



**Visions croisées des professionnels quant à la séparation  
mère-enfant : mères en maternité / nouveau-nés en  
néonatalogie. Étude monocentrique prospective menée  
auprès de professionnels de santé d'une maternité de  
niveau IIB de la métropole Lilloise**

Pauline Decreus

► **To cite this version:**

Pauline Decreus. Visions croisées des professionnels quant à la séparation mère-enfant : mères en maternité / nouveau-nés en néonatalogie. Étude monocentrique prospective menée auprès de professionnels de santé d'une maternité de niveau IIB de la métropole Lilloise. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02170173

**HAL Id: dumas-02170173**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02170173>**

Submitted on 1 Jul 2019

**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 CATHOLIQUE DE LILLE**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE ET MAÏEUTIQUE**  
**FILIÈRE MAÏEUTIQUE**

**VISIONS CROISÉES DES PROFESSIONNELS QUANT À  
LA SÉPARATION MÈRE-ENFANT : MÈRES EN  
MATERNITÉ / NOUVEAU-NÉS EN NÉONATOLOGIE**

**Étude monocentrique prospective menée auprès de professionnels de santé d'une  
maternité de niveau IIB de la métropole Lilloise**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme  
Présenté et soutenu par  
Pauline DECREUS  
Sous la direction de  
Pr Marie-Laure CHARKALUK – PEDIATRE EPIDEMIOLOGISTE

**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017-2018**



**UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE ET MAÏEUTIQUE**  
**FILIÈRE MAÏEUTIQUE**

**VISIONS CROISÉES DES PROFESSIONNELS QUANT À  
LA SÉPARATION MÈRE-ENFANT : MÈRES EN  
MATERNITÉ / NOUVEAU-NÉS EN NÉONATOLOGIE**

**Étude monocentrique prospective menée auprès des professionnels de santé d'une  
maternité niveau IIB de la métropole Lilloise**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme  
Présenté et soutenu par  
Pauline DECREUS  
Sous la direction de  
Pr CHARKALUK Marie-Laure – PEDIATRE EPIDEMIOLOGISTE

**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017-2018**

## Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'intervention d'un grand nombre de personnes, je souhaite ici les remercier :

Merci à ma directrice de mémoire, le professeur **Marie-Laure CHARKALUK**, pédiatre-épidémiologiste et vice-doyenne de la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille, pour sa disponibilité, son investissement dans ce mémoire et ses encouragements ;

Merci à ma sage-femme enseignante référente, **Madame Anne-Sophie PIHEN**, pour son écoute, sa bienveillance et ses encouragements si précieux ;

Merci aux cadres pour l'autorisation de diffusion de mon questionnaire ainsi qu'aux professionnels y ayant répondu ;

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille, principalement à la filière maïeutique ainsi qu'à l'équipe administrative et plus particulièrement à Laurence pour son soutien tout au long de mes études ;

Merci à mes ami(e)s, de la faculté et de la promotion, plus particulièrement à Lisa, Cécile, Anna, Maeva, Sasha, François, Constance et Charlotte pour leur présence dans les bons comme dans les mauvais moments ;

Merci à ma famille, mon papa et ma maman, Thomas et Hugo, pour leur patience et leur soutien depuis toujours ;

Merci à Faustin, pour ses nombreuses relectures ainsi que pour son amour et son soutien au quotidien.

## **Table des matières**

<b>GLOSSAIRE</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
1. CONTEXTE	3
<b>MATERIEL ET METHODE</b>	<b>7</b>
1. TYPE D'ETUDE	7
2. TERRAIN DE L'ETUDE	7
3. POPULATION	7
4. CRITERES DE JUGEMENT	8
5. OUTIL ET MODE DE RECUEIL DES DONNEES	8
6. METHODE D'ANALYSE	9
7. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET AUTORISATIONS	9
<b>RESULTATS</b>	<b>10</b>
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION :	10
2. PERCEPTION ACTUELLE DES PROFESSIONNELS QUANT A LA PRESENCE DES MERES AUPRES DE LEUR NOUVEAU-NE	13
3. OBSTACLES POSSIBLES A LA PRESENCE DES MERES EN NEONATOLOGIE	17
4. FACTEURS FACILITANTS LA PRESENCE DES MERES EN NEONATOLOGIE	19
<b>ANALYSE ET DISCUSSION</b>	<b>20</b>
1. RESUME DES RESULTATS	20
2. ANALYSE CRITIQUE DE L'ETUDE	20
3. PRESENCE DES PARENTS DANS LES SERVICES DE NEONATOLOGIE	21
4. VERS DE NOUVEAUX SERVICES DE NEONATOLOGIE...	24
5. DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES RELEVES PAR LES PROFESSIONNELS	27
6. ET LA SUITE ?	30
<b>CONCLUSION</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>32</b>

