s'agissait pas de l'événement prépondérant du travail. En effet, pour 15 nouveau-nés sur 41 uniquement il y a eu un échappement à la tocolyse.

En revanche, le motif de transfert de ces nouveau-nés se référerait bel et bien à une naissance prématurée.

Les séjours de ces nouveau-nés s'étendent de 0 à 48 jours. La durée d'hospitalisation moyenne est de 8,44 jours et la médiane est de 5 jours. La plupart des outborns sont ensuite retransférés vers la maternité d'origine, plus proche du domicile familial (Tableau IV). On note cependant 1 décès.

Tableau IV

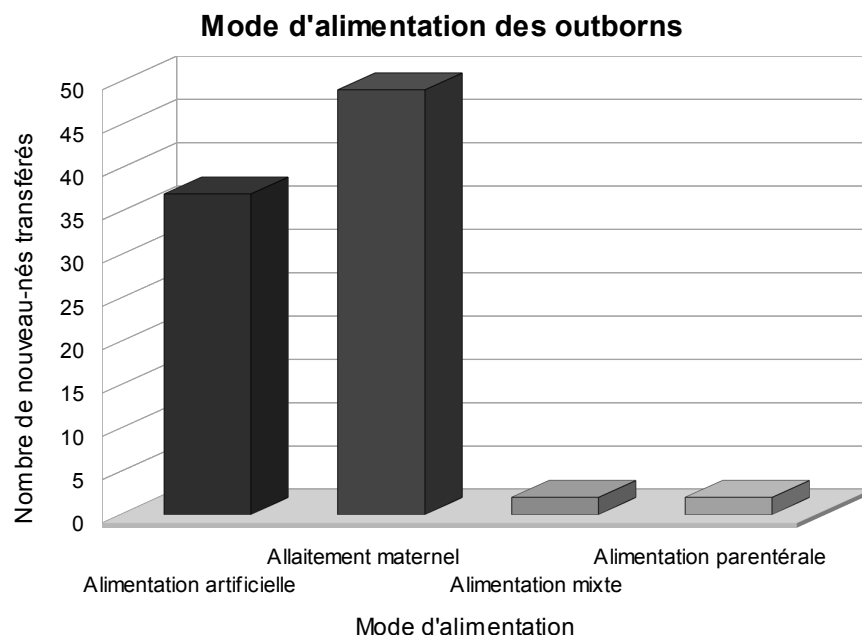
#### Sortie des outborns

Lieu	Nombre de nouveau-nés
Maternités de type II du RPBO	37
Établissements spécialisés	3
Service néonatalogie CHRU	18
Unité « Koala » CHRU	9
Service suites de couches CHRU	2
Domicile	19

Les établissements spécialisés concernent des nouveau-nés transférés vers la réanimation néonatale de Nantes, la cardiopédiatrie de Nantes et la réanimation néonatale de l'Hôpital Necker à Paris.

Quant au mode d'alimentation durant l'hospitalisation, le taux d'allaitement est légèrement supérieur au taux d'alimentation artificielle (Figure 4).

Figure 4



En ce qui concerne le mode de transfert, 1 seul transfert en hélicoptère a été effectué (n=78).

71 % de ces transferts ont lieu sur un jour de semaine et 29 % sur un jour de week-end (n=89).

Lorsque l'on rapporte les transferts réalisés sur une journée, on peut affirmer qu'il y a autant de transferts sur un jour de semaine que sur un jour de week-end.

### 3.2 Population 2

Les mères ont de 21 à 44 ans ; elles sont en moyenne âgées de 30,3 ans. La médiane est de 29 ans (n=87). Dix de ces femmes ont plus de 38 ans dont 4 plus de 40 ans. On note 48 % de primipares par rapport à 52 % de multipares (n=85) et 60 % d'accouchements par voie basse par rapport à 40 % de césariennes (n=89).

