



**HAL**  
open science

# Les délais de rapprochement mère-enfant vers le CHU de Caen au sein du réseau de périnatalité de Basse-Normandie

Mathilde Le Guen

► **To cite this version:**

Mathilde Le Guen. Les délais de rapprochement mère-enfant vers le CHU de Caen au sein du réseau de périnatalité de Basse-Normandie. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01866575

**HAL Id: dumas-01866575**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01866575v1>**

Submitted on 3 Sep 2018

**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.

Université de Caen Basse-Normandie  
Pôle de Formations et de Recherche en Santé  
Ecole de Sages-Femmes de Caen

**Les délais de Rapprochement Mère-Enfant, vers le  
CHU de Caen, au sein du Réseau de Périnatalité de  
Basse-Normandie**

Mémoire présenté et soutenu par Mathilde Le Guen  
Sous la direction de Dr Cénéric Alexandre  
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Promotion 2014 - 2018



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE  
UNIVERSITAIRE

SANTÉ



ECOLE DE SAGES-FEMMES

## AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

*Pour en savoir plus :*

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

# Remerciements

A Monsieur Cénéric ALEXANDRE, directeur de ce mémoire, pour sa disponibilité et son implication tout au long de ce travail.

A Madame Laura LEVALLOIS, Sage-Femme enseignante, pour ses conseils et ses relectures.

A Monsieur Rémy MORELLO pour son aide dans l'analyse des résultats de l'étude.

A l'ensemble de l'équipe de néonatalogie du CHU de Caen pour leur gentillesse lors de ma présence dans le service.

A mes parents, ma sœur Céline, tata, tonton, et toute ma famille pour leur soutien.

A Anaëlle, Morgane, Romane, Andréa, Kévin, Jérémy, Raphaël, Louis et Florian pour leur présence et leur amitié depuis toutes ces années.

A Anaïs, Cécile, Emeline, Maguelonne et l'ensemble de ma promotion avec qui j'ai passé quatre formidables années.

# Abréviations

**AG** : Age Gestationnel

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PAG** : Petit Poids pour l'Age Gestationnel

**RME** : Rapprochement Mère-Enfant

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

**TIH** : Transport Infirmier Inter-Hospitalier

**TIU** : Transfert In Utero

**TPN** : Transfert Post-Natal

# Sommaire

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	1
1. Les réseaux de périnatalité .....	1
2. Les transferts maternels et néonataux .....	2
3. La relation mère-enfant .....	5
4. Problématique.....	11
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b> .....	13
1. Outils .....	13
2. Population éligible.....	13
3. Lieu de l'étude.....	14
4. Modalités de réalisation .....	14
5. Recueil et exploitation des données .....	14
<b>III. RESULTATS</b> .....	16
1. Présentation de la population maternelle .....	17
2. Présentation de la population néonatale transférée .....	19
3. Présentation des RME ayant pu avoir lieu .....	21
4. Croisements de données .....	25
<b>IV. ANALYSE ET DISCUSSION</b> .....	29
1. Critique de l'étude.....	29
1.1 Points forts .....	29
1.2 Points faibles .....	29
2. Discussion .....	31
2.1 Objectif principal de l'étude .....	32
2.2 Objectifs secondaires de l'étude .....	33
3. Propositions.....	34
<b>V. CONCLUSION</b> .....	36
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	

## **ANNEXES**

ANNEXE I. Chartre de l'enfant hospitalisé

ANNEXE II. Extrait du décret n°98-900 du 9 octobre 1998

ANNEXE III. Extrait de la circulaire du 18 avril 2002

ANNEXE IV. Grille de recueil de données utilisée dans le cadre de l'étude

ANNEXE V. Questionnaire remis aux mères lors de l'étude

# I. INTRODUCTION

Les régions françaises ont changé de nom au 1<sup>er</sup> janvier 2016 suite à la réforme territoriale. En revanche, les réseaux de périnatalité des anciennes Haute-Normandie et Basse-Normandie n'ont pas encore fusionnés. Pour plus de facilité, nous avons choisi de continuer à regrouper sous le terme « Basse-Normandie » les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne, dans le cadre de ce mémoire.

## 1. Les réseaux de périnatalité

Le concept de réseau périnatal a pris une place importante dans la prise en charge des patientes. En France, il fut introduit dans le domaine de la santé par les ordonnances de 1996 réformant l'hospitalisation publique et privée [1]. Par la suite, un décret relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale a été publié le 9 octobre 1998. Celui-ci met en place une politique de régionalisation des soins, dans le but d'atteindre une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant dans le domaine de la périnatalité [2].

Les réseaux de périnatalité sont constitués de différents professionnels du domaine de la périnatalité. Ils tendent vers une meilleure prise en charge des mères et des nouveau-nés par un accès plus facile aux soins, en coordonnant toutes les disciplines nécessaires. Parmi les missions du Réseau de Basse-Normandie, on retrouve notamment la prise en charge globale et continue des patients, ainsi que l'information et l'accompagnement des familles [3].

Le plan de périnatalité 2005-2007 comporte un ensemble de mesures devant permettre d'améliorer la qualité et la sécurité des soins au sein de ces réseaux. Il précise notamment l'importance d'orienter les femmes enceintes vers des structures adaptées possédant le matériel nécessaire pour leur prise en charge et celle de leurs nouveau-nés, selon leur niveau de risque. Il aspire également à améliorer les transports de ces couples. Cette organisation sur l'ensemble du territoire français a permis de définir des situations précises justifiant un transfert, ainsi que d'améliorer leur organisation [4].

Trois types de maternités sont définies par le décret du 9 octobre 1998 [2]. Il existe les centres de type I, ne disposant pas d'unité de néonatalogie à proximité de la maternité ; les



centres de type II, possédant une unité de néonatalogie ou de soins intensifs à proximité de l'unité d'obstétrique ; et les centres de type III, possédant un service de néonatalogie et de réanimation néonatale à proximité de l'unité d'obstétrique [5]. Au sein du Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie nous pouvons dénombrer deux centres de type III (le Centre Hospitalier Universitaire de Caen et le Centre Hospitalier Public du Cotentin de Cherbourg-Octeville), deux centres de type IIb (les Centres Hospitaliers de Lisieux et d'Avranches-Granville), quatre centres de type IIa (les Centres Hospitaliers de Saint-Lô et de Flers, le Centre Hospitalier Intercommunal d'Alençon-Mamers, ainsi que la Polyclinique du Parc à Caen), et trois centres de type I (les Centres Hospitaliers de Bayeux, Argentan et L'Aigle).

Des critères précis prenant en compte l'âge gestationnel à la naissance et le poids de l'enfant ont permis, au sein du réseau, d'harmoniser et de protocoliser les transferts maternels et fœtaux. Cela permet de définir vers quel établissement orienter chaque mère ou nouveau-né pour assurer une prise en charge optimale. Ainsi, au sein de ce réseau, les centres de type III, possédant une unité de réanimation néonatale, peuvent prendre en charge les enfants présentant une extrême prématurité, c'est-à-dire ceux d'âge gestationnel (AG) inférieur à 26 semaines d'aménorrhée (SA). Les centres de type IIb, possédant une unité de soins intensifs, peuvent prendre en charge les enfants d'âge gestationnel supérieur ou égal à 32 SA et de poids de naissance supérieur à 1 500 grammes. Les centres de types IIa, possédant une unité de néonatalogie, peuvent prendre en charge les enfants d'âge gestationnel supérieur ou égal à 34 SA et de poids supérieur à 1 700 grammes. Enfin, ceux de type I, qui ne possèdent pas de service de néonatalogie, ne peuvent prendre en charge en unité de soins de courte durée que les enfants d'âge gestationnel supérieur ou égal à 36 SA, de poids supérieur à 2 200 grammes et ne présentant pas de pathologie nécessitant un transfert dans un autre établissement. [6].

## 2. Les transferts maternels et néonataux

Lorsque des complications sont suspectées lors d'une grossesse, il est envisagé de faire accoucher la femme dans une maternité adaptée au niveau de risque que représente la situation. Des transferts *in utero* (TIU) sont donc fréquemment mis en place. Au niveau national, le taux de transferts *in utero* en 2016 correspond à 1,7% des grossesses [7]. Au sein du réseau Bas-Normand, ceux-ci sont passés de 1,3% des grossesses en 2004, à 1,6% en 2008 [8].

Certaines pathologies maternelles et/ou fœtales, ou bien la présence d'un accouchement imminent, peuvent contre-indiquer la mise en place d'un TIU [9] [10]. La prise en charge de la mère et de l'enfant se fera alors dans un établissement qui ne sera pas toujours adapté à cette situation. D'autre part, des complications peuvent également être rencontrées au moment de l'accouchement, ou bien en *post-partum*, et nécessiter une hospitalisation de la mère ou de l'enfant dans un autre centre. Un transfert post-natal (TPN) est alors effectué.

A la suite de son accouchement, une femme peut bénéficier d'un TPN pour différentes raisons. Une hémorragie du *post-partum* nécessitant une embolisation dans un autre centre ; une prééclampsie sévère, requérant une hospitalisation en réanimation du fait de la présence d'une dysfonction d'organe ; ou une pathologie maternelle importante ; sont autant de causes pouvant conduire à un transfert de la mère dans un autre établissement. Dans d'autres cas, elle peut aussi être transférée pour être hospitalisée auprès de son enfant si celui-ci a dû lui-même bénéficier d'un transfert en néonatalogie du fait d'une pathologie [11].

La dernière enquête périnatale effectuée en 2016 rapporte une augmentation de la prématurité globale depuis l'année 2010, puisque celle-ci est passée de 6,5% à 7,5% des naissances. Chez les enfants vivants uniques, les taux de prématurité étaient de 4,5% en 1995, 5,0% en 2003 et 6,0% en 2016 [7].

Entre 2010 et 2016, le nombre d'enfants hospitalisés en néonatalogie a augmenté, passant de 8,5% à 9,9% des naissances vivantes. Dans le cadre de l'enquête nationale périnatale, les motifs de transferts des nouveau-nés recensés en 2016 étaient la prématurité ou l'hypotrophie pour 53,7% des enfants, la détresse respiratoire pour 25,5% d'entre eux, une infection était suspectée pour 11,0% de la population transférée, 3,5% étaient hospitalisés pour une anomalie congénitale et 22,3% l'étaient pour d'autres raisons. Ces chiffres n'ont pas connu d'évolution particulière depuis l'enquête de 2010. Selon les auteurs, l'augmentation du nombre d'hospitalisation en néonatalogie serait majoritairement due au taux croissant d'enfants prématurés [7] [12].

Toujours en 2016, des transferts néonataux en-dehors de l'établissement de naissance étaient réalisés pour 16,4% des nouveau-nés transférés. Une diminution de ce taux a été relevée puisqu'il était de 20,1% en 2010 ; diminution liée au développement des TIU. Les nouveau-nés étaient principalement transférés à cause de complications liées à la prématurité : détresse respiratoire, suspicion d'infection ou bien hypotrophie [7].

Dans les cas de grossesses gémellaires, en 2010, le taux de prématurité était sept fois plus important que pour les enfants uniques. Le taux d'enfants présentant un poids inférieur à 2 500

grammes était également neuf fois plus élevé que chez les singletons. Leur taux d'hospitalisation est donc plus élevé du fait de cette situation à risque de complications périnatales. En effet, en 2016, 49,0% des jumeaux ont été transférés dans un autre service ou ont bénéficié d'une hospitalisation particulière dans la même maternité (contre 34,2% en 2010). Les transferts de nouveau-nés issus de grossesses gémellaires dans un autre établissement ont été effectués pour 5,0% d'entre eux. Leurs naissances ont généralement lieu dans une maternité plutôt adaptée à ce niveau de risques [7] [12].

Deux types de transferts existent : les transferts ascendants, d'un établissement vers un autre de niveau plus élevé ; et les transferts descendants, vers un établissement de niveau inférieur [13]. Pour cela, trois types de transports sont disponibles car ceux-ci doivent être adaptés à la situation. Une liaison étroite avec la régulation départementale du SAMU est donc nécessaire.

Les transports médicalisés prennent en charge les enfants présentant une détresse vitale réelle ou potentielle. Ceux-ci sont assurés par le SMUR néonatal, avec une équipe dédiée et un équipement adapté. Ils sont composés de personnels médicaux et non-médicaux. Ils peuvent prendre en charge des nouveau-nés d'âge gestationnel inférieur à 35 SA ou suite à une grossesse jugée à risque. Mais également ceux provenant d'une maternité où ils ne peuvent pas bénéficier des soins nécessaires, ainsi que ceux nécessitant un soutien ventilatoire et devant être transférés vers un niveau supérieur. Les prématurés dont la mère n'a pu être transférée avant la naissance et les enfants hospitalisés dans une unité de réanimation et qui doivent subir une exploration sur un autre site sont également pris en charge par ce type de transport [14].