## **Glossaire**

**APU** : Auxiliaire de Puériculture

**EFCNI** : European Foundation For the Care of Newborn Infants

**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat

**IHAB** : Initiative Hôpital Ami des Bébés

**NIDCAP** : Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

# **Introduction**

## **1. Contexte**

En France, environ 800 000 accouchements sont réalisés chaque année dans les 517 maternités recensées lors de l'enquête nationale périnatale de 2016. Parmi ces centres, 497 se trouvent en France métropolitaine et 20 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [1].

Selon les décrets périnatalité du 9 octobre 1998 qui ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, ces maternités sont réparties en trois niveaux. L'étude dans le cadre de ce mémoire a été réalisée dans une maternité de niveau IIB. Comme 17 % des maternités de ce niveau en France, elle possède un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, ce service de néonatalogie est composé d'une unité de soins continus et également d'une unité de soins intensifs. Dans ces services, les nouveau-nés qui sont hospitalisés reçoivent souvent des soins techniques mais réalisables par les parents conjointement aux soignants [2].

Parmi les 800 000 accouchements annuels en France, selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), environ 60 000 sont prématurés. On considère comme prématuré un nouveau-né naissant avant 37 semaines d'aménorrhée. Cette notion recouvre trois sous-catégories [3] :

- La prématurité extrême (<28 semaines d'aménorrhée)
- La grande prématurité (entre la 28<sup>ème</sup> et la 32<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée)
- La prématurité moyenne, voire tardive (entre la 32<sup>ème</sup> et la 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée)

Ces naissances prématurées peuvent engendrer une hospitalisation dans un service de néonatalogie. Le service d'étude appartenant à une maternité de niveau IIB, il accueille les nouveau-nés avec une grande et moyenne prématurité mais également tout nouveau-né ayant besoin de soins ou d'une prise en charge adaptée [4].

La naissance étant un moment privilégié pour la création du lien parents-enfant, l'ouverture des services de néonatalogie aux parents, mais aussi à la famille élargie ; la présence de psychologues ; la participation des parents aux soins de confort, notamment par le développement du peau à peau, sont des stratégies mises en place afin de soutenir et intégrer les parents dans la vie quotidienne des unités de néonatalogie. Tout ceci afin d'éviter que l'éloignement entre le nouveau-né et ses parents ne compromette pas, ou peu, ce lien si important [5].



Lors d'une naissance prématurée, les parents sont confrontés à différentes formes d'anxiété, selon Holditch-Davis, décrites au nombre de six : l'angoisse, la dépression, le stress, la colère mais également un sentiment de frustration et/ou de déception [6].

Ces différentes formes d'anxiété concernent les deux parents, mais vont s'extérioriser chez le père et chez la mère de façon différente. Elles ne vont pas se manifester en même temps mais toutes seront présentes à diverses étapes de la prise en charge [7]. Cela pourrait, en partie, expliquer les variations en termes de durée et de fréquence des visites des parents dans le service de néonatalogie.

Lors des premiers instants, la séparation entre la mère et l'enfant, même courte, peut être lourde de conséquences : selon Klaus et Kennel, il existe dans les premières heures suivant l'accouchement une "période sensible" qui est un état psycho-affectif particulier dans lequel le lien mère-enfant peut se créer de manière optimale [8].

Ainsi la France possède un peu plus de 50 % d'unités de néonatalogie autorisant la présence des parents 24 heures sur 24, sans aucune restriction., respectant ainsi la consigne de la Haute Autorité de Santé qu'« *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* » [9] [10].

Malgré cette amplitude horaire d'ouverture du service de néonatalogie, celui-ci peut représenter, pour les parents, un lieu de stress, de détresse provoquant un désir de fuite de ce lieu potentiellement anxiogène. Dans cette situation, les soignants vont expliquer à la mère combien il est important d'être auprès de son nouveau-né dans le service de néonatalogie et ce dès ses premiers instants de vie. Cela peut provoquer un sentiment de culpabilité intensifiant la fuite de la mère. Mais finalement, la priorité pour les soignants entourant ce couple mère-enfant, est de créer un climat de confiance et de développer des stratégies lui permettant de se sentir intégrée [11].