A partir de la base administrative, 36 femmes ayant accouchées dans un autre établissement et hébergées au CHRU sur 46 ont été incluses dans l'étude. Au total, à partir des différentes sources explorées, 45 femmes ont été rapprochées près de leur(s) nouveau-né(s) soient 51 % des mères. On note une ordonnance de placement provisoire établie suite à un abandon maternel dès la naissance. Quarante six demandes de transferts pour rapprochement maternel ont été formulées, ce qui correspond à 52 % des couples mère-enfant. Deux demandes correspondent à la même patiente ayant ses jumeaux transférés (Tableau V).



Tableau V

**Demandes de rapprochement maternel**

Accords	29
Refus	14 dont 2 fois pour la même patiente
Annulation	1
Sans réponse	2

L'annulation s'explique par le retransfert du nouveau-né dans la maternité d'origine.

1 seul refus est étiqueté par manque de place.

Le registre de maternité de 2013 a révélé :

- le rapprochement de ces 2 femmes dont les demandes demeuraient sans notification de la cadre de santé
- 13 femmes rapprochées où aucune demande n'avait été retrouvée
- 2 femmes rapprochées où il s'agissait initialement d'un refus.

Parmi ces 45 femmes rapprochées, 22 sont arrivées dans l'établissement le même jour que leur(s) nouveau-né(s), 16 le lendemain, 6 au terme de 2 jours d'hospitalisation, et 1 le 3ème jour. Il s'agit pour 23 d'entre elles de primipares et de 22 multipares ; 31 femmes avaient accouchées par voie basse et 14 par césarienne.

Les femmes rapprochées de leur(s) nouveau-né(s) concernent davantage certains établissements (Tableau VI).

Tableau VI

**Provenance des mères rapprochées**

<b>Centres hospitaliers du RPBO</b>	<b>Nombre et pourcentage de femmes rapprochées en fonction du nombre de nouveau-nés provenant de l'établissement</b>
Landerneau	11 / 13 soit 84,6 %
Carhaix	3 / 4 soit 75 %
Morlaix	8 / 14 soit 57,1 %
Pasteur	6 / 9 soit 66,7 %
Keraudren	7 / 24 soit 29,2 %
Quimper	10 / 25 soit 40 %

Parmi les services accueillants les nouveau-nés, 24 femmes ont leur(s) nouveau-né(s) hospitalisé(s) en réanimation néonatale et 19 femmes ont leur(s) nouveau-né(s) hospitalisé(s) en néonatalogie.

Les nouveau-nés admis en « koala » sont forcément accompagnés de leur mère.

Sont également rapprochées 19 femmes qui ont choisi une alimentation artificielle pour leur(s) nouveau-né(s) et 26 un allaitement maternel (AM).

Sur 47 nouveau-nés transférés dès la naissance, 27 femmes sont rapprochées.

Seize femmes sont également rapprochées sur 28 nouveau-nés transférés à J1 alors que sur 11 nouveau-nés hospitalisés à J2, seulement 2 couples mère-enfant sont réunis au CHRU.

Parmi ces mères, 5 rejoignent leur(s) nouveau-né(s) sur un jour de week-end.

La durée d'hébergement s'étend de 2 à 10 jours ; elles ont en moyenne séjourné 5,3 jours en maternité. La médiane est de 5 jours.

Le coût global de l'hébergement est compris entre 1255,1 € et 2895,43 € (n=41). Il s'agit d'un forfait indépendant du nombre de jours où la femme a séjourné en maternité. Son coût moyen est de 1635,50€.

Pour résumer, l'étude révèle une population de nouveau-nés majoritairement masculine, à terme, eutrophe, transférée essentiellement le jour de la naissance pour des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine. La prédominance des hypoxies en per-partum apparaît également. Ces outborns proviennent de manière équitable des différents centres du RPBO. Après leur séjour au CHRU de Brest, plus d'1/3 des nouveau-nés sont retransférés vers la maternité de type II d'origine et plus d'1/4 sortent vers leur domicile. Le taux d'allaitement excède de peu la moitié des outborns.