Les transports infirmiers inter-hospitaliers (TIH) sont des moyens de transports non médicalisés qui assurent la sécurité de l'enfant. Ils peuvent prendre en charge les nouveau-nés ne présentant pas de détresse vitale, et dont le pronostic n'est pas engagé, mais qui nécessitent une surveillance particulière, la poursuite d'un traitement en cours ou la réalisation d'examen complémentaires. Ils sont composés d'un infirmier et d'un ambulancier formé au transport pédiatrique [13] [14].

Le troisième type de transport est le transport ambulancier. Ceux-ci sont aptes à prendre en charge des enfants dont l'état est jugé stable, et ne présentant pas de risque de complications pendant le transport [14].

Au sein du Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie, les taux de prématurité sont passés de 6,1% de naissances prématurées en 2014, à 6,3% en 2015 et 2016. Sur ces mêmes

années, on a dénombré 141 transferts de nouveau-nés en-dehors de l'établissement de naissance en 2014, 138 transferts en 2015, puis 112 transferts en 2016 (soit 7,6 transferts pour 1 000 naissances) [15] [16] [17].

### 3. La relation mère-enfant

A sa naissance, l'enfant est doué d'un système biologiquement programmé pour nouer des liens d'attachement. Plusieurs études ont montré qu'une fois installés en peau à peau, tous les nouveau-nés présentent le même comportement en salle de naissance, décomposé en quatre phases : une phase d'inactivité, l'apparition de mouvements de faible amplitude, la recherche du sein maternel puis, la familiarisation avec les seins de la mère [18]. Par la suite, il va rechercher la proximité physique de la personne qui va répondre à ses besoins par différents comportements : crier, pleurer, sourire, etc. Celle-ci est en général la personne la plus en mesure de s'investir auprès de lui. Le plus souvent, il s'agit de la mère ; elle devient alors sa figure principale d'attachement. Lorsque celle-ci va être à même de répondre aux besoins de l'enfant, un sentiment de sécurité interne et de bien-être va se développer chez lui. Ainsi, plus elle sera présente et disponible pour lui, plus l'enfant se sentira rassuré [19] [20].

En 1969, Winnicott introduit la notion de « préoccupation maternelle primaire », intervenant en *pré* et *post-partum* immédiat. Il la définit comme un état psychique maternel physiologique qui se développe tout au long de la grossesse, atteint un degré de sensibilité majeur à la fin de celle-ci, et perdure même plusieurs semaines après la naissance. S. Missonier, psychologue, nous explique que la mère va avoir des compétences et une intuition innée dans la façon de s'occuper de son enfant et de répondre à ses besoins. Cette préoccupation va permettre à l'enfant de développer ses capacités cognitives et relationnelles à travers ses interactions avec celle-ci [21].

Puis, dans un article publié en 2011, C. Dageville nous expose le concept d'attachement introduit par Bowlby et Ainsworth. Ceux-ci définissent l'attachement comme le lien primordial et nécessaire, unissant le nouveau-né à sa mère. Celui-ci se met en place dès la grossesse, puis se renforce avec la naissance, et progressivement au fur et à mesure des premiers mois de la vie. Cet attachement est, dans la plupart des espèces, indispensable à la survie [18] [22]. Les premières études sur ce sujet ont été réalisées dans les années 1970, par les néonatalogues et pédiatres MH. Klaus et JH. Kennell, à partir d'un modèle ethnologique, comme nous le rappelle F. Lefebvre [23]. En revanche, le concept d'attachement du parent envers son enfant n'existe

pas, puisque ce concept signifie rechercher la protection de l'autre. Seul l'enfant s'attache à son parent. Cependant, d'autres notions entrent en jeu [19] [24].

En effet, la mère va chercher à répondre au besoin d'attachement exprimé par l'enfant à travers son comportement. C'est ce que l'on appelle le « *caregiving* », qui signifie « aptitude à prendre soin ». C'est un comportement qui lui est nécessaire pour avoir le sentiment de protéger son enfant. Dès les premières heures suivant l'accouchement, elle va ressentir des sentiments chaleureux permettant le déclenchement de ce *caregiving* [19] [24]. Selon un article publié en 2006 et reprenant la théorie de l'attachement établie par Bowlby, un bon attachement est important, en particulier lors des trois premières années de la vie, car il prédit un meilleur développement ultérieur de l'enfant [20]. L'absence d'attachement chez un bébé est rare, et ne se retrouve que dans certaines situations de négligence ou du fait de la présence d'une multitude de personnes s'occupant de celui-ci. Néanmoins, chez le nouveau-né, le système d'attachement peut-être plus ou moins activé selon les stimuli qu'il reçoit du monde qui l'entoure [19] [20].

Il est aujourd'hui reconnu que la proximité de la mère et de son enfant est indispensable, en particulier dans les premiers instants de la vie d'un nouveau-né, car elle favorise l'établissement du lien entre la mère et ce dernier. De plus, il a été montré que des processus neurobiologiques sont impliqués dans la mise en place de cette relation précoce et vont laisser une trace dans l'organisation du système nerveux de l'enfant qui se développe.

L'expérience psychique s'établit et est influencée par la relation aux autres, et ce dès la naissance. Les premières interactions du nouveau-né avec son environnement sont donc fondamentales [25] [20]. Dès la grossesse, l'enfant vit des expériences qu'il mémorise. Par la suite, les gestes des personnes présentes autour de lui vont lui permettre de se construire et d'exister [26]. Klaus et Kennell, cités par F. Lefebvre, ont montré en 1976, qu'un contact intime du nouveau-né avec ses parents, dès les premières minutes de vie, est indispensable pour son bon développement ultérieur. Suite à ces constatations, de nouvelles recommandations sont apparues quant aux soins à prodiguer au couple mère-enfant. En effet, les pratiques ont évolué vers un accompagnement de la femme pendant le travail et l'accouchement, la présence des deux parents auprès de l'enfant suite à sa naissance, l'encouragement de la présence constante de la mère auprès de ce dernier durant tout son séjour en suites de naissance, la promotion de l'allaitement maternel à la demande et la possibilité pour le père et les autres enfants du couple de rendre visite à la mère et au nouveau-né autant que possible [23]. Pour que celui-ci soit reconnu comme une personne et sache qu'il existe, il faut qu'il soit en premier lieu reconnu comme tel, à travers le regard de l'autre, c'est à dire à travers le regard de sa mère, d'où

l'importance de sa présence. Il est nécessaire que le bébé se sente contenu aussi bien physiquement que psychiquement [27]. La proximité de la mère et de l'enfant est donc essentielle, et ce dès les tous premiers instants de la vie. Cependant, dans certaines situations, une séparation des deux protagonistes peut se produire.

A la naissance, le nouveau-né passe d'un environnement sombre, limité par le corps de sa mère, et aux bruits atténués ; à un environnement très lumineux et bruyant. En résulte alors une expérience désagréable pour l'enfant [28]. Une coupure corporelle et psychique se produit. Selon la psychanalyste A. Bouchart-Godart, citée par S. Missonnier, l'allaitement maternel nécessitant un contact peau à peau entre la mère et son enfant permet d'assurer la continuité physique entre les deux acteurs de ce couple. Celui-ci va permettre l'initiation du processus d'attachement et renforcer le lien entre la mère et son nouveau-né. Grace aux contacts visuels et tactiles avec son enfant, la mère se voit devenir mère à travers son regard [21]. Le contact peau à peau et l'odeur maternelle rassurante sont des conditions nécessaires à la mise en place de ce processus [22]. Les recherches effectuées sur l'allaitement montrent que le lait maternel apporte des bénéfices supplémentaires chez tous les nouveau-nés, en particulier chez ceux hospitalisés en néonatalogie, et d'autant plus s'ils sont prématurés. Une étude menée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen en 2015 dans le service de maternité montre que l'allaitement maternel à la naissance est présent pour 65,6% des enfants, et de façon exclusive pour 58,8% d'entre eux [29]. Les enfants hospitalisés à la naissance, selon les résultats de l'enquête Elfe maternité publiés en 2014, sont moins souvent allaités (64,0%), que ceux ne nécessitant pas de transfert (71,0%). Les jumeaux, les enfants prématurés et ceux de poids de naissance inférieur à 2 500 grammes sont également moins fréquemment allaités, puisque les taux sont respectivement de 62,0%, 58,8% et 57,0%. De plus, pour ceux bénéficiant d'un allaitement maternel, l'allaitement exclusif représente également une part plus faible que l'allaitement partiel [30].

Suite à sa naissance, un nouveau-né en situation de détresse pourra être rassuré par sa mère qui peut le tenir dans ses bras, lui parler, etc. Chez les nouveau-nés hospitalisés, les parents n'auront pas toujours la possibilité de les porter pour les rassurer [28]. Un autre élément important à prendre en compte est la douleur que peut ressentir l'enfant. Il est en effet nécessaire de l'apaiser car celle-ci peut entraîner un retrait relationnel de sa part et ainsi perturber son développement et l'interaction avec ses parents. Lorsqu'il est hospitalisé, un enfant qui ne ressent aucune présence autour de lui va s'identifier à la seule chose qui subvient à ses besoins

physiologiques : la machine qui l'aide à respirer, à s'alimenter, etc. Cette identification, dénuée de paroles et de soins, perturberait ainsi son développement [27].

L'accouchement mettant fin à la relation que la mère avait avec son enfant *in utero*, la séparation est d'autant plus difficile si la naissance a eu lieu prématurément. La plupart des mères peuvent tout de même voir leur enfant à la naissance, mais ce premier contact est parfois furtif si l'enfant doit être pris en charge par une équipe pédiatrique. On se trouve alors face à une « double séparation », selon les termes de S. Missonnier. Celui-ci fait référence au fait que l'enfant et la mère sont séparés physiquement au moment de la naissance, et peuvent également se trouver à distance de leur champ sensoriel respectif par la suite, si l'enfant nécessite des soins immédiats [31].

La mère, séparée de son enfant, ne parvient pas toujours à se le représenter puisque sa présence ne lui est pas perceptible. Elle peut ne pas sembler affectée par l'absence de son bébé auprès d'elle. La rupture instaurée à la naissance peut perturber les échanges entre la mère et l'enfant pendant l'hospitalisation, mais également après [31]. Lors du séjour de l'enfant en néonatalogie, elle va percevoir sa vulnérabilité mais ne pourra assurer son rôle de protection. Elle va se sentir en détresse vis-à-vis de la situation. Elle ne peut assurer son rôle de « *caregiver* » [24]. Il est alors fréquent que dans ces moments-là les mères ressentent un sentiment d'échec. Elles peuvent se sentir coupable de ne pas avoir réussi à mener leur grossesse jusqu'au terme. Ce sentiment de frustration peut se trouver d'autant plus fort si la mère et l'enfant doivent être séparés. Le couple parental, qui doit déjà s'adapter précocement à leur nouvelle situation de parent, peut se sentir dévalorisé et dépossédé, puisque c'est une équipe médicale qui s'occupe de l'enfant à leur place [23] [32]. L'angoisse d'enlèvement et la peur de ne pas reconnaître son bébé, sont très présentes chez les mères lorsqu'elles n'ont pu voir leur enfant avant le transfert. De nombreuses mères pensent qu'on ne leur dit pas la vérité pour ne pas les inquiéter tant qu'elles n'ont pas pu voir leur enfant. Certaines ont même le sentiment que la situation n'est pas réelle et qu'elles n'ont pas accouché. Les premières heures suivant la naissance, la mère devra rester en surveillance en salle de naissance, mais le père aura la possibilité de se rendre auprès de son enfant et donc être le messager apportant des nouvelles à la mère. Lorsqu'il retourne auprès de sa femme, il peut la rassurer, lui expliquer ce qui se passe dans le service de néonatalogie. A travers ses récits il va pouvoir rendre l'enfant vivant aux yeux de celle-ci. Dans ces situations, c'est le père qui va pouvoir apporter les premiers gestes de réconfort à l'enfant, et investir le rôle maternel. Par conséquent, sa place auprès de l'enfant est également importante [28].

Des expériences réalisées chez l'animal montrent que la séparation à la naissance a des conséquences à court et long terme sur la socialisation, l'humeur, la susceptibilité aux addictions et sur la réaction comportementale et biologique au stress. Ces dernières montrent également que des modifications épigénétiques peuvent se produire suite à l'expérience négative qu'est la séparation précoce. On ne peut transposer les études sur l'attachement réalisées sur l'animal, à l'Homme ; cependant les deux présentent certaines analogies. En effet, chez tous les mammifères, lorsqu'une situation de détresse apparaît, il existe une activation du système neurovégétatif ainsi que des réflexes de défense. Des expériences réalisées sur la séparation, puis le rapprochement, de la mère et de son petit, en particulier chez le poulain, mettent en évidence des distorsions dans la mise en place de la relation au sein de ce couple [18]. Chez l'humain, seules des observations ont été effectuées, mais certains auteurs émettent l'hypothèse que ces modifications puissent également intervenir puisqu'il a été montré que le nouveau-né dispose des mêmes mécanismes d'attachement que les autres espèces [22].