Pour favoriser l'aisance des équipes soignantes prenant en charge ce genre de situation de séparation précoce, des stratégies ont été mises en place tel que le label Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB). Ce label dont les premiers textes ont été écrits en 1992, et adaptés aux données scientifiques en 2009, repose sur trois principes fondamentaux :

*Trois principes de guidance des équipes (...) : une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels du nouveau-né et de sa mère/ un environnement et un accompagnement qui permettent aux parents de prendre totalement leur place dès la naissance/ un travail en équipe et en réseau qui permet d'assurer les soins en pré-péri-post natal” [12].*

Initialement, en France, ce label de prise en charge ne s'appliquait qu'aux maternités, donc aux enfants nés à terme et en bonne santé. Depuis 2009, il s'étend aux services « Pôle Femme-Mère-Enfant » et s'adresse ainsi à tous les nouveau-nés (y compris les nouveau-nés prématurés et/ou malades) et à leurs parents en service de maternité, de néonatalogie et de chirurgie néonatale.

Pour donner suite à cela nous pouvons estimer que la présence des mères est reconnue comme importante. On constate que cette présence devrait être simple grâce aux différentes stratégies citées ci-dessus mais on observe que ce n'est pas toujours le cas. En effet, d'après un mémoire de sage-femme, réalisé dans l'établissement d'étude en 2010, parmi les mères hospitalisées dans le service de maternité dont les nouveau-nés sont en néonatalogie, 44 % s'y rendent moins d'une heure par jour et 31 % moins d'une heure par nuit. De plus, un tiers des femmes ayant eu une césarienne ne se rendent auprès de leur enfant qu'à partir du deuxième jour après la naissance [13].

Les professionnels semblent être particulièrement bien placés pour indiquer les obstacles et facteurs incitant les mères à être auprès de leur nouveau-né. Mais nous observons aussi que les équipes de maternité et néonatalogie ont un manque de communication. D'où deux postulats importants :

- Les perceptions des professionnels de maternité et de néonatalogie pourraient être différentes
- L'intérêt de cumuler les suggestions des deux équipes concernant ce qui pourrait améliorer la présence des mères auprès de leur nouveau-né

Tout ceci nous a permis d'élaborer une problématique : **professionnels de santé de maternité et de néonatalogie : Quelles sont leurs perceptions quant à la présence des mères auprès de leur enfant durant leur séjour en maternité ?**

L'objectif principal de ce travail est de mettre en lumière, à travers les réponses des professionnels de santé, **les facteurs influençant la présence des mères auprès de leur nouveau-né hospitalisé en service de néonatalogie.**

Les objectifs secondaires sont d'identifier ce que les professionnels estiment être **des freins aux visites de la mère** et de cibler **ce qui pourrait être amélioré**, selon eux.

# **Matériel et méthode**

## **1. Type d'étude**

Pour permettre de répondre à cette problématique, nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles. Pour cela, nous avons mené une étude quali-quantitative, prospective et monocentrique.

## **2. Terrain de l'étude**

Cette étude a été menée dans le service de suites de couches et dans le service de néonatalogie (lui-même constitué de deux secteurs : les soins continus et les soins intensifs) d'une maternité de niveau IIB et qui est un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) de la métropole lilloise dans les Hauts-de-France.

Le pôle mère-enfant de cet hôpital a été labellisé Initiative Hôpital Amis des BébéS (IHAB) en 2014.

## **3. Population**

La population étudiée comprend toutes les catégories de professionnels intervenant auprès des nouveau-nés et des mères en suites de couches et en néonatalogie.

Population étudiée en suites de couches :

- Sages-femmes
- Auxiliaires de puériculture (APU)
- Infirmières (IDE)

Population étudiée en néonatalogie :

- Infirmières (IDE)
- Puéricultrices
- Auxiliaires de puériculture (APU)

## 4. Critères de jugement

Les données ont été recueillies par un auto-questionnaire à destination de ces professionnels, qui comportait quatre parties et distinguaient les différentes approches suivantes :

- **Perception actuelle des professionnels quant à la présence des mères auprès de leur nouveau-né** : temps passé en néonatalogie par les mères, souhait des mères de passer davantage de temps auprès de leur nouveau-né, influence de ce temps passé sur le comportement des mères, avantages et inconvénients de la présence des mères auprès de leur nouveau-né pour celui-ci, freins ou aisance à la mise en place d'un allaitement maternel par les professionnels de santé ;
- **Freins à la présence des mères auprès de leur nouveau-né** : présence, types de freins, idées concernant l'amélioration de ces obstacles ;
- **Facteurs facilitants la présence des mères auprès de leur nouveau-né** : présence de facteurs facilitants ou non, facteurs facilitants pouvant être améliorés, avis sur les chambres mères-enfants existants dans d'autres établissements ;
- **Caractéristiques du professionnel** : profession (sage-femme, auxiliaire de puériculture, infirmière, puéricultrice), lieu d'exercice (suite de couches/néonatalogie), type de poste (jour, nuit, alternance jour/nuit), années d'expérience, expériences personnelles de nouveau-né hospitalisé en néonatalogie.