En ce qui concerne les mères, âgées en moyenne de 30,3 ans, les taux de primipares et de multipares sont quasiment similaires. Les accouchements par voie basse, quant à eux, sont supérieurs. Seulement la moitié des femmes ayant un enfant hospitalisé au CHRU est rapprochée ; leur nombre est légèrement supérieur lorsque l'enfant est hospitalisé en réanimation néonatale et/ou qu'il s'agit d'un AM. La plupart des femmes arrive au CHRU le même jour que leur nouveau-né et provienne plus de certains centres du RPBO. Malgré des accords de rapprochements maternels prépondérants, les demandes et les réponses ne sont pas toujours retrouvées.

## **4. Analyse et Discussion**

### **4.1 Analyse de l'étude**

#### **4.1.1 Les points positifs**

Il s'agit d'une première étude au sujet des TPN au sein du RPBO. Elle permet donc d'avoir un regard étendu sur l'activité des TPN de l'Ouest de la Bretagne et sur la population concernée par ces transferts, non connus auparavant. La dyade mère-enfant est également reconstituée et prise dans sa globalité à travers l'étude des 2 populations. La méthode utilisée a permis un regroupement exhaustif de la population. Le recueil de données se révèle correctement réalisable du fait de l'exhaustivité de plusieurs sources également. Enfin, cette étude affirme l'intérêt du travail en réseau.

#### **4.1.2 Les limites**

S'agissant d'un état des lieux et ne s'intéressant donc qu'à l'aspect quantitatif, il est néanmoins complexe d'écarter l'aspect qualitatif notamment à l'égard du lien mère-enfant. Les connaissances actuelles sont très avancées à ce sujet. Le critère « sexe », quant à lui, n'apparaît pas sur les comptes-rendus d'hospitalisation. Pour cela, il a donc fallu se référer au prénom des nouveau-nés. Dans le cas d'une étude rétrospective, il est difficile d'obtenir l'intégralité des données. Il faut privilégier la consultation de nombreuses sources pour tenter d'assurer un recueil le plus exhaustif possible. Les TPN restent une thématique partiellement traitée dans la littérature.

### **4.2 Interprétation et comparaison des résultats**

#### **4.2.1 Population 1**

Le recueil du nombre d'outborns a essentiellement été obtenu à partir de la base de données médicales. Le recueil administratif, quant à lui, ne permet pas un recueil exhaustif du nombre d'enfants transférés. La provenance de ceux-ci met en évidence une stratégie anténatale bien menée puisque seulement 1 à 2 % de nouveau-nés par établissement sont transférés au CHRU de Brest. Dans la littérature, « la lettre des actualités périnatales du Languedoc-Roussillon N° 25 » [14] se préoccupe des TPN et affiche elle aussi de nets progrès en terme de prise en charge néonatale entre 1997 et 2003-2005. Cela confirme les perspectives d'évolution en terme de périnatalité dans notre pays.

On observe néanmoins autant de transferts vers la néonatalogie que vers la réanimation néonatale alors que les  $\frac{3}{4}$  des centres hospitaliers du RPBO disposent d'une unité de néonatalogie. Cependant, les maternités de type II du RPBO sont des maternités de type IIa hormis le centre hospitalier de Quimper. Ces structures disposent des moyens pour une surveillance particulière des enfants mais on peut donc imaginer que ces outborns nécessitent des soins intensifs.

Le fait que la majorité des nouveau-nés transférés soient à terme et/ou au delà de 32 semaines d'aménorrhées témoigne à nouveau d'une politique de transfert anténatal adéquate en fonction de l'âge gestationnel. Les motifs de TPN vont également dans ce sens puisqu'il s'agit surtout de mauvaises adaptations à la vie extra-utérine aggravées par des circonstances particulières à la naissance. Il n'est visiblement que très peu question d'un défaut de diagnostic anténatal.

Concernant la question de la prise en charge à la naissance et de la pratique de la réanimation néonatale par les professionnels de santé, celle-ci est malgré tout précoce puisque la plupart des transferts a lieu le jour de la naissance. Le diagnostic et la décision de transfert se font donc assez rapidement.