De nos jours, la présence des parents a pris une place importante dans les services de néonatalogie, et ceux-ci sont de plus en plus impliqués dans les soins prodigués à leur enfant. Ils deviennent acteurs de leur prise en charge. Cependant, cela n'a pas toujours été le cas. En effet, dans les années 1950 les parents étaient tenus éloignés des unités de soins pédiatriques. Dans les années 1990, dans certains services, les parents ne pouvaient visiter leur enfant qu'une à deux fois par semaine, pendant quelques minutes seulement, et parfois uniquement à travers une vitre, sans pouvoir l'approcher. Ceci était mis en place afin de diminuer le risque infectieux au sein des services, et ainsi atténuer la morbi-mortalité des enfants hospitalisés. Le vécu de la mère et de ce dernier n'étaient jusque-là pas pris en compte [33]. Suite aux travaux réalisés par plusieurs psychiatres et psychanalystes, les services de pédiatrie se sont peu à peu ouverts aux parents dans la seconde moitié du XXème siècle. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a rappelé en 1951 l'importance que l'enfant et sa mère puissent bénéficier d'une relation continue. En 1958, l'hospitalisation de l'enfant avec sa mère est recommandée. Selon la chartre de l'enfant hospitalisé rédigée en 1988 par plusieurs associations, « un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état. [...] 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 » [34] (ANNEXE I). Le décret du 9 octobre 1998 précise que les unités de néonatalogie et de réanimation néonatale doivent comporter une pièce permettant l'accueil des parents de façon à ce qu'ils puissent rester auprès de leur enfant quelle que soit l'heure [5] (ANNEXE II).



Publiée en 2002, la circulaire relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré- et postnatale d'une maladie, précise que, « l'organisation de la maternité doit permettre la présence de l'enfant auprès de sa mère. Il faut éviter les séparations inutiles et aménager les transferts qui s'avèrent nécessaires. [...] En tout état de cause, tout sera mis en œuvre pour favoriser les relations entre les parents et l'enfant. » [35] (ANNEXE III).

Une enquête réalisée par G. Binet, puéricultrice dans un hôpital parisien, a permis de mettre en évidence certains éléments favorisant l'établissement du lien mère-enfant. Parmi ceux-ci nous pouvons retrouver la précocité de la première visite au bébé, le contact visuel et tactile de la mère avec son enfant au moment de la naissance, ou bien encore une courte durée d'hospitalisation. Les interactions visuelles et verbales sont également plus fréquentes entre les parents et le nouveau-né. Ce dernier est plus rapidement inscrit dans l'histoire familiale. Les mères ayant pu garder leur enfant auprès d'elles sont par la suite moins impressionnées par sa fragilité, plus sûres d'elles et lui apportent plus facilement des soins [28]. Pour le pédiatre américain Brazelton, les parents, au contact de leur enfant, vont lui reconnaître des capacités singulières. La fonction parentale va alors pouvoir émerger, puis interagir avec le bébé, qui va devenir lui-même un acteur de cette relation [31].

Le développement des TIU a permis d'améliorer la prise en charge de la mère et de l'enfant, en évitant certains transferts postnatals et en permettant à la mère et à l'enfant d'être ensemble dans un même établissement. Cependant, certains TPN restent parfois nécessaires. L'enfant peut alors se retrouver hospitalisé dans un endroit différent de celui de sa naissance et à distance de sa mère. L'importance des parents auprès de leur enfant, reconnue aujourd'hui par un très grand nombre de professionnels, a permis le développement des rapprochements du couple mère-enfant (RME). En effet, lorsque l'enfant est transféré, les équipes font, dans la mesure du possible, en sorte que la mère puisse rejoindre son enfant.

Ces dernières années, en Basse-Normandie, l'évolution du nombre de RME a été suivie par le Réseau de Périnatalité. Ceux-ci étaient alors de 122 RME en 2011, 153 en 2012, 124 en 2013, 139 en 2014 et 119 en 2015 [36] [37] [38] [39] [40]. Même si le taux de RME dépend également du taux de TPN réalisés, cette situation est fréquente dans notre région.

Selon les conclusions d'une étude réalisée en 1972 par Ten Binsel et Paxson, le contact entre les parents et l'enfant devrait idéalement se faire dans les douze premières heures de vie de celui-ci. En effet, bien que d'autres facteurs puissent entrer en jeu, l'étude réalisée montre que 3,0% des enfants ayant bénéficié d'une hospitalisation en néonatalogie à la naissance subissent de mauvais traitements de la part de leurs parents. Ceux n'ayant pas connu d'épisodes

de maltraitance avaient reçu la visite de leur mère dans les douze premières heures de vie. Au contraire, un tiers des enfants maltraités n'avaient pas eu de visite de leur mère dans ces douze premières heures [23]. Cependant, c'est le seul article retrouvé dans la littérature, écrit par F. Lefevre, faisant mention d'un délai de séparation pouvant avoir un impact sur la relation parents-enfant.

Pour remédier à cette séparation, le Centre Hospitalier d'Alès a mis en place en 2004 un dispositif appelé « *Bébé On Line* » permettant à la maman de pouvoir voir son enfant hospitalisé en néonatalogie à travers une caméra placée dans la chambre de celui-ci. Elle peut ainsi rester en contact visuel avec lui le temps de pouvoir le retrouver [41]. Le service de néonatalogie du CHU de Caen a fait le choix de ne pas installer ce dispositif, car bien que la mère puisse voir son enfant, celui-ci n'en retire aucun bénéfice, la présence maternelle ne lui étant pas perceptible.

En mai 2016, l'association SOS Préma a sollicité la constitution d'un groupe d'étude parlementaire concernant la prématurité, dans le but de diminuer les inégalités territoriales existantes de nos jours. Les conclusions de ce groupe, présentées le 15 février 2017 à l'Assemblée nationale, comportent une partie concernant l'hospitalisation d'un nouveau-né en néonatalogie. Il en est alors ressorti que le concept de patient doit comprendre à la fois l'enfant et ses parents, et qu'il est nécessaire de favoriser la création de maisons des parents près des hôpitaux, en attendant la création d'architectures dans ceux-ci, qui permettraient l'accueil des parents au sein même des services de néonatalogie, comme c'est le cas en Suède. D'autre part, il faut également encourager les soins de développement et éviter toute séparation de l'enfant et ses parents [42].

#### 4. Problématique

Des contraintes médicales ou logistiques peuvent parfois s'imposer aux différents professionnels et empêcher un transfert rapide de la mère, entraînant ainsi une séparation plus longue du couple mère-enfant.

La problématique de ce mémoire est donc la suivante : Quel est le délai moyen des rapprochements mère-enfant au sein du Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie, et existe-t-il des situations particulières à l'origine d'un délai de rapprochement de durée importante, défini comme supérieur à 12 heures ?

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer le délai moyen de rapprochement mère-enfant au sein du réseau de périnatalité de Basse-Normandie lorsqu'un nouveau-né est transféré dans le service de néonatalogie du CHU de Caen dans les 24 premières heures de vie, et que la naissance a eu lieu dans un établissement extérieur.

Les objectifs secondaires sont d'étudier les modalités associées aux transferts des nouveau-nés et aux RME : situations dans lesquelles les RME se font dans un délai plus important, la place des objets transitionnels ainsi qu'une enquête maternelle concernant le RME.

Dans le but de répondre à ces objectifs, trois hypothèses ont été retenues.

En effet, étant donné l'importance accordée aujourd'hui à l'établissement du lien mère-enfant, en particulier dans les tous premiers instants de la vie, les RME devraient se faire assez rapidement suite au transfert du nouveau-né. En concertation avec certains pédiatres, obstétriciens et psychologues du CHU de Caen, nous avons défini arbitrairement un seuil de séparation mère-enfant de 12 heures comme étant de durée importante. Notre première hypothèse est que le délai moyen de RME serait inférieur à 12 heures au sein du réseau.

Selon notre deuxième hypothèse, les RME auraient lieu de façon plus rapide si la naissance a lieu par voie basse, si l'allaitement est maternel ou si l'anesthésie est absente pendant le travail. Dans certains cas, les RME se feraient de façon plus lente : césarienne, anesthésie générale ou pathologie du *post-partum*, puisque nécessitant une surveillance post-opératoire ou davantage de soins pour la mère. Le délai de RME serait également variable selon les places disponibles dans le service de suites de naissance du CHU de Caen.

Notre troisième hypothèse est que les pères auraient généralement la possibilité de se rendre auprès de leur enfant avant le transfert maternel pour lui apporter leur présence rassurante. D'autre part, des objets seraient laissés aussi bien à la mère qu'à l'enfant, permettant ainsi de maintenir un lien entre eux.

## II. MATERIEL ET METHODE

### 1. Outils

Pour la réalisation de l'étude, nous avons choisi de procéder à un recueil prospectif de données dans le dossier de l'enfant et dans celui de sa mère lorsque cela était possible (ANNEXE IV). Un questionnaire composé de dix questions a par la suite été proposé à la mère si un RME avait eu lieu et si l'état de l'enfant était d'évolution favorable (ANNEXE V).

L'étude menée a donc été une étude pilote de type prospective et monocentrique.

Dans le dossier de l'enfant, lors de sa présence dans le service, nous avons recueilli des données générales sur la mère, sur le déroulement de la grossesse, sur le travail et l'accouchement, ainsi que des données post-natales et relatives au transfert de l'enfant. Le dossier a été reconsulté à la sortie d'hospitalisation de celui-ci pour connaître la durée et l'issue de son séjour.

Le questionnaire à destination des mères recueillait des données sur les premiers contacts entre la mère et l'enfant, les modalités du RME, ainsi que sur la présence du père.

### 2. Population éligible

La population éligible comprenait tous les nouveau-nés transférés d'une maternité périphérique de la région, ou d'une maternité hors-région, dans les 24 premières heures de vie, et hospitalisés dans le service de néonatalogie du CHU de Caen, quel que soit le motif de l'hospitalisation. Nous avons choisi d'inclure seulement les enfants transférés dans les 24 premières heures de vie, de façon arbitraire, dans le but de nous intéresser particulièrement aux séparations précoces du couple mère-enfant.

Les nouveau-nés transférés d'un service à un autre au sein d'un même établissement, ou d'une maternité périphérique vers une autre ou hors-région, ainsi que ceux dont le départ de la maternité d'accouchement s'est fait au-delà des 24 premières heures de vie, n'ont pas été inclus dans l'étude.

Pour la distribution du questionnaire et le calcul du délai de RME, les enfants n'ayant pas bénéficié d'un rapprochement ont secondairement été exclus.

### 3. Lieu de l'étude

L'étude, monocentrique, a été menée au sein du service de néonatalogie du CHU de Caen.

### 4. Modalités de réalisation

Le recueil de données s'est déroulé du 5 juin 2017 au 30 novembre 2017, soit sur une période de six mois.

Un registre de sélection a été déposé dans la salle de réunion du service de néonatalogie pour que les professionnels puissent noter les noms des enfants transférés sur la période de l'étude. Le registre des transferts du SAMU pédiatrique a été consulté conjointement dans cette même pièce pour optimiser l'exhaustivité.

Le délai entre la naissance de l'enfant et son départ de la maternité a par la suite été calculé pour inclure ceux dont le transfert avait eu lieu dans les 24 premières heures de vie. Puis, le recueil de données dans le dossier était réalisé.

Le questionnaire a été remis aux mères ayant pu bénéficier d'un rapprochement mère-enfant, après accord auprès de la puéricultrice s'occupant de l'enfant, et seulement si l'état de celui-ci était d'évolution favorable. Celles à qui le questionnaire n'a pas pu être distribué sont celles qui n'ont pu être rencontrées dans le service, ou celles dont l'état de l'enfant était critique. Du fait du caractère purement observationnel de l'étude, une information parentale seule a été donnée pour la participation, notamment lors de la rencontre avec les mères.

Pour le calcul du délai moyen de RME, dans les cas de jumeaux, nous avons compté un délai par enfant, même si les deux ont été transférés en même temps.

Le taux d'occupation du service de suites de naissance au jour du TPN a été calculé à partir du logiciel USV2® du CHU de Caen. Il a été exprimé en pourcentage correspondant au nombre de lits occupés sur le nombre total de lits.

### 5. Recueil et exploitation des données

Les données récoltées ont été retranscrites sur le logiciel Excel®. Les résultats ont été obtenus grâce au logiciel JASP® et au site internet Biostatgv®.

Toutes les données récoltées ont été exposées selon les effectifs (n). Les données qualitatives ont par la suite été décrites en pourcentage (%). Les données quantitatives ont été

exprimées selon leur moyenne, leur écart-type, et leurs valeurs limites (minimum – maximum) pour certaines. Les délais ont été exposés selon la moyenne dans chaque situation. Les écarts-types étant parfois importants, il nous a semblé intéressant d'exprimer aussi la médiane de ces délais.

Les effectifs de l'étude étant petits, les tests statistiques utilisés ont été ceux de Mann-Whitney et Kruskal-Wallis, ainsi que la corrélation de Spearman. Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour analyser les délais selon deux modalités d'une variable qualitative. Le test de Kruskal-Wallis a permis d'étudier les délais lorsque plus de deux modalités étaient présentes. Le test de Spearman a été utilisé dans le but d'apprécier la corrélation entre ces délais et une autre variable quantitative.