## 5. Outil et mode de recueil des données

Questionnaire (ANNEXE I) individuel et anonyme à destination de la population ciblée par l'étude.

Dans le service de suites de couches, les questionnaires étaient déposés en accès libre directement dans le service pour les professionnels. Dans le service de néonatalogie, ceux-ci étaient remis à la cadre du service qui se chargeait de les répartir en soins intensifs et en soins continus.

Chaque questionnaire récupéré a été retranscrit sur le logiciel Microsoft Excel pour les réponses aux questions fermées et semi-ouvertes et sur le logiciel Microsoft Word pour les réponses aux questions ouvertes.

## **6. Méthode d'analyse**

L'analyse des réponses aux questions ouvertes s'est faite par une analyse thématique de contenu [14]. Pour les questions fermées, les variables quantitatives ont été exprimées soit par la moyenne soit par une analyse descriptive des données.

## **7. Considérations éthiques et autorisations**

L'étude a pu débuter à la suite de l'obtention de l'avis favorable de la Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la Faculté de médecine et de Maïeutique de Lille s'étant réunie le 30 mai 2017 (ANNEXE II).

Le protocole de recherche ainsi que le questionnaire ont été approuvés par le correspondant informatique et liberté (CIL) de l'Université Catholique de Lille et jugés conformes à la méthodologie de référence MR-003.

À la suite de cette autorisation, les cadres responsables des services utiles à l'étude (le service de suites de couches et celui de néonatalogie) ont été contactées par mail afin de leur présenter l'étude et ont donné leur accord.

## Résultats

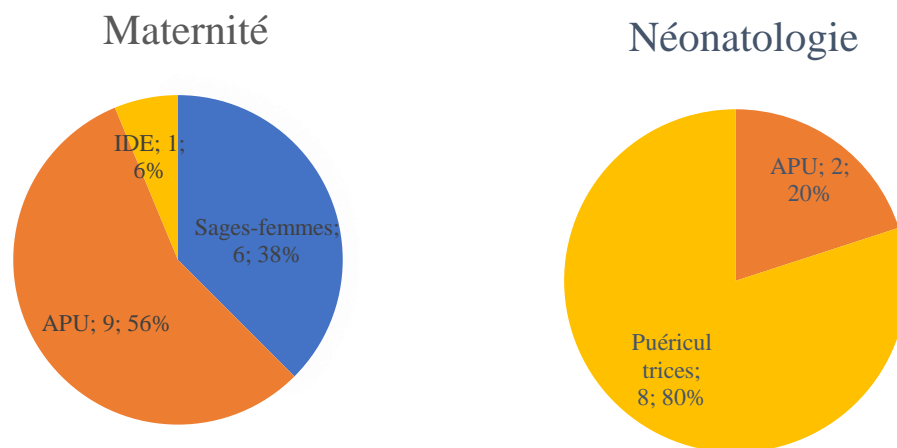
Afin de réaliser cette étude, 30 questionnaires ont été déposés dans le service de maternité et 30 questionnaires ont été déposés à la cadre du service de néonatalogie.

Les réponses ont été collectées entre le 24 septembre et le 25 octobre 2017. Au total, 26 questionnaires ont été récupérés (taux de réponse de 43%) respectivement 16 dans le service de maternité et 10 dans le service de néonatalogie.

Concernant notre échantillon : **N** représente l'effectif total soit l'ensemble des questionnaires exploitables. Dans notre étude,  $N = 26$ .

L'abréviation « **P** » sera utilisée pour évoquer la partie du questionnaire et « **Q** » sera utilisée pour évoquer les questions de l'enquête (par exemple : P2Q1 : partie 2 question 1 du questionnaire).