Comme dans notre étude, la « lettre des actualités périnatales du Languedoc-Roussillon N° 25 » ainsi qu'une étude menée en 2010 dans le Sillon Alpin [15] révèlent la prédominance d'une population de nouveau-nés masculine, à terme (60% de la population de nouveau-nés), transférée le jour de la naissance. Il semblerait que le sexe féminin soit moins vulnérable de part un « avantage biologique » et des facteurs génétiques. De plus, ces études retrouvent comme principaux motifs de transferts les détresses respiratoires, les infections, les anoxies périnatales et la prématurité, soient des étiologies identiques à notre étude.

Si on élargit la problématique des TPN au continent africain et ce, malgré des politiques de santé différentes et des moyens parfois autrement moins développés, on retrouve quelques similitudes relatives à la population d'outborns. En effet, des études menées au Mali, au Congo, [16,17] et au Sénégal ont démontré une population de nouveau-nés admis principalement le jour de la naissance pour les mêmes motifs. Ces études identifient la naissance outborn comme facteur de mortalité néonatale ; un poids inférieur à 1,5kg, la prématurité, un accouchement par voie basse dystocique (apshyxie néonatale), le sexe masculin comme facteurs de risque de transferts. Au Sénégal, la majorité des nouveau-nés transférés étant eutrophes et nés par voie basse (76,9 %) consolide également nos données concernant cette population [18].

Au sein de notre étude, un certain nombre de macrosomes et d'hypotrophes sont retrouvés ; on peut se poser la question de la voie d'accouchement la plus appropriée en fonction de la sévérité de leur pathologie. Certains faits notables autour de la naissance comme des ARCF, un hématome rétro-placentaire, ou un échappement à la tocolyse confirment qu'un TIU n'était pas envisageable au vu d'un accouchement imminent. Le taux important d'hypoxie en per-partum interroge de nouveau sur le délai d'intervention au moment de la naissance. En ce qui concerne les pathologies vasculaires et les grossesses gémellaires, le lieu d'accouchement peut éventuellement être réfléchi en fonction des circonstances.

La durée de séjours des nouveau-nés dans les différents services au CHRU montrent la réelle nécessité du transfert de l'enfant vers l'établissement. La durée de séjour inférieure à une journée pour un nouveau-né interpelle malgré tout sur le caractère évitable de ce transfert. La sortie des nouveau-nés majoritairement vers des maternités de type II mais aussi en unité « koala » ou dans le service de suites de couches au CHRU affirme la politique de proximité recherchée entre la mère et son enfant. La sortie vers une seconde hospitalisation en néonatalogie s'explique par une continuité des soins et une surveillance particulière encore essentielle à l'égard de l'enfant.

En ce qui concerne l'allaitement maternel, le taux dans cette étude est de l'ordre de 56 % alors qu'à l'échelle nationale selon l'étude Epifane 2012-2013 il est de l'ordre de 74 % à la naissance [19]. Selon l'étude Elfe de 2011, les circonstances de la naissance influencent les parents sur le choix du mode d'alimentation, ce qui expliquerait ce taux inférieur [20].

En ce qui concerne les modalités de transferts, la part équitable de transferts réalisés en semaine ou sur le week-end montre que c'est bel et bien l'état de l'enfant qui importe. L'organisation de travail imposé le week-end n'interfère donc pas sur la décision de transfert.

#### **4.2.2 Population 2**

Quel que soit le rang de naissance, en 2013, en France, l'âge moyen des mères à l'accouchement atteint 30,1 ans [21] soit l'âge moyen des mères retrouvé dans cette étude. On note cependant 1/9 des grossesses après 38 ans ; des grossesses tardives, plus à risque, qui pourraient renseigner certains TPN. Au sein de cette étude, le taux de césariennes est de 40 %. Ceci peut s'expliquer par les différents faits relevés au moment de la naissance tels qu'une hypoxie, un hématome rétro-placentaire, une procidence du cordon ou encore une grossesse gémellaire qui nécessitent une extraction de l'enfant en urgence.