Les tests ont été effectués avec un seuil de décision  $p < 0,05$ . Les résultats étaient donc significatifs lorsque la p-value était inférieure ou égale à 0,05.

### III. RESULTATS

Sur la durée de l'étude, deux couples de jumeaux ont été transférés vers le CHU. Un cinquième enfant est issu d'une grossesse gémellaire mais a été transféré sans son jumeau.

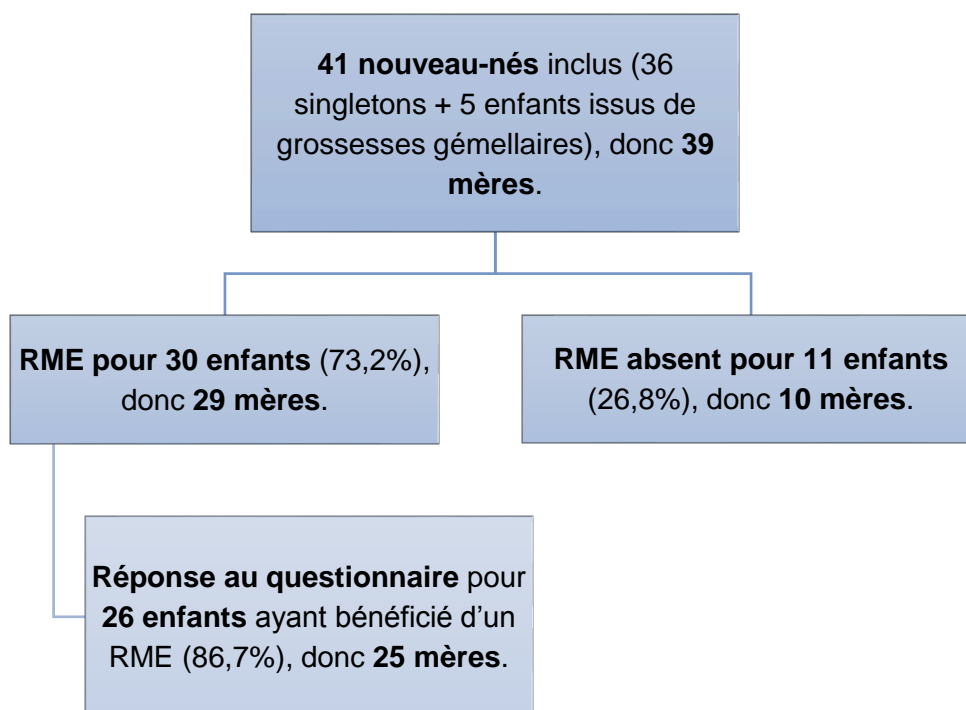


Figure 1 : Diagramme de flux.

La figure 1 représente le diagramme de flux avec la répartition des 41 enfants inclus dans l'étude.

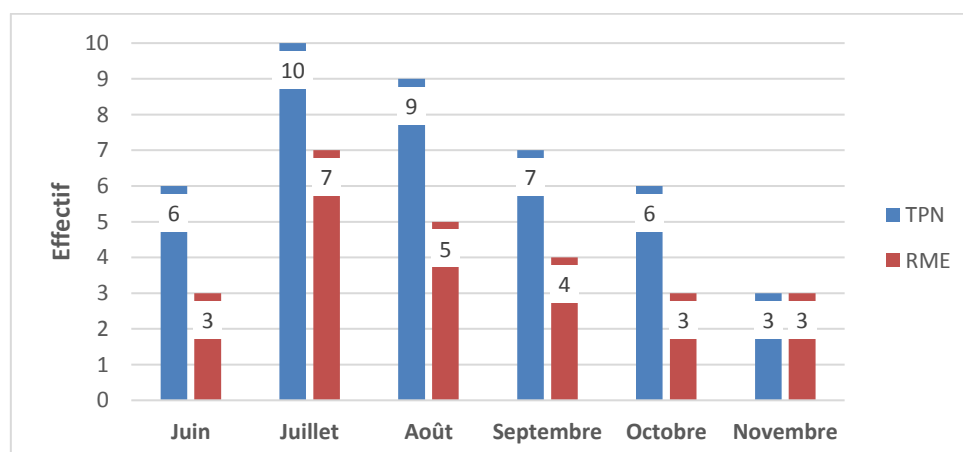


Figure 2 : Nombres de TPN et de RME par mois de l'étude.

La figure 2 représente l'évolution chronologique des TPN et RME sur la période de l'étude, ne montrant pas de caractère saisonnier.

En l'absence de RME, certains motifs ont pu être identifiés. C'est le cas pour 5 enfants n'ayant pas pu en bénéficier :

- Refus maternel (n = 1)
- Jumeau hospitalisé à la maternité de naissance (n = 1)
- Retour rapide vers la maternité de naissance (n = 2)
- Manque de place dans le service des suites de naissance du CHU de Caen (n = 1)

### 1. Présentation de la population maternelle

Les tableaux 1 et 2 présentent les données démographiques et obstétricales de la population maternelle.

**Tableau 1 : Données démographiques de l'ensemble de la population maternelle de l'étude (n = 39).**

	n	(%)
<b>Statut marital</b>		
- Célibataire	1	2,6
- En couple	29	74,4
- Mariée	7	18,0
- Non renseigné	2	5,1
<b>Catégorie socio-professionnelle</b>		
- Employés	13	48,1
- Professions intermédiaires	7	25,9
- Autres personnes sans activité	5	18,5
- Cadres et professions intellectuelles	2	7,4
- Autres catégories	0	0,0
- Non renseignée	12	44,4

L'âge moyen des mères était de  $28,6 \pm 5,0$  ans.



**Tableau 2 : Donnés obstétricales de l'ensemble de la population maternelle de l'étude (n = 39).**

	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Gestité</b>		
- Primigeste	16	41,0
- Multigeste	23	59,0
<b>Parité</b>		
- Primipare	20	51,3
- Multipare	19	48,7
<b>Pathologie maternelle ou fœtale lors de la grossesse</b>		
- Présence	21	53,8
- Absence	18	46,2
<b>Pathologie maternelle du <i>post-partum</i></b>		
- Présence	3	7,7
- Absence	26	66,7
- Non renseignée	10	25,6

Lors de l'étude, 32 pathologies ont été retrouvées pour 21 grossesses, soit dans 53,8% des cas, une grossesse ayant pu présenter plusieurs pathologies (Tableau 3).

**Tableau 3 : Pathologies maternelles et fœtales retrouvées dans le cadre de l'étude.**

	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Types de pathologies</b>		
- Diabète gestationnel	7	21,9
- Pathologie hypertensive	6	18,8
- PAG	5	15,6
- Menace d'accouchement prématuré	3	9,4
- Hématome rétroplacentaire	3	9,4
- Rupture prématurée des membranes	2	6,3
- Allo-immunisation sanguine fœto-maternelle	1	2,6
- Syndrome transfuseur-transfusé	1	3,1
- Placenta prævia	1	3,1
- Rupture utérine	1	3,1
- Fente labio-palatine	1	3,1
- Pathologie neurologique fœtale	1	3,1
- <b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Trois mères ont présenté une pathologie du *post-partum* : une hémorragie pour deux d'entre elles et la troisième a dû être transférée en réanimation au CHU de Caen suite à une rupture utérine.

## 2. Présentation de la population néonatale transférée

Le tableau 4 décrit les données périnatales de la population néonatale, retrouvant 34,1% de naissances par césarienne et 41,5% de naissances en maternité de type I.

**Tableau 4 : Données relatives à la naissance de l'ensemble de la population néonatale de l'étude (n = 41).**

	n	(%)
<b>Enfants inclus selon le type de grossesse</b>		
- Simple	36	87,8
- Gémellaire	5	12,2
<b>Naissance</b>		
- Voie basse	27	65,9
- Césarienne	14	34,1
<b>Sexe</b>		
- Fille	12	29,3
- Garçon	29	70,7
<i>Sex Ratio M/F = 2,4/1</i>		
<b>Lieu de naissance</b>		
- Type I	17	41,5
- Type IIa	13	31,7
- Type IIb	8	19,5
- Type III	3	7,3
<b>Particularités de l'accouchement*</b>		
- Siège	2	4,9
- Extraction instrumentale	7	17,1
- Anomalie du RCF	3	7,3
- Aucune	29	70,7
<b>Réanimation à la naissance**</b>		
- Aucune	13	31,7
- Phase A	1	2,4
- Phase B	18	43,9
- Phase C	3	7,3
- Phase D	3	7,3
- Non renseignée	3	7,3
<b>Allaitement envisagé</b>		
- Maternel exclusif	22	53,6
- Artificiel	17	41,5
- Mixte	1	2,4
- Non renseigné	1	2,4

\*Parmi les deux paires de jumeaux transférées, trois naissances n'ont présenté aucune particularité et une a eu lieu suite à une extraction instrumentale.

\*\* Phase A : stimulation et libération des voies aériennes supérieures. Phase B : ventilation. Phase C : compressions thoraciques. Phase D : administration d'adrénaline.

Le terme moyen des enfants transférés à la naissance était de  $37,5 \pm 3,8$  SA, avec comme valeur extrême inférieure un terme de 24,9 SA.

Le poids moyen à la naissance était de  $2\,957 \pm 913$  (830 – 4 360) grammes.

Le pH artériel moyen au cordon était de  $7,2 \pm 0,2$ .

Le score d'Apgar moyen à 5 minutes de vie était de  $7,9 \pm 2,5$ .

Les enfants ont été transférés en moyenne à  $7,6 \pm 6,7$  heures de vie.

Les motifs de TPN sont présentés dans le tableau 5 où l'on retrouve 43,9% de TPN pour détresse respiratoire et 17,1% pour prématurité.

**Tableau 5 : Données relatives aux TPN étudiés (n = 41).**

	n	%
<b>Motifs de TPN*</b>		
- Détresse respiratoire	18	43,9
- Prématurité	7	17,1
- Anoxie	5	12,2
- Convulsions	3	7,3
- PAG	2	4,9
- Pathologie neurologique	2	4,9
- Ictère	1	2,4
- Rapprochement familial	1	2,4
- Cardiopathie	1	2,4
- Atrésie de l'œsophage	1	2,4
<b>Admission en néonatalogie</b>		
- Réanimation	27	65,9
- Soins Intensifs	12	29,3
- Unité Kangourou	0	0,0
- Pré-sortants	1	2,4
- Non renseigné	1	2,4
<b>Décès pendant l'hospitalisation</b>		
- Oui	3	7,3
- Non	38	92,7

*\*Parmi les deux paires de jumeaux transférés, un couple de jumeaux a été transféré pour détresse respiratoire chez les deux enfants ; le deuxième couple a été transféré pour ictère chez l'un des enfants, et rapprochement familial pour l'autre.*

**Tableau 6 : Présence paternelle pour l'ensemble des nouveau-nés transférés (n = 39).**

	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Rencontre du père et de l'équipe de pédiatrie du SAMU à la maternité de naissance</b>		
- Oui	28	71,8
- Non	8	20,5
- Non renseigné	3	7,7
<b>Père présent au CHU de Caen lors de la séparation mère-enfant</b>		
- Oui	18	46,2
- Non	16	41,0
- Non renseigné	5	12,8

Une présence paternelle lors du TPN a été retrouvée dans 46,2% des cas (Tableau 6).

La durée moyenne de séjour des enfants était de  $9,4 \pm 7,6$  jours. Le séjour le plus court étant d'1 jour, et le plus long de 31 jours.

Globalement, sur l'étude, le taux calculé d'occupation du service de suites de naissance était de 87,9% des lits.