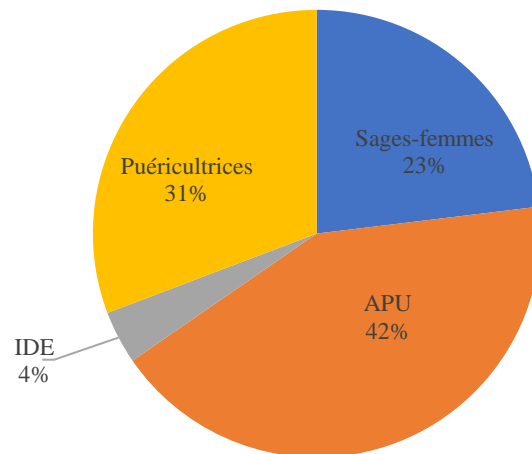
### **1. Description de la population :**



**Figure 1 : répartition des réponses aux questionnaires selon les professions et le service**

Dans la figure 1, en maternité, la majorité des réponses aux questionnaires vient des auxiliaires de puériculture (56%), alors qu'en néonatalogie ce sont les puéricultrices qui ont répondu majoritairement (80%).

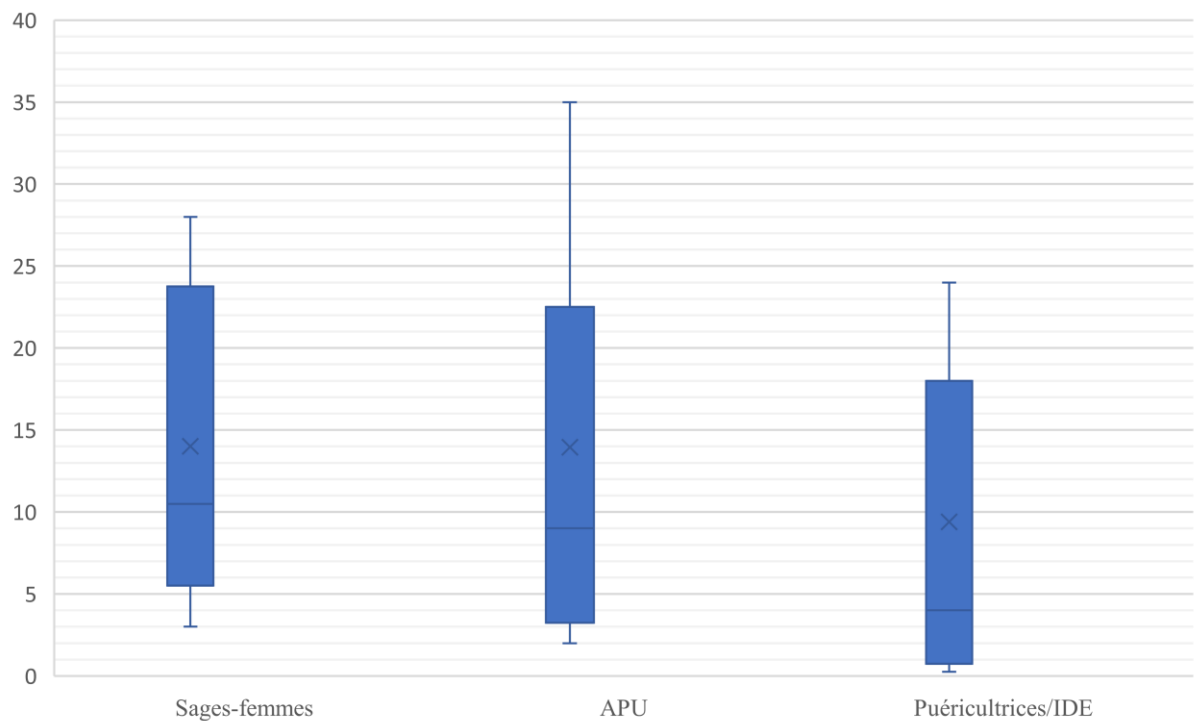
## Maternité et Néonatalogie



**Figure 2 : répartition des réponses aux questionnaires selon les professions**

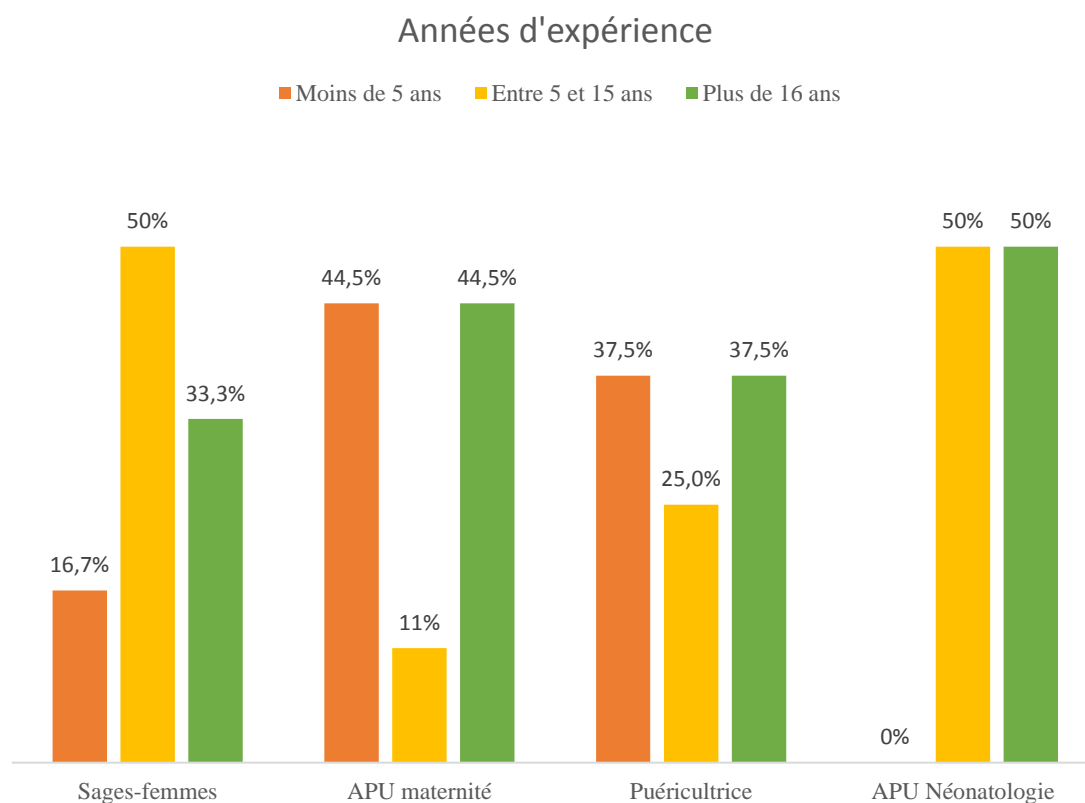
Sur l'ensemble des questionnaires, si l'on réunit les deux services, on remarque que ce sont principalement les auxiliaires de puériculture qui ont répondu (42%).

## Années d'expérience



**Figure 3 : répartition des professionnels selon leur nombre d'années d'expérience**





**Figure 4 : Répartition des professionnels selon leur nombre d'années d'expérience**

En maternité, la moyenne du nombre d'années exercées pour tous les professionnels confondus est de 13 ans et 6 mois (de 3 mois à 35 ans), en néonatalogie celle-ci est de 11 ans et 6 mois (de 9 mois à 24 ans).

On constate que, la majorité des sages-femmes ayant participé à l'étude ont entre 5 et 15 ans d'expérience professionnelle. Et que les auxiliaires de puériculture de maternité ont principalement soit moins de 5 ans soit plus de 16 ans d'expérience.

Concernant le service de néonatalogie, les puéricultrices sont représentées dans toutes les tranches d'âge. Enfin les auxiliaires de puériculture de ce service ont toutes plus de 5 ans d'expérience.

Dans le questionnaire, nous interrogeons les participants sur le fait qu'ils aient été confrontés, ou non, à la situation d'un enfant hospitalisé en néonatalogie (personnellement ou via un proche), la réponse est « non » pour 77 % d'entre eux.