En ce qui concerne les femmes rapprochées, tout comme pour les nouveau-nés, la base administrative n'est pas exhaustive. Les demandes de rapprochement maternel, quant à elles, [Annexe IV] devraient être systématiquement faxées auprès de la maternité du CHRU conformément au protocole de novembre 2007 quand un centre en fait la démarche. Lorsque la réponse téléphonique de la part du CHRU est négative, les établissements du réseau adressent peu ces demandes. Ensuite, les réponses, bien qu'il n'existe pas de section destinée à cela, ne sont pas toutes notifiées sur les demandes.

D'après les différentes sources, seulement la moitié des femmes sont rapprochées de leur(s) nouveau-né(s). Il s'agirait essentiellement d'un manque de place dû à l'activité mais les raisons ne sont que très peu renseignées. Dans une étude relative au rapprochement mère-enfant (RME) menée en 2010 dans le Sillon Alpin, les taux de demandes de rapprochements maternels et les accords de ceux-ci sont supérieurs de 15% aux taux retrouvés dans notre étude [15]. Toutefois, par rapport aux années précédentes, on observe une amélioration du taux de RME au sein du RPBO (Tableau VII).

Tableau VII [22]

**Évolution des rapprochements mère-enfant (RME) au sein du RPBO depuis 2007**

<b>Année</b>	<b>Nombre de RME vers CHRU de Brest</b>	<b>Durée moyenne de séjour (jours)</b>
<b>2007</b>	28	5,4
<b>2008</b>	24	4,5
<b>2009</b>	30	5,3
<b>2010</b>	36	4,5
<b>2011</b>	30	7,4
<b>2012</b>	46	
<b>2013</b>	42	

En 2008, 9 refus ont pu être identifiés dont 8 faute de place et 1 patiente habitant à Brest au 3ème jour de sa césarienne. En 2009, 13 refus pour lits indisponibles, en fonction de la date de la demande, du lieu d'habitation ont été distingués. La durée moyenne de séjours se justifie par l'hospitalisation de 12 nouveau-nés en unité « koala ». On analyse 8 refus en 2010 et on note 2 séjours d'une journée. En 2011, la durée moyenne de séjours supérieure aux années précédentes s'explique par la baisse du nombre de naissances. Le nombre de rapprochements maternels recensé par le RPBO en 2013 est légèrement inférieur au nombre retrouvé dans notre étude ; une différence que l'on pourrait rapporter à une marge d'erreur acceptable.

Pour les femmes rapprochées, la moitié l'est le jour de l'hospitalisation de leur(s) enfant(s), on observe donc une politique de rapprochement dans les moindres délais conforme aux besoins du nouveau-né. Néanmoins, l'autre moitié des mères n'est rapprochée essentiellement que le lendemain voire les jours suivants ; la séparation a un impact péjoratif sur le développement psychique de l'enfant, et sur la mise en place de l'allaitement maternel. Les femmes sont d'ailleurs davantage rapprochées lorsqu'il s'agit d'un allaitement maternel. Il nécessite une plus grande proximité. Mais est-ce que cela doit justifier le non rapprochement d'une femme ayant choisi une alimentation artificielle pour son enfant ? Elles le sont également plus lorsque l'enfant est hospitalisé en réanimation néonatale, probablement de façon proportionnelle à l'état de santé de celui-ci. Le court délai du transfert du nouveau-né après sa naissance semble aussi être un facteur favorisant au rapprochement maternel.