### 3. Présentation des RME ayant pu avoir lieu

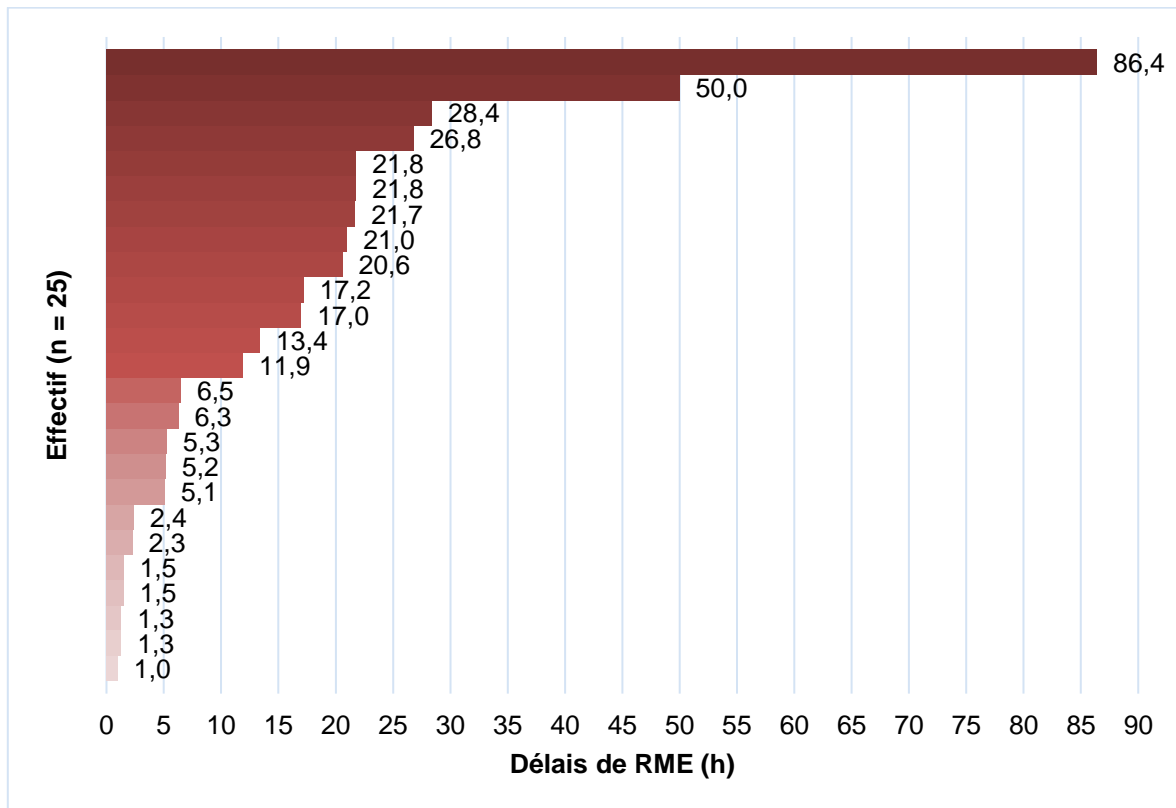
Les données issues du questionnaire maternel ont été colligées dans le tableau 7. La proposition de RME a été faite dans 80,0% des cas avant le TPN de l'enfant. La mère a eu des photos ou vidéos de lui dans 84,0% des RME et elle lui a laissé un objet dans 68,0% des cas.

**Tableau 7 : Réponses au questionnaire des mères ayant bénéficié d'un RME (n = 25).**

	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Personnes ayant proposé le RME</b>		
- Sage-femme	8	32,0
- Pédiatre	4	16,0
- Obstétricien	3	12,0
- Pédiatre et sage-femme	3	12,0
- Puéricultrice	2	8,0
- Mère elle-même	2	8,0
- Sage-femme et puéricultrice	1	4,0
- Pédiatre, sage-femme et auxiliaire de puériculture	1	4,0
- Non renseigné	1	4,0
<b>La mère a pu laisser un objet à son enfant</b>		
- Oui	17	68,0
- Non	8	32,0
<b>La mère a pu avoir des photos et/ou vidéos</b>		
- Oui	21	84,0
- Non	4	16,0
<b>Proposition de RME faite avant le départ de l'enfant</b>		
- Oui	20	80,0
- Non	3	12,0
- Non renseigné	2	8,0
<b>Destination maternelle à l'arrivée au CHU de Caen</b>		
- Arrivée directement en néonatalogie	10	40,0
- Passage par le service de suites de naissances	15	60,0
<b>Jugement du délai de RME par les mères</b>		
- Trop long	10	40,0
- Raisonnable	8	32,0
- Plutôt court	7	28,0

Grâce aux questionnaires transmis aux mères et aux transmissions faites dans les dossiers de l'enfant, 25 délais de RME ont pu être calculés, soit pour 83,3% des enfants dont la mère a été rapprochée.

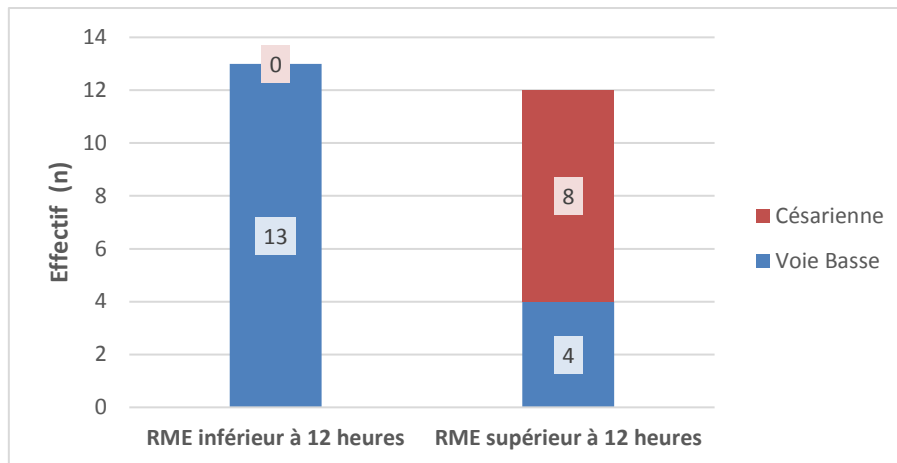
Le délai de RME moyen calculé était de  $15,9 \pm 18,5$  heures et le délai médian de 11,9 heures. Le délai le plus long était de 86,4 heures, et le plus court d'une heure (Figure 3).



**Figure 3 : Ensemble des délais de RME calculés dans le cadre de l'étude.**

Parmi les délais manquants, trois n'ont pas pu être calculés précisément, et ne sont donc pas pris en compte dans le calcul du délai moyen. Cependant, grâce aux éléments présents dans le dossier des enfants (transmissions faisant référence à la présence de la mère), on a pu déterminer qu'ils étaient inférieurs à 2,3 heures, 12,5 heures et 4,0 heures. Un autre délai n'a pas pu être exploité du fait d'une discordance entre l'horaire de départ de l'enfant et celui d'arrivée de la mère auprès de lui en néonatalogie.

Pour les mères étant passées par leur chambre en suites de naissance, la moyenne du délai de RME intra-établissement (délai entre l'arrivée en suites de naissance et l'arrivée dans le service de néonatalogie auprès de l'enfant) était de  $0,4 \pm 0,4$  heures. Le délai minimum était de 0,2 heure et le maximum de 1,5 heure.

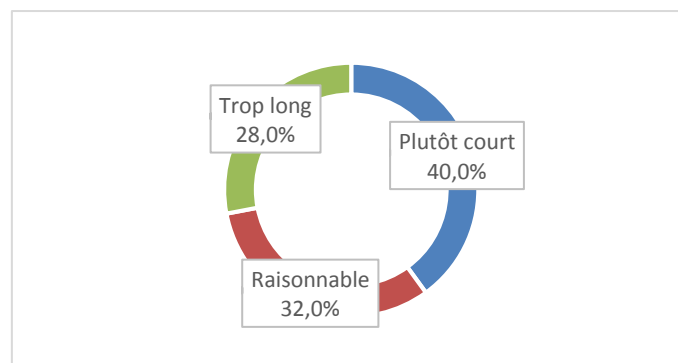


**Figure 4 : Nombres d'accouchements par voie basse et césarienne selon que le RME a eu lieu dans un délai inférieur ou supérieur à 12 heures.**

Le délai de RME le plus court retrouvé suite à un accouchement par voie basse est de 1,0 heure et le plus long de 28,4 heures.

Le délai de RME le plus court retrouvé suite à un accouchement par césarienne est de 17,2 heures et le plus long de 86,4 heures.

La totalité des RME effectués avant 12 heures étaient des situations d'accouchements par voie basse (Figure 3).



**Figure 5 : Jugement du délai de RME par les mères.**

Le questionnaire recueillait le jugement des mères sur le délai de RME (Figure 5). Suite à ce jugement, nous avons calculé le délai moyen dans chaque situation. Le délai moyen de RME des mères ayant répondu « plutôt court » à la question était de  $13,7 \pm 11,1$  heures. Celui des mères ayant répondu « raisonnable » était de  $8,7 \pm 8,7$  heures. Pour celles ayant répondu « trop long », le délai moyen était de  $23,8 \pm 26,2$  heures.

Le père a été présent dans 44,8% des cas avant le RME (Tableau 8).

**Tableau 8 : Présence paternelle au CHU de Caen avant le RME (n = 29).**

	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Père présent avant le RME</b>		
- Oui	13	44,8
- Non	13	44,8
- Non renseigné	3	10,3

A la question libre leur demandant ce qui aurait pu leur permettre d'améliorer cette attente, 12 mères (48,0 %) n'avaient pas de réponse à donner.

Les autres mères (n = 13) auraient aimé :

- Avoir plus de photos et/ou vidéos de l'enfant (n = 6)
- Savoir si un RME aura lieu (n = 2)
- Avoir la possibilité de faire du peau à peau à la naissance (n = 1)
- Pouvoir accompagner l'enfant pendant le transport vers le CHU (n = 1)
- Avoir plus de nouvelles de l'enfant de la part de la maternité de naissance (n = 1)
- Avoir une chambre au CHU plus rapidement (n = 1)
- Avoir davantage d'explications quant au transfert (n = 1)

#### 4. Croisements de données

Les effectifs étant petits pour la plupart des motifs de TPN, seules les deux pathologies ayant les effectifs les plus grands ont été comparées. Il s'agit de la détresse respiratoire (n = 18) et de la prématurité (n = 7).

Le type III de maternité n'a pas été pris en compte dans l'analyse de données car nous n'avions qu'un seul délai.

Le délai moyen de RME selon le terme à la naissance a été analysé pour 25 enfants. Le test statistique réalisé n'a pas montré de différence significative de délai selon le terme (p = 0,293).



Les variables analysées dans le cadre de l'étude sont présentées dans le tableau 9.

**Tableau 9 : Délais de RME selon différentes situations.**

	Délai moyen (h)	Délai médian (h)	p-value
<b>Voie d'accouchement</b>			
- Voie basse (n = 17)	8,1 ± 8,9	5,2	<b>p = 0,001*</b>
- Césarienne (n = 8)	32,6 ± 24,1	21,8	
<b>Anesthésie à l'accouchement</b>			
- Aucune (n = 4)	8,5 ± 5,7	5,9	p = 0,112
- Loco-régionale (n = 26)	13,7 ± 14,3	11,9	
- Générale (n = 3)	42,9 ± 37,6	21,8	
<b>Type de maternité de naissance</b>			
- Type I (n = 11)	26,3 ± 23,4	21,0	<b>p = 0,014*</b>
- Type IIa (n = 8)	6,9 ± 8,0	3,7	
- Type IIb (n = 5)	10,3 ± 10,0	5,2	
<b>Motifs de TPN les plus fréquemment retrouvés</b>			
- Détresse respiratoire (n = 18)	17,3 ± 13,8	15,2	p = 0,799
- Prématurité (n = 7)	27,2 ± 33,8	17,2	
<b>Mode d'alimentation</b>			
- Allaitement maternel (n = 15)	16,9 ± 21,1	17,0	p = 0,912
- Allaitement artificiel (n = 10)	14,4 ± 15,8	5,8	
<b>Pathologie du post-partum</b>			
- Présence (n = 3)	40,1 ± 40,2	20,6	p = 0,190
- Absence (n = 21)	13,1 ± 12,6	6,5	

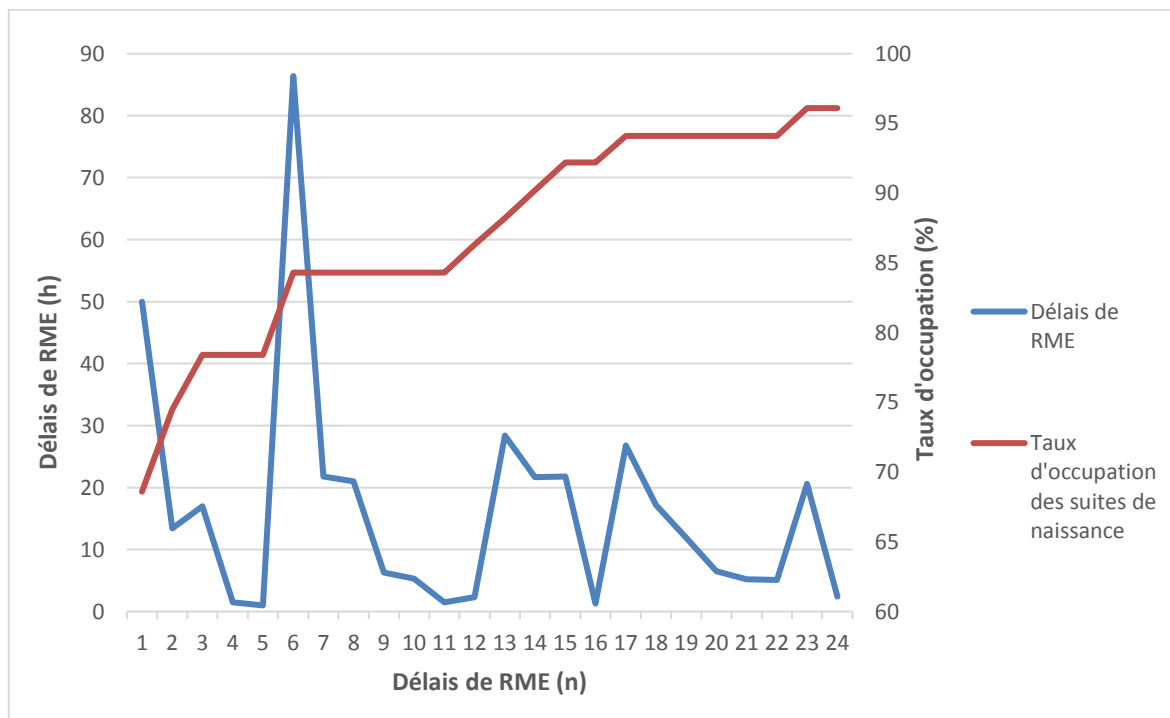
Les deux facteurs associés à une différence significative de délai de RME étaient la voie d'accouchement (8,1 heures pour la voie basse versus 32,6 heures pour la césarienne, p = 0,001\*) et le type de maternité (26,3 heures pour le type I versus 6,9 heures pour le type IIa versus 10,3 heures pour le type IIb, p = 0,014\*).