## **2. Perception actuelle des professionnels quant à la présence des mères auprès de leur nouveau-né**

Selon les professionnels de maternité, les mères passent entre 2 et 12 heures auprès de leur nouveau-né avec une moyenne de 7 heures et 55 minutes, alors que pour ceux de néonatalogie elles passent entre 3 et 6 heures avec une moyenne à 4 heures et 30 minutes par jour.

« A votre avis, les mères souhaiteraient passer auprès de leur nouveau-né : ? »

**Tableau I : temps que les mères souhaiteraient passer auprès de leur nouveau-né selon les professionnels de maternité**

	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Beaucoup plus de temps</b>	<b>5</b>	<b>31%</b>
<b>Plus de temps</b>	<b>8</b>	<b>50%</b>
<b>Autant de temps</b>	<b>3</b>	<b>19%</b>
<b>Moins de temps</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

**Tableau II : temps que les mères aimeraient passer auprès de leur nouveau-né selon les professionnels de néonatalogie**

	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Beaucoup plus de temps</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
<b>Plus de temps</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>
<b>Autant de temps</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
<b>Moins de temps</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

Pour cette question, plusieurs observations ressortent :

- Pour **30,7 % des professionnels de maternité et de néonatalogie les mères aimeraient passer « beaucoup plus de temps »** auprès de leur nouveau-né et pour 46,1% elles souhaiteraient passer « plus de temps ».
- **23 % des professionnels pensent que le temps passé en néonatalogie par la mère auprès de son nouveau-né est suffisant** pour celle-ci.
- Aucun professionnel ne pense que les mères souhaiteraient y passer moins de temps.