Les primipares et les multipares accompagnent autant leur(s) nouveau-né(s) dans leur séjour ; on aurait pu croire à une part moins importante de multipares souhaitant restées auprès de leur(s) aîné(s). Malgré l'intervention chirurgicale que représente la césarienne, cela ne semble pas être un facteur limitant au rapprochement maternel. L'étude menée en 2010 dans le Sillon Alpin avait pour but d'étudier les facteurs maternels, néonataux ou organisationnels favorisant l'acceptation du RME lorsque l'enfant est hospitalisé dans une unité de néonatalogie [15]. Les primipares sont autant rapprochées ; en revanche, les taux de femmes césarisées et allaitantes s'avèrent plus importants mais les taux initiaux sont aussi supérieurs à ceux retrouvés dans notre étude. Certaines caractéristiques s'avèrent significativement associées à l'acceptation du RME :

- Terme inférieur à 32 Semaines d'Aménorrhée (SA)
- Score d'Apgar < 7 à 5 min
- Durée de séjour supérieure à 7 jours
- Césarienne
- TPN au sein du réseau
- Provenance d'une maternité de type I
- Court délai du transfert de l'enfant après la naissance

Les facteurs identifiés comme favorisant les RME dans cette étude attestent certaines hypothèses qui se profilaient suite à nos résultats. Le manque de place dans 65 % des cas puis le retransfert de l'enfant prévu dans la maternité d'origine expliquent également les refus de RME [15].

La Polyclinique Keraudren détient le taux le plus faible de RME ; les parents sont peut-être domiciliés de préférence sur Brest ou sa périphérie. Les accords seraient éventuellement donnés en fonction du lieu d'habitation. Cela ne se vérifie pourtant pas à travers les rapprochements provenant de la Clinique Pasteur. Le taux de rapprochements maternels du CHIC de Quimper n'est également que de 40 % ; on peut penser que du fait qu'il s'agisse d'une maternité de type IIb, l'enfant sera potentiellement en mesure d'être pris en charge plus rapidement de nouveau là bas. A Carhaix par exemple, les possibilités de retransfert s'avèrent très faibles s'agissant d'une maternité de type I.

Le protocole de 2007 concernant le RME stipule « pas de transfert le week-end, sauf si le pronostic vital de l'enfant est engagé » ; on retrouve d'ailleurs quelques cas de rapprochements maternels effectués le week-end mais qui ne semblent pas répondre à cet impératif. Quant à la durée d'hébergement, celle-ci n'est que légèrement supérieure à la durée standard d'hospitalisation d'une nouvelle accouchée et la médiane concorde notamment avec celle de la durée d'hospitalisation des enfants. Le CHRU semble donc garder tant que possible les mères près de leur(s) nouveau-né(s) mais tout en restant proche d'une durée de séjour standard. Cependant, vis à vis du coût de l'hébergement, le principe de forfait n'incite pas les établissements à promouvoir la prolongation du séjour en maternité.

### **4.3 Recommandations pour la pratique**

En ce qui concerne les nouveau-nés, il paraîtrait judicieux de rajouter la mention « sexe » sur les comptes-rendus d'hospitalisation.

En ce qui concerne les mères, il faudrait renforcer la traçabilité vis à vis des demandes et des réponses de rapprochements maternels. On pourrait envisager une section spécifique concernant la réponse du CHRU sur ces demandes, d'autant plus que l'ensemble de ces documents sont colligés dans un dossier qui conserve le cadre de maternité.

Au vu des biens faits de l'AM notamment dans le cadre de ces hospitalisations néonatales (prématurité, difficultés d'adaptation), cette politique est à encourager.

Il semble indispensable de poursuivre ces stratégies d'orientations ou de rapprochements dès que cela est possible pour maintenir une proximité mère-enfant.



#### **4.4 Recommandations pour la recherche**

Il serait intéressant de réaliser cette étude de manière prospective et d'étudier si ces femmes non rapprochées bénéficient d'un arrangement familial ou amical, de lits accompagnants, d'un accès aux Maisons des Familles pour être plus proche de leur(s) enfant(s) et à quel prix.

La Charte de l'enfant hospitalisé dit « On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. » Est-ce vraiment le cas ?

Il serait avantageux de connaître réellement les raisons de non rapprochement.