**Tableau 10 : Comparaison du délai moyen de RME selon le type de maternité pour les femmes ayant accouché par césarienne (n = 8).**

Type de maternité à l'accouchement	Délai moyen (h)	p-value
- Type I (n = 4)	44,8 ± 30,8	p = 0,146
- Type II (n = 4)	20,3 ± 2,2	

Concernant les femmes ayant accouché par césarienne, il n'y a pas de différence significative de délai de RME selon le type de maternité (Tableau 10).

Les taux d'occupation du service de suites de naissance au jour du transfert de l'enfant ont pu être calculés pour 24 mères transférées. Ceux-ci ont été comparés aux délais de RME correspondants. Le calcul des taux ne tenait pas compte de l'activité des salles de naissances au même jour ou d'autres services pouvant nécessiter des places en suites de naissance. L'étude n'a pas mis en évidence de différence significative de délai selon le taux d'occupation du service de suites de naissance (Figure 6).



**Figure 6 : Taux d'occupation des lits dans le service de suites de naissance du CHU de Caen au jour du TPN, selon les délais de RME correspondants.**

Il nous a paru intéressant de comparer également les durées de séjour en néonatalogie des enfants selon qu'ils aient bénéficié ou non d'un RME.

**Tableau 11 : Durée de séjour en néonatalogie selon la présence ou non d'un RME.**

	Durée moyenne d'hospitalisation (j)	p-value
<b>RME</b>		
- Présent (n = 30)	11,4 ± 7,7	<b><i>p &lt; 0,001</i> *</b>
- Absent (n = 11)	3,8 ± 3,8	

La durée moyenne d'hospitalisation a été significativement plus longue lorsque le RME a été effectué (11,4 jours en cas de RME versus 3,8 jours en son absence,  $p < 0,001^*$ ) (Tableau 11).

Une comparaison des délais de RME entre les enfants vivants à la sortie de l'hospitalisation et ceux décédés n'a pu être effectuée. En effet, sur les trois enfants décédés, un n'a pas bénéficié de RME et pour un autre, le délai n'a pas pu être calculé. Pour le troisième enfant, la mère n'a pas pu le voir à sa naissance, ni avant le TPN. Le premier contact entre eux s'est fait au bout de 20,6 heures.

## IV. ANALYSE ET DISCUSSION

### 1. Critique de l'étude

#### 1.1 Points forts

##### 1.1.1 Une étude pilote et prospective

Cette étude est une étude pilote au CHU de Caen car aucune étude sur les délais de RME n'avait jusque-là été réalisée. Dans la littérature, nous avons pu retrouver une étude réalisée en 2010 dans le sillon alpin dans le cadre d'un mémoire de sage-femme sur les facteurs associés à un RME [43], mais aucune autre étude sur le sujet, ni sur les délais. Menée de façon prospective sur une période de six mois, notre étude a permis de recueillir des informations qui ne sont généralement pas renseignées dans les dossiers.

##### 1.1.2 Une idée précise du temps de séparation d'un enfant et de sa mère

Bien que les équipes sachent quand un RME a eu lieu, ces délais n'ont jamais été analysés. De nos jours, on accorde une grande importance à l'interaction précoce entre le nouveau-né et sa mère, et ce dès la salle de naissance. L'enfant ne nécessitant pas de soins immédiats reste au maximum en peau à peau avec sa mère, et les soins sont réalisés par la suite. Puis, lors de son séjour à la maternité, tout est fait pour permettre la proximité de la mère et de son enfant. Cette étude permet de montrer que dans les cas où ce couple est séparé, les délais de rapprochement sont parfois importants, et ceux-ci bouleversent toutes les interactions précoces nécessaires aussi bien à la mère qu'à l'enfant, parfois jusqu'à plusieurs jours après la naissance.

#### 1.2 Points faibles

##### 1.2.1 Un petit effectif

Les transferts dans les 24 premières heures de vie ne sont pas réguliers, de plusieurs fois par semaine, à seulement quelques fois par mois. Parmi eux, tous ne bénéficient pas d'un RME. Sur une période de six mois, il est alors difficile d'avoir un échantillon important permettant des analyses significatives d'une grande puissance. C'est le cas par exemple du type

d'anesthésie dont a bénéficié la mère à l'accouchement. Le délai moyen de RME pour les femmes ayant eu une anesthésie générale est important, mais l'effectif étant petit, aucune différence significative n'a pu être établie. Une étude plus longue ou multicentrique pourrait être nécessaire pour apprécier de façon plus fine ces délais en ayant des effectifs plus importants.

### 1.2.2 Le biais d'information

Les données concernant les heures d'arrivée des mères au CHU ont été recueillies par le questionnaire distribué à celles-ci, ces horaires n'étant pas toujours renseignés dans les dossiers. L'une des questions concernait les heures d'arrivée des femmes dans les services de néonatalogie et de suites de naissance. Il existe un biais de mémoire à ce niveau car le questionnaire étant distribué *a posteriori*, les mères ont répondu de façon approximative à cette question. En effet, elles n'ont pas pu nous donner les heures exactes car l'étude en cours leur était présentée après leur arrivée au CHU. Dans certains cas de RME, le questionnaire n'a pas été distribué aux mères, entraînant ainsi un biais d'information par manque de réponses pour cinq mères rapprochées. Cependant, il nous a tout de même permis de calculer 25 délais concordants avec les transmissions effectuées dans les dossiers de soins des enfants lorsque l'arrivée de la mère était précisée.

### 1.2.3 La présentation de l'étude à la RMM de juin 2017

Le protocole de l'étude a été présenté lors de la journée de Revue de Morbidité et Mortalité du mois de juin 2017 au CHU de Caen. Cette présentation a été faite dans le but de sensibiliser les différents professionnels au sujet et ainsi permettre d'avoir des données plus précises quant aux horaires de transferts maternels dans les dossiers. Cette intervention aurait pu entraîner un biais dans la mise en place des RME. En effet, nous pouvons penser que du fait de l'étude en cours, les différents professionnels auraient davantage porté attention à la mise en place de RME dans des délais plus courts. Ceux rencontrés en néonatalogie tout au long de l'étude ont d'ailleurs eu l'impression que les RME étaient plus rapides qu'auparavant. Nous avons également observé que les deux plus grands délais recueillis sur la durée de l'étude (86,0 heures et 50,0 heures), se trouvaient au début de celle-ci ; l'un début juin et l'autre fin juillet.

#### 1.2.4 D'autres paramètres non pris en compte

Nous avons analysé ces délais selon différents contextes pour essayer de mettre en évidence des différences dans certaines situations. Cependant, nous n'avons pas pris en compte d'autres paramètres pouvant influencer le délai d'un RME. C'est le cas par exemple de la distance entre la maternité périphérique et le CHU qui peut allonger ces délais selon le temps de transport nécessaire, les conditions de trafic ou météorologiques. D'autre part, l'activité des transporteurs ou du personnel des maternités, et la possibilité pour eux d'organiser un transfert maternel rapide à ce moment-là, peuvent faire varier ces délais.

## 2. Discussion

Nous pouvons comparer les motifs de TPN à ceux évoqués dans l'enquête périnatale de 2016, en particulier la prématurité et la détresse respiratoire pour lesquelles nous avons recueilli les plus grands effectifs. Les taux retrouvés dans notre étude diffèrent de ceux de l'enquête précédemment citée. De fait, nous retrouvons un taux de transferts dû à une détresse respiratoire pour 43,9% des enfants transférés, alors que celui-ci était de 25,5% dans l'enquête périnatale. Cette enquête regroupe la prématurité et l'hypotrophie sous un même pourcentage de 53,7% ; si nous faisons de même, notre taux est de 22,0% [7].

De plus, nous avons constaté que le taux d'allaitement maternel des enfants transférés en néonatalogie au CHU de Caen sur la période de l'étude était de 53,6% d'allaitement maternel exclusif. Dans l'enquête Elfe maternité réalisée en 2014, celui-ci était de 64,0% d'allaitement maternel chez les enfants transférés suite à leur naissance [30].

Notre travail portant sur les délais de RME, nous pouvons également mentionner le seul délai retrouvé dans la littérature, qui est celui de douze heures, évoqué par Ten Bonsel et Paxson en 1972. Ceux-ci suggérant que le taux de mauvais traitement des parents envers l'enfant augmentait lorsque ce dernier avait reçu la visite de sa mère dans un délai supérieur à 12 heures [23]. Notre délai moyen de RME étant de 15,9 heures, il est supérieur à celui-ci. Cependant, le délai médian s'en rapproche puisqu'il est de 11,9 heures.

## 2.1 Objectif principal de l'étude

Avant le début de notre étude, en concertation avec plusieurs professionnels du CHU de Caen, nous avons émis l'hypothèse que les RME se faisaient dans un délai inférieur à 12 heures. L'étude a permis de montrer que nous nous trouvions au-dessus de ce délai, comme vu précédemment.

La moyenne de celui-ci est significativement différente selon la voie d'accouchement. En effet, l'étude a permis de montrer que la mère rejoignait son enfant plus tardivement lorsqu'elle avait accouchée par césarienne (32,6 heures pour la césarienne versus 8,1 heures pour la voie basse,  $p = 0,001^*$ ). Nous pouvons d'ailleurs noter que toutes les mères ayant donné naissance à leur enfant suite à une césarienne ont été rapprochées dans un délai supérieur à 12 heures, le délai le plus court dans ce cas étant de 17,2 heures. Nous avons également mis en évidence que le délai moyen était plus important lorsque la naissance avait eu lieu dans une maternité de type I, par rapport à une maternité type II (26,3 heures pour le type I versus 6,9 heures pour le type IIa versus 10,3 heures pour le type IIb,  $p = 0,014^*$ ). Nous nous sommes alors demandés dans un deuxième temps si les délais suite à une césarienne n'étaient également pas plus élevés dans une maternité de type I que dans une de type II. L'analyse des données n'a pas mis en évidence de différence significative de délai entre ces deux types de maternité pour les femmes ayant accouchées par césarienne ( $p = 0,146$ ).

Lors de la mise en place de ce travail, nous nous attendions à ce que les femmes ayant bénéficié d'une anesthésie générale ou ayant présenté une pathologie en *post-partum* connaissent les délais de RME les plus longs. Or, notre étude a prouvé que ce n'était pas le cas ici. En effet, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative de délai selon l'anesthésie dont a bénéficié la mère à l'accouchement ( $p = 0,112$ ), ni selon la présence ou l'absence d'une pathologie du *post-partum* ( $p = 0,190$ ). En observant les délais selon les différentes modalités de l'anesthésie à l'accouchement, nous pouvons remarquer que bien qu'aucune différence significative n'ait été mise en évidence, les médianes retrouvées pour les trois modalités présentent un gradient d'un facteur deux. Le délai médian lors d'une anesthésie générale étant deux fois plus élevé que celui lors d'une anesthésie loco-régionale, lui-même deux fois plus élevé qu'en l'absence d'anesthésie. Le même constat est fait pour la variable pathologie du *post-partum*. Le délai médian de la modalité « présence d'une pathologie du *post-partum* » étant trois fois plus élevé qu'en absence de pathologie. Ces constatations, sans mise en évidence de différences, pourraient s'expliquer par les effectifs parfois faibles des modalités, associés à une grande dispersion des données concernant les délais.

L'étude réalisée n'a pas permis de mettre en évidence une variabilité des délais selon le motif de TPN, le mode d'alimentation néonatale ou bien le taux d'occupation du service de suites de naissance lors du jour d'admission de l'enfant.

Il nous a également semblé intéressant de regarder la durée de séjour des enfants qui ne peuvent bénéficier d'un RME, et ainsi apprécier la durée de séparation avec leur mère. Nous avons ainsi pu montrer que les nouveau-nés ne bénéficiant pas d'un RME ont une durée d'hospitalisation plus courte que ceux en bénéficiant («  $p < 0,001$  »). Ceci suppose que les RME n'ayant pas eu lieu seraient parfois dus à une faible durée de séjour en néonatalogie envisagée à l'admission, et que les enfants dont une hospitalisation longue est prévue bénéficieraient davantage d'une présence maternelle par RME.