À la suite de cela, les professionnels étaient interrogés sur le fait qu'à la suite des visites des mères dans le service de néonatalogie le comportement de celle-ci peut, ou non, être différent :

- Pour 100 % des professionnels de néonatalogie la réponse « oui », elle serait pour 50 % d'entre eux « très bénéfique ».
- Pour les professionnels de maternité, la réponse est « oui » à 68 %, et pour plus de la majorité d'entre eux cela serait « très bénéfique » (62 %).

À la suite de la question sur le comportement de la mère, nous interrogeons sur le comportement du nouveau-né par la question : « Pensez-vous que le temps que la mère passe auprès de son nouveau-né est pour celui-ci ». Les réponses sont identiques à la question concernant la mère.

#### Avantages de la présence de la mère auprès de son nouveau-né

Pour évaluer quels sont les avantages, selon les professionnels, de la présence de la mère auprès de son nouveau-né, les questions étaient ouvertes et les professionnels devaient formuler leurs réponses concernant la mère, le nouveau-né et enfin pour les soignants eux-mêmes.

- Pour la mère :
  - **Allaitement maternel** : « meilleur allaitement maternel » ; « montée de lait plus rapide et plus importante » ; « plus d'ocytocine donc meilleure montée de lait » ; « stimulation lactation plus importante »
  - **Lien mère-enfant** : « développe liens d'attachement » ; « création lien mère-enfant » ; « faire connaissance avec son bébé » ; « peau à peau »
  - **Education** : « apprentissage des rythmes » ; « autonomie dans les soins » ; « changer, nourrir, s'occuper de son bébé »
  - **Bien-être maternel** : « bonheur » ; « joie » ; « se sentir mère » ; « réassurance » ; « diminution du stress » ; « remonte son moral » ; « diminue baby-blues »

- Pour le nouveau-né :

Le peau à peau est cité dans 70 % des questionnaires, on peut également regrouper les différentes réponses selon des thèmes :

- **Etat général** : « *meilleurs paramètres vitaux* » ; « *prise de poids plus rapide* » ; « *soins plus efficace* » ; « *favorise son développement sensoriel et moteur* » ; « *moins d'apnée, meilleure digestion* » ; « *meilleur état cardio-respiratoire* » ; « *meilleur état clinique* »
- **Alimentation** : « *mise au sein quand cela est possible* » ; « *meilleure alimentation et donc prise de poids* » ; « *apprentissage succion au sein* »
- **Bien-être** : « *rassuré par l'odeur et la voix* » ; « *plus serein* » ; « *calmé et sécurisé* » ; « *lien affectif émotionnel qui rassure le nouveau-né* » ; « *moins d'anxiété* »

- Pour les soignants :

**La majorité (57%) des professionnels de santé de maternité estiment que les bienfaits sont :** « *moins stressés* » ; « *patientes moins inquiètes* » ; « *meilleure connaissance de l'état de l'enfant pour pouvoir reformuler aux parents* » ; « *voir une bonne relation mère-enfant s'installer* ». **Les 43 % restant estiment qu'il n'y a aucun avantage pour eux.**

Pour tous les professionnels de néonatalogie ayant répondu au questionnaire il y a de nombreux avantages tels que : « *comprendre l'histoire du nouveau-né pour mieux le prendre en charge* » ; « *accompagnement positif des mères* » ; « *retour positif sur notre travail* » ; « *relation privilégiée avec les mamans toujours présentes* » ; « *se servir des parents pour réassurer le nouveau-né lors des soins* ».

#### Inconvénients de la présence de la mère auprès de son nouveau-né

De même que pour les avantages, les professionnels devaient répondre à trois questions qui distinguaient une partie sur le versant maternel, une autre sur le nouveau-né et enfin une sur les soignants.

- Pour la mère :

- En maternité, pour 13 des professionnels (81 %) il n'y a aucun inconvénient, pour les 3 restant on peut relever « *moins disponible pour la fratrie* » ; « *source de stress* » ; « *douleurs dues à l'accouchement* ».