Le vécu de la séparation mère-enfant dans le cadre de ces hospitalisations néonatales non programmées pourrait également faire l'objet d'un travail qualitatif pour en évaluer le retentissement.

Il pourrait paraître intéressant d'évaluer les pratiques professionnelles en terme de réanimation néonatale au sein du RPBO au vu des chiffres de nouveau-nés naissant dans les divers établissements et présentant des difficultés d'adaptation.

### **5. Conclusion**

Cette étude permet de rendre compte d'une stratégie anténatale bien menée au sein du RPBO quant à la prise en charge vis à vis du terme de naissance. Au vu des résultats, il apparaît difficile d'abaisser davantage le taux de TPN. Les perspectives d'évolution se baseraient éventuellement sur une plus grande vigilance du travail, des enfants à terme, de sexe masculin et sur un renforcement d'une prise en charge précoce au moment de la naissance. En ce qui concerne le RME, malgré une amélioration depuis 2007, une part non négligeable de femmes restent encore éloignées de leur(s) enfant(s). Au vu des effets indésirables de ces séparations, il faut continuer à encourager ces démarches de proximité dès que cela est possible. Les alternatives au RME demeurent encore à explorer.

## Bibliographie

1. Legifrance. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&fastPos=1&fastReqId=1636463638&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>. Consulté le 19 février 2015.
2. Chabernaude JL. La sécurité de la naissance et les réseaux obstétrico-pédiatriques. La Revue des SAMU. 2001;390-391.
3. Legifrance. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre 1er du livre VII de code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. [en ligne]. <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000207560&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 19 février 2015.
4. Site officiel périnatalité. Plans périnataux. [en ligne]. <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/plans-perinataux/plan-perinatal-223.html>. Consulté le 19 février 2015.
5. Périnatalité Bretagne Occidentale. Établissements de santé du réseau de périnatalité. [en ligne]. <http://www.perinat29.fr/index.php?page=etablissements-de-sante-du-reseau-de-perinatalite>. Consulté le 19 février 2015.
6. Blondel B, Bréart G, Du Mazaubrun C, et al. La situation périnatale en France en 1995 : évolution entre 1981 et 1995. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1997;26:770-780. [en ligne]. <http://www.em-consulte.com/en/article/113621>. Consulté le 19 février 2015.
7. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [en ligne]. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf). Consulté le 19 février 2015.
8. 1ère Journée nationale des SMUR pédiatriques. Historique, état des lieux, perspectives. [en ligne]. <http://www.gfrup.com/Montreuil13%20historique.pdf>. Consulté le 19 février 2015.

9. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V et al. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. Archives de Pédiatrie. 2008;15:12-19.
10. Maury M. Développement affectif du nourrisson. [en ligne]. [http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID\\_FICHER=7697](http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=7697). Consulté le 19 février 2015.
11. Dageville C, Casagrande F, De Smet S et al. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. Archives de Pédiatrie. 2011;18:994-1000.
12. Centre Hospitalier Coulommiers. Charte de l'enfant hospitalisé. [en ligne]. <http://www.ch-coulommiers.fr/documents/charte%20enfant%20hospitalise.pdf>. Consulté le 19 février 2015.
13. HAS, Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. [en ligne]. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche\\_de\\_synthese\\_-\\_sortie\\_de\\_maternite\\_apres\\_accouchement.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf). Consulté le 19 février 2015.
14. Site officiel périnatalité. La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon N°25. [en ligne]. <http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/lettre/pdf/25.pdf>. Consulté le 19 février 2015.
15. Berthier C. Étude observationnelle des facteurs favorisant l'acceptation d'un rapprochement mère-enfant, en 2010 dans le Sillon Alpin. Mémoire sage-femme. Université Joseph Fourier de Grenoble;2012,44p. [en ligne]. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743591>. Consulté le 19 février 2015.
16. Dicko Traoré F, Sylla M, Diakité AA, et al. Problématique du transfert néonatal vers le service de pédiatrie du CHU Gabriel Toure de Bamako. Mali Medical. 2010;25:25-28. [en ligne]. <http://www.malimedical.org/2010/25d.pdf>. Consulté le 19 février 2015.
17. Katamea T, Mukuku O, Kamona L, et al. Facteurs de risque de mortalité chez les nouveau-nés transférés au service néonatalogie de l'Hôpital Jason Sendwe de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan African Medical Journal. 2014;19:169. [en ligne]. <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/169/full/>. Consulté le 19 février 2015.