## 2.2 Objectifs secondaires de l'étude

### 2.2.1 Enquête de satisfaction maternelle concernant le RME

Le questionnaire à destination des mères a permis de recueillir leurs impressions quant à la séparation d'avec leur enfant et le moment où elles ont pu le retrouver. Parmi les trois modalités qui leur étaient proposées (« plutôt court », « raisonnable » ou « trop long »), la majorité (40,0 %) a considéré ce délai trop long. Les délais moyens ont ensuite été calculés pour ces trois modalités. Celui le plus important correspond bien à celles ayant répondu « trop long ». Cependant, celui du groupe « plutôt court » est supérieur à celui du groupe « raisonnable ». Le ressenti des femmes concernant les délais de RME semble donc être variable. Nous avons également remarqué que délai moyen de RME des femmes ayant répondu « plutôt court » est de 13,7 heures, soit supérieur au seuil que nous avons arbitrairement fixé à 12 heures.

Pour permettre d'illustrer ce mémoire, nous avons ajouté au questionnaire une question libre permettant aux femmes de nous exposer ce qu'elles auraient souhaitées lors de cette séparation. Leurs réponses nous serviront de pistes ultérieurement pour entamer une réflexion sur la façon dont ces délais pourraient être rendus plus acceptables.



### 2.2.2 Objets transitionnels et place du père

Dans la plupart des cas, la mère a eu la possibilité de laisser un objet à son enfant (68,0 % des TPN). Ce qui a été le plus fréquemment laissé était un vêtement maternel. La majorité de ces mères ont également pu faire des photos avec l'enfant avant son départ, qu'elles ont pu garder avec elles, et/ou en ont reçu par la suite par l'intermédiaire du père pouvant se rendre auprès de l'enfant. Cependant, 16,0 % des mères n'ont pas eu de photos de leur enfant lors de la séparation.

Plus de la moitié des pères d'enfants ayant dus être transférés ont pu rencontrer l'équipe de pédiatrie du CHU à la maternité d'accouchement. Cependant, seul 46,2% d'entre eux ont pu se rendre auprès de l'enfant avant que celui-ci puisse retrouver sa mère par RME ou retransfert vers la maternité de naissance.

### 3. Propositions

L'étude nous a montré que le délai moyen de RME était supérieur à celui auquel nous nous attendions au début de celle-ci. Nous pouvons alors nous demander de quelle façon il serait possible de le réduire. De plus, la question interrogeant les mères sur ce qui aurait pu leur permettre d'améliorer cette attente peut nous laisser envisager des pistes de réflexions à partir de leurs réponses.

Nous avons vu que toutes les mères ayant eu une césarienne avaient été transférées dans un délai supérieur à 12 heures après le départ de leur enfant. La césarienne semble donc être un facteur empêchant un RME rapide. Or, les réhabilitations précoces sont de plus en plus effectuées maintenant, et mis à part les quelques heures de surveillance post-opératoire nécessaires suite à l'intervention, peu de contre-indications au transfert maternel semblent exister. Il pourrait être intéressant, avec les équipes des différents centres, de réfléchir aux facteurs qui semblent empêcher un transfert rapide vers le CHU de Caen, en particulier dans les cas de césarienne, et à la façon dont on pourrait y remédier.

De plus, alors que le numérique occupe une place importante dans la société actuelle, parmi les mères ayant répondu au questionnaire, certaines n'ont pas eu de photos ou vidéos de leur enfant avec elle lors de la séparation. Plusieurs d'entre elles auraient également souhaité en avoir davantage. On pourrait envisager de proposer aux maternités de se doter d'appareils photos instantanés, dont le prix est raisonnable et l'utilisation facile. Ainsi, les mères pourraient

garder auprès d'elles quelques photos du nouveau-né réalisées par les équipes à la naissance de celui-ci.

D'autre part, il faudrait probablement renforcer la communication avec les mères lors de leur séjour à la maternité de naissance dans ces situations difficiles. En effet, deux d'entre elles (15,4 %) ont exprimé le souhait d'avoir davantage d'explications quant au transfert de leur enfant ou avoir plus de nouvelles de celui-ci de la part de la maternité de naissance. Une des propositions que nous pouvons donc envisager est que le pédiatre du service ayant pris en charge l'enfant à la naissance revienne avec les parents sur le motif du TPN. Si les parents n'ont pas la possibilité de se rendre au CHU, celui-ci pourrait par la suite leur donner des informations concernant l'état médical de l'enfant transféré quand ces données ne peuvent être données directement aux parents par un pédiatre du CHU par téléphone. Ainsi, ils pourraient avoir des réponses précises à leurs questions et mieux comprendre la situation.

## V. CONCLUSION

Le but de l'étude menée dans le cadre de ce mémoire était d'avoir une idée précise des délais de rapprochements mère-enfant au sein du réseau de périnatalité de Basse-Normandie, puis de calculer le délai de RME moyen. Celle-ci s'intéressait également à dégager certaines situations pouvant être à l'origine d'un allongement de ces délais, ainsi qu'aux premiers contacts de la mère avec son nouveau-né et à la présence du père.

Dans le cadre de l'étude, nous avons pu calculer 25 délais de RME sur les 30 ayant eu lieu. Le délai moyen de RME, supérieur à celui attendu à la mise en place de l'étude, était de  $15,9 \pm 18,5$  heures, le délai médian étant de 11,9 heures. Une grande hétérogénéité au sein de ces délais a été retrouvée. De plus, nous avons identifié deux situations ayant un impact négatif sur la rapidité d'un transfert maternel en *post-partum*. Celles-ci correspondent à la voie d'accouchement et au type de maternité où a eu lieu la naissance. Aucune des femmes ayant donné naissance à son enfant par césarienne n'a pu le retrouver dans un délai inférieur à douze heures après le départ de celui-ci. La mise en place de RME a été plus longue dans les maternités de type I, suivie par celles de type IIb, puis de type IIa.

Il convient alors de s'interroger, en équipe, sur la façon dont ces délais pourraient être diminués, afin de permettre une installation plus précoce de la relation mère-enfant, tout en assurant la sécurité de ce couple sur le plan médical. Nous nous sommes intéressés, dans le cadre de l'étude, aux transferts de la mère et de l'enfant, mettant ainsi en avant le couple mère-enfant. Cependant, c'est d'une présence parentale en général dont a besoin l'enfant, celle-ci pouvant être assurée par le père, ou un autre membre de la famille, en l'absence de la mère. C'est la famille entière qu'il convient de réunir au plus vite. Il pourrait alors être envisagé de s'intéresser plus particulièrement à la place du père auprès de l'enfant dans ces situations. En effet, seulement 46,0% des pères de nouveau-nés transférés ont pu être présents auprès de ceux-ci avant l'arrivée de la mère ou le retour du nouveau-né vers la maternité de naissance.

# BIBLIOGRAPHIE

[1] Légifrance. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Article L712-3-2 du code de la santé publique. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206> (consulté le 7 juillet 2017).

[2] Légifrance. Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000207560&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 7 juillet 2017).

[3] Réseau de Périnatalité Calvados - Manche - Orne. [En ligne] Disponible sur : <http://www.perinatbn.org/>

[4] Ministère chargé de la santé. Plan de périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004.

[5] Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique. 9 octobre 1998. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id> (consulté le 18 août 2017)

[6] Centre Hospitalier Universitaire de Caen. Document opérationnel. Transferts maternels (in utero et du post-partum). Mai 2017.

[7] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête nationale périnatale rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017.

[8] Thibon P, Cornu M, Lamendour N, Guillois B, Dreyfus M. Régionalisation des soins périnataux en Basse-Normandie : évolution sur cinq ans. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Avril 2011 ; 40(2) : 156-161.

[9] Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé - Critères d'indications de transfert pédiatrique. Novembre 2012.

[10] Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé - Critères d'indications de transfert maternel. Novembre 2012.

[11] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé. Novembre 2012.

[12] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM-U.953. Mai 2011 ; 29-38.

[13] Grandelaude C., Lalibert J-L. Le transport infirmier interhospitalier pédiatrique. Urgences 2012.

[14] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O1 n°2005-67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants. [En ligne] Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020048.htm> (consulté le 18 août 2017).

[15] Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Tableau de bord régional des maternités : année 2014. [En ligne] Disponible sur : <http://www.perinatbn.org/> (consulté le 2 août 2017)

[16] Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Tableau de bord régional des maternités : année 2015. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.perinatbn.org/> (consulté le 2 août 2017)

[17] Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Tableau de bord régional des maternités : année 2016. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.perinatbn.org/> (consulté le 2 août 2017)

[18] Dageville C. Protéger la rencontre entre la mère et son nouveau-né. *Spirale*. 2011 ; 3 (59) : 99-115.

[19] Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz A.S, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Archives de pédiatrie*. Juin 2008 ; 15 « suppl » : S12-19.

[20] Lamas C, Guedeney N. Constitution des liens d'attachement. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. Mai 2006 ; 19(3) : 111-114.

[21] Parentalité et post-partum. In : Missonnier S. *La consultation thérapeutique périnatale : un psychologue à la maternité*. Ramonville Saint-Agne : Editions érès. 2003 : 48-50.

[22] Conséquences de la séparation mère-nouveau-né. In : Société Française De Médecine Périnatale. 43es Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Monaco 13-15 novembre 2013). Springer-Verlag France. 2014 : 167-175.

[23] Lefebvre F. L'attachement des parents à leur nouveau-né suite à une naissance prématurée et à une séparation en période néonatale. *Santé mentale au Québec*. Novembre 1983 ; 8(2) : 90-99.

[24] Bekhechi V, Dubois de Bodinat L, Guédeney N. Impact de l'hospitalisation périnatale sur le lien parent-enfant : apports de la théorie de l'attachement. In : Sizun J, Guillois B, Casper C, Thiriez G, Kuhn P. *Soins de développement en période néonatale*. Paris : Springer-Verlag France ; 2014 : 17-25.

[25] Delage M. Souffrance dans la séparation et théorie de l'attachement : compréhension individuelle et familiale. *Annales Médico-Psychologiques*. Février 2010 ; 168(1) : 34-37.

[26] Mathelin-Vanier C. Le psychisme du bébé en réanimation néonatale. *Le Journal des Psychologues*. 26 août 2015 ; 330(8) : 45-47.

[27] Sandre D. Le devenir des nouveau-nés qui doivent la vie à la technique. *Spirale*. 2016 ; 3(79) : 230-235.

[28] L'état des pratiques aujourd'hui. In : Binet G. *Prématurité et rupture du lien mère-enfant : la naissance inachevée*. Montréal : Gaëtan Morin Editeur. 2000 : 75-156.

[29] Lalange M. *Durée et facteurs déterminants de la poursuite de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité du CHU de Caen*. [Thèse]. Caen ; 2017.

[30] Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S, Geay B, Charles MA, Lioret S, De Lauzon-Guillain B. 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. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire : Institut de veille sanitaire*. 17 juin 2014 ; (27) : 440-449.

[31] La double séparation. In : Missonnier S. *La consultation thérapeutique périnatale : un psychologue à la maternité*. Ramonville Saint-Agne : Editions érès. 2003 : 155-176.

[32] L'accouchement prématuré. In : Dayan J, Andro G, Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson ; 1999 : 424-458.

[33] Wanquet-Thibault P. Brève histoire de la présence des parents auprès de leur enfant à l'hôpital. In : *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. Elsevier Masson. 2015 : 7-19.

[34] Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation de l'Enfant. *Charte de l'enfant hospitalisé (1988)*. Direction des Affaires Juridiques. [En ligne] Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/charte-de-lenfant-hospitalise-1988> (consulté le 28 décembre 2016).

[35] Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire DHOS/E1/DGS/DGAS, n° 2002-269 du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré- et postnatale d'une maladie ou d'une malformation. 18 avril 2002.

[36] Thibon P, Prime L. Indicateurs périnataux de la région Basse-Normandie : données 2011. Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Octobre 2012.

[37] Thibon P, Prime L. Indicateurs périnataux de la région Basse-Normandie : données 2012. Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Octobre 2013.

[38] Thibon P, Prime L. Indicateurs périnataux de la région Basse-Normandie : données 2013. Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Décembre 2014.

[39] Thibon P, Prime L. Indicateurs périnataux de la région Basse-Normandie : données 2014. Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Décembre 2015.

[40] Thibon P, Prime L. Indicateurs périnataux de la région Basse-Normandie : données 2015. Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie. Novembre 2016.

[41] Caritoux L. Les nouvelles technologies au service du lien parental lors des séparations néonatales précoces. Cahiers de la puéricultrice. Avril 2009 ; 226 : 13-15.

[42] Groupe d'études « Prématurité et nouveau-nés vulnérables ». Restitution des travaux du Groupe d'Etudes. [Dossier de Presse]. Février 2017. Disponible sur : <http://www.sosprema.com/wp-content/uploads/2016/04/Dossier-de-presse-GE-PREMA-.pdf>

[43] Berthier C. Etude observationnelle des facteurs favorisant l'acceptation d'un rapprochement mère-enfant, en 2010 dans le sillon alpin [mémoire de sage-femme]. Grenoble ; 2012.



# ANNEXES

## ANNEXE I. Charte de l'enfant hospitalisé

### Charte de l'enfant hospitalisé (version française)

Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants – UNESCO

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
3. 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.  
On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.  
On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
5. Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins.  
On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.
6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Cette « Charte » a été préparée par plusieurs associations européennes à Leiden en 1988. Elle résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

## **ANNEXE II. Extrait du décret n°98-900 du 9 octobre 1998**

### « Paragraphe 2

#### « L'unité de néonatalogie

« Art. D. 712-90. – Lorsqu'elle n'est pas associée sur le même site à une unité de réanimation néonatale, l'unité de néonatalogie comporte au moins 6 lits. Pour pouvoir disposer en son sein de lits de soins intensifs, l'unité de néonatalogie comprend au moins 12 lits.

« L'unité de néonatalogie est située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que l'unité d'obstétrique.

« En cas de création d'une nouvelle unité, de reconstruction ou de réaménagement d'une unité existante, les locaux qui composent l'unité de néonatalogie doivent être implantés dans le même bâtiment et être contigus avec le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique.

« Art. D. 712-91. – La capacité minimale de 6 lits peut être exceptionnellement réduite à 4 dans le cas où l'unité de néonatalogie est géographiquement isolée, à plus d'une heure de trajet de l'unité de néonatalogie la plus proche et si les besoins de la population l'exigent, sous réserve que l'unité isolée remplisse l'ensemble des conditions prévues aux articles D. 712-90 à D. 712-97.

« Art. D. 712-92. – L'unité de néonatalogie comporte :

« 1o Une pièce permettant l'accueil des parents ;

« 2o Un secteur de surveillance et de soins des enfants où les nouveau-nés sont hospitalisés ; ce secteur comprend en outre une zone de préparation médicale avant transfert ;

« 3o Un secteur spécialement affecté à l'alimentation des nouveau-nés ; ce secteur peut être commun à l'unité d'obstétrique et, éventuellement, à l'unité de réanimation néonatale.

## **ANNEXE III. Extrait de la circulaire du 18 avril 2002**

### C. – Le soutien et l'accompagnement des parents lors de la naissance

#### 1. Entourer l'enfant

Chaque nouveau-né est une personne avec ses besoins propres. Il conviendra donc d'accorder à chacun toute l'attention qu'il mérite et de tenir compte des éventuelles spécificités liées à son état de santé. Le regard attentif et respectueux porté par les soignants sur l'enfant reste essentiel.

#### 2. Accompagner les parents

Une attention chaleureuse et soutenue doit être apportée aux parents par chaque membre de l'équipe. Certaines mères aiment être entourées, d'autres préfèrent être seules. Certaines se trouvent dans des situations particulièrement difficiles : isolement, extrême jeunesse, personnalité fragile, culture différente, situation économique précaire. Le personnel soignant ajustera son attitude à chaque situation. Chacun sera alors attentif à donner les réponses relevant de sa compétence et à effectuer un relais adapté pour les questions concernant un autre membre de l'équipe.

De façon générale, l'organisation de la maternité doit permettre la présence de l'enfant auprès de sa mère. Il faut éviter les séparations inutiles et aménager les transferts qui s'avèrent nécessaires. Pour la mère qui n'a pas pu être transférée avec son enfant, il conviendra de prévoir l'organisation de visites dans le service où il est hospitalisé chaque fois que cela est possible. Dans tous les cas, elle sera mise en relation directe avec un membre de l'équipe de ce service. En tout état de cause, tout sera mis en œuvre pour favoriser les relations entre les parents et l'enfant. Le père ne doit pas être marginalisé mais bénéficier du même soutien car c'est le couple parental qui a besoin d'accompagnement. Les frères et sœurs, les grands-parents peuvent aussi avoir besoin d'aide ou être associés au rôle de soutien.

Enfin, par sa disponibilité constante et la qualité de son écoute, l'équipe s'attachera à évoquer avec les parents, au cours des entretiens successifs, les aspects futurs de leur vie sociale, familiale et professionnelle pour éviter que leur vie ne se restreigne soudain au seul handicap de leur enfant. Des contacts avec des associations de parents seront systématiquement proposés afin d'aider à surmonter le sentiment de solitude.

#### 3. Organiser un travail en équipe

La qualité du travail en équipe étant étroitement liée non seulement aux compétences, mais aussi à la complémentarité de ses différents membres, il est nécessaire que s'engage une réflexion commune sur le thème du handicap. En complément de celle-ci, il est important de permettre aux membres de l'équipe d'exprimer les difficultés qu'ils rencontrent. Ils seront aidés en cela par les psychiatres, les pédopsychiatres et les psychologues intervenant au sein des services de néonatalogie et de réanimation néonatale. Les modalités de ces échanges pourront prendre différentes formes (groupe de parole, entretien individuel ...) et s'organiseront aussi bien au sein du service où est hospitalisé l'enfant qu'au sein d'autres services qui sont susceptibles d'intervenir auprès de lui (chirurgie pédiatrique, neuropédiatrie, cardiologie...).

## ANNEXE IV. Grille de recueil de données utilisée dans le cadre de l'étude

N° d'inclusion du nouveau-né :

3 premières lettres du nom de l'enfant :

3 premières lettres du prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

Données générales	
Age maternel	
Statut marital (marié, en couple, célibataire)	
Parité	
Catégorie socio-professionnelle	

Données prénatales	
Pathologie de la grossesse	O/N
Si oui, laquelle	
TIU envisagé avant l'accouchement	O/N

Données relatives au travail et à l'accouchement	
Date de l'accouchement	
Heure de l'accouchement	
Terme	
Lieu	
Anesthésie (générale, locorégionale, absente)	
Modalités de l'accouchement	
Naissance simple ou multiple	

Données postnatales	
Sexe de l'enfant	
Poids de l'enfant (en grammes)	
Apgar à la naissance (M1, M5 et M10)	
pH au cordon	
Réanimation	O/N
Si oui, modalités	
Allaitement maternel ou artificiel	
Présence d'une pathologie maternelle du <i>post-partum</i>	O/N
Si oui, laquelle ?	

Données relatives au transfert de l'enfant	
Motif de transfert	
La mère a pu voir le nouveau-né au moins une fois avant le départ	O/N
Objet transitionnel laissé à l'enfant	O/N
Si oui, lequel ?	

Type de transport	
Date et heure du départ de l'enfant	
Délai naissance – départ de l'enfant (en heures)	
Service receveur	
Date et heure d'admission de l'enfant dans le service	
Durée de séjour de l'enfant dans le service	
Décès de l'enfant	O/N

<b>Données relatives au transfert maternel</b>	
Photos ou vidéos de l'enfant laissées à la mère	O/N
Proposition de RME faite à la mère	O/N
Proposition de RME faite avant le transfert de l'enfant	O/N
Personne à l'initiative de la proposition de RME (sage-femme, pédiatre, puéricultrice, etc.)	
Si refus maternel : motif	
Date et heure d'arrivée de la mère dans le service de suites de naissance du CHU	
Date et heure d'arrivée de la mère dans le service de néonatalogie	
Délai entre l'arrivée de la mère dans le service de suites de naissance du CHU et l'arrivée auprès de l'enfant en néonatalogie (en heures)	
La mère est allée voir son enfant en néonatalogie directement à son arrivée	O/N
Délai de RME (en heures) = (date et heure d'arrivée de la mère en néonatalogie) – (date et heure du départ de l'enfant de la maternité de naissance)	
Jugement de la mère quant au délai de RME	Court / Raisonnable / Trop long
Éléments qui auraient permis d'améliorer l'attente pour la mère	
Taux d'occupation du service de suites de naissance le jour du TPN	

<b>Données relatives au père</b>	
Père rencontré par l'équipe du CHU sur le lieu de l'accouchement	O/N
Père présent dans le service avant le RME	O/N

## ANNEXE V. Questionnaire remis aux mères lors de l'étude

Bonjour,

Actuellement en dernière année à l'école de sages-femmes de Caen, je réalise mon mémoire de fin d'études. Celui-ci porte sur les délais de rapprochement mère-enfant (RME) vers le CHU de Caen lorsque le nouveau-né doit y être hospitalisé après sa naissance.

Dans le but de m'aider dans mes recherches, j'ai réalisé un questionnaire à destination des mères ayant pu bénéficier de ce rapprochement. Celui-ci est anonyme et les données recueillies ne serviront que pour cette étude.

Je vous remercie pour votre participation.

Mathilde Le Guen

3 premières lettres du nom de l'enfant :

3 premières lettres du prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

Question n°1 : Avez-vous pu voir votre enfant au moins une fois avant son départ ?

- Oui
- Non

Question n° 2 : Avant le transfert de votre enfant, avez-vous eu le temps de réaliser quelques photos ou vidéos de lui ?

- Oui
- Non

Question n°3 : Avant le transfert de votre enfant, avez-vous eu le temps de lui laisser un objet qu'il a pu emmener avec lui ? (Exemple : foulard ou T-shirt avec votre odeur, etc.). Si oui, lequel ?

- Oui
- Non
- Objet laissé : .....

Question n°4 :

En arrivant au CHU, avez-vous pu vous rendre directement dans le service de néonatalogie auprès de votre enfant ?

- Oui
- Non

A quelle date et à quelle heure êtes-vous arrivée dans le service de néonatalogie du CHU ?

...../...../.....h.....

A quelle date et à quelle heure êtes-vous arrivée dans votre chambre dans le service de suites de naissance du CHU ?

...../...../.....h.....

Question n°5 : Comment jugeriez-vous le délai entre le départ de votre enfant du lieu de l'accouchement et votre arrivée auprès de lui dans le service :

- Plutôt court
- Raisonnable
- Trop long

Question n°6 : Qui vous a proposé le rapprochement mère-enfant ?

- Pédiatre
- Obstétricien
- Sage-femme
- Puéricultrice
- Auxiliaire de puériculture
- Autres :

Question n°7 : Vous a-t-on proposé ce rapprochement avant ou après le départ de votre enfant ?

- Avant
- Après

Question n°8 : Quels sont les éléments, qui selon vous, auraient pu vous permettre d'améliorer cette attente ?

- Photos
- Vidéos
- Doudou
- Autres :

Question n°9 : Sur le lieu de l'accouchement, le père de l'enfant a-t-il pu rencontrer l'équipe du CHU prenant en charge votre enfant ?

- Oui
- Non

Question n°10 : A-t-il été possible pour lui de se rendre dans le service de néonatalogie du CHU de Caen avant votre transfert ?

- Oui
- Non



**Titre :** Les délais de Rapprochement Mère-Enfant, vers le CHU de Caen, au sein du réseau de périnatalité de Basse-Normandie

**Résumé :** L'objectif de cette étude pilote, prospective et monocentrique était d'évaluer le délai moyen de RME au sein du Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie et les facteurs l'influençant. Cette étude a été menée au CHU de Caen sur une période de six mois. Les motifs principaux de transferts néonataux étaient la détresse respiratoire et la prématurité. Le délai de RME considéré comme optimal a été arbitrairement fixé comme inférieur à 12 heures. Le délai moyen de RME retrouvé dans l'étude était de  $15,9 \pm 18,5$  heures, avec un délai médian de 11,9 heures. Les deux facteurs influençant significativement ce délai étaient la voie d'accouchement et le type de maternité. Afin d'améliorer l'interaction mère-enfant lors de ces RME, *a fortiori* lorsqu'ils sont prolongés, il semble important de proposer le RME plus précocement, d'utiliser les objets transitionnels tels que des photos et vidéos, de valoriser la place du père ainsi que d'optimiser l'information donnée aux parents.

**Mots clés :** lien mère-enfant, transfert post-natal, néonatalogie, rapprochement mère-enfant

---

**Title :** Periods of mother-infant reunion, toward the University Hospital in Caen, in Lower-Normandy's perinatal organization.

**Abstract :** The purpose of this prospective, single center, pilot study was to estimate the average time needed for the mother and child reunion, and its influencing factors, in the perinatal organization of Lower-Normandy. This study was conducted in the University Hospital in Caen over a 6 months period. The main transfers reasons were the respiratory distress and premature birth. The optimal period during which the mother should be reunited with her child, was arbitrarily set as lower than 12 hours. In the study, the average time was  $15,9 \pm 18,5$  hours, with a median period of 11,9 hours. The two factors which significantly influenced this period were the type of delivery and the type of maternity. In order to improve the mother-child interaction during this period, particularly when it is extended, it's necessary to precociously suggest the reunion, to use transitional objects (pictures, videos, etc.), to intensify the father's role, and to optimize the informations that are given to the parents.

**Keywords :** mother-child bonding, postnatal transfer, neonatology, mother-infant reunion