18. Glorion A. Mortalité néonatale et organisation des soins, Hôpital principal de Dakar, Sénégal, 2007-2008. Thèse de pédiatrie. Université Bordeaux 2;2009,57p. [en ligne]. [http://www.u-bordeaux2-medtrop.org/doc/Soutenances/These/Mortalite\\_neonatale\\_et\\_organisation\\_des\\_soins\\_2009\\_Glorion.pdf](http://www.u-bordeaux2-medtrop.org/doc/Soutenances/These/Mortalite_neonatale_et_organisation_des_soins_2009_Glorion.pdf). Consulté le 19 février 2015.
19. BEH, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013). [en ligne]. [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014\\_27\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html). Consulté le 19 février 2015.
20. BEH, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité France métropolitaine, 2011. [en ligne]. [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014\\_27\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html). Consulté le 19 février 2015.
21. INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Bilan démographique 2013. [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?ref\\_id=ip1482](http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?ref_id=ip1482). Consulté le 19 février 2015.

## Résumé

**Mots clés :** transferts néonataux, séparation, rapprochement, couple mère-enfant

Objectifs : Effectuer un état des lieux des transferts néonataux du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013 inclus au Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Brest et étudier la population concernée par ces transferts postnataux (TPN). Puis dans un second temps, évaluer les actions de rapprochements maternels dans le cadre de ces hospitalisations néonatales non programmées.

Patients et Méthodes : Une étude descriptive rétrospective sur l'année calendaire 2013 a été menée. Dans un premier temps, ont été inclus tous les nouveau-nés transférés depuis les centres du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale (RPBO) vers le CHRU de Brest jusqu'à leur 7ème jour de vie. Puis l'étude s'est intéressée aux mères ayant été rapprochées ou non de leur(s) enfant(s) dans le cadre de ces hospitalisations. Des variables pour ces 2 populations ont été retenues et extraites respectivement à partir des comptes-rendus d'hospitalisation et des dossiers maternels.

Résultats : Ont été identifiés 90 nouveau-nés transférés dont 44 ont été accueillis en néonatalogie, 44 en réanimation néonatale et 2 en unité « koala ». Les nouveau-nés transférés sont le plus souvent nés après 37 SA, de sexe masculin et ont présenté des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine ce qui explique les transferts essentiellement le jour de la naissance. La prématurité, quant à elle, justifie 45,5% des transferts. En ce qui concerne les mères, seulement la moitié est rapprochée de leur(s) enfant(s). Leur nombre est légèrement supérieur lorsque l'enfant est hospitalisé en réanimation néonatale et/ou qu'il s'agit d'un allaitement maternel. La plupart de ces femmes, ayant majoritairement accouchée par voie basse, arrive au CHRU le même jour que leur nouveau-né.

Conclusion : Cette étude permet de rendre compte d'une stratégie anténatale bien menée au sein du RPBO quant à la prise en charge vis à vis du terme de naissance. Au vu des résultats, il apparaît difficile d'abaisser davantage le taux de TPN. Les perspectives d'évolution se baseraient éventuellement sur une plus grande vigilance du travail, des enfants à terme, de sexe masculin et sur un renforcement d'une prise en charge précoce au moment de la naissance. En ce qui concerne le rapprochement mère-enfant (RME), malgré une amélioration depuis 2007, une part non négligeable de femmes restent encore éloignées de leur(s) enfant(s). Au vu des effets indésirables de ces séparations, il faut continuer à encourager ces démarches de proximité dès que cela est possible. Les alternatives au RME demeurent encore à explorer.