- En néonatalogie, pour 7 professionnels sur 10 il n'y aucun inconvénient, pour les 3 autres on note « *si fratrie, moins disponible* » ; « *si bébé instable inquiétude* » ; « *difficile de se sentir intégrée et à l'aise dans univers hyper médicalisé* ».
- Pour le nouveau-né :
  - En maternité, presque tous les professionnels estiment qu'il n'y en a pas, un seul a indiqué « *difficile quand départ de la mère* »
  - Pour les soignants de néonatalogie, il n'y en a aucun, que les parents apprennent les bons gestes et qu'ils viennent aux moments les plus importants pour le nouveau-né (heure de repas, de soins, de nursing...)
- Pour les soignants :
  - En **maternité** le seul inconvénient cité est le fait que si la mère n'est pas dans le service cela **rend plus complexe la réalisation de ses soins et/ou examens**.
  - En **néonatalogie** on relève : « *surveillance plus compliquée/mères n'écoutent pas toujours* » ; « *demande plus de temps : encadrement/explications* » ; « *engendre parfois du stress* » ; « *ralentissement du travail mais pour la bonne cause* »

#### Mise en place d'un allaitement maternel et séparation mère-enfant

Deux questions concernaient la mise en place d'un allaitement maternel lors d'une séparation précoce de la mère et de son enfant : la première question concernait les freins possibles et la seconde s'intéressait à l'aisance du soignant face à ce genre de situation.

Les obstacles décrits par les professionnels de maternité sont, **soit d'ordre matériel** lié principalement à la disponibilité d'un tire-lait dans le service au moment voulu, **soit d'ordre organisationnel** comme le besoin d'une tierce personne pour acheminer le lait tiré en néonatalogie (quand la mère n'est pas en capacité de se déplacer seule).

En voici quelques exemples : « *manque de coordination parfois entre les services* », les « *discours différents d'une personne à une autre* ». Enfin on relève : « *fatigue physique et émotionnelle* » ; « *manque de stimulation régulière* » ; « *oublie par les patientes de tirer leur lait* ».

On retrouve en néonatalogie presque les mêmes obstacles que ceux décrits par les professionnels de maternité : « *différences de discours entre maternité et néonatalogie/formation différente entre les 2 services/absence de la mère 24 heures sur 24 auprès de son nouveau-né* » ; « *si la mère est beaucoup en maternité et si pas d'expression manuelle ou utilisation tire-lait non montrée ou encore si la mère ne vient pas au moment de l'alimentation* ».

La question concernant leur aisance était : « Vous sentez-vous à l'aise dans la mise en place de l'allaitement dans ces circonstances ? »

**80% des professionnels de néonatalogie se sentent à l'aise** et évoquent la présence d'une **conseillère en lactation** comme une aide précieuse. Un des professionnels s'estime être à l'aise mais avec une progression possible. Deux d'entre eux ont répondu « non » car « *difficile de respecter allaitement à la demande, hésite à appeler la mère en pleine nuit car doit se reposer* ».

Pour les professionnels de maternité les réponses sont un peu plus nuancées, pour 69 % d'entre eux la réponse est « oui » avec des précisions telles que « *proposition tire-lait* » ; « *explication expression manuelle* » ; « *sauf si pronostic vital du nouveau-né engagé* ». Concernant les soignants exerçant en maternité et ayant répondu ne pas se sentir à l'aise ils expliquent : « *parfois mauvaise coordination entre les 2 services* » ; « *moins que quand mère auprès de son bébé* » ; « *difficile car mère peu en maternité* » ; « *fait de tirer son lait parfois mal vécu* ».

### **3. Obstacles possibles à la présence des mères en néonatalogie**

La première question permettait de connaître l'avis des professionnels quant à d'éventuels freins à la présence des mères auprès de leur enfant (existence de freins et si oui, lesquels ?).

62,5 % des professionnels de maternité estiment qu'il existe des éléments qui peuvent entraver les visites des mères contre 80% des professionnels de néonatalogie.

Les professionnels ayant répondu positivement à la première partie de la question étaient invités à préciser leur réponse selon plusieurs catégories : Condition de transport, quantité de soin en maternité, quantité de soin en néonatalogie, disponibilité des professionnels et autres.

**Tableau III : Freins à la présence des mères auprès de leur nouveau-né selon les professionnels interrogés**

	<b>Types de réponses</b>
<b>Condition de transport</b>	Disponibilité des brancardiers Immobilité des patientes Lit ne rentrant pas dans les chambres de néonatalogie Besoins de personnel pour brancarder
<b>Quantité de soin en maternité</b>	Soins à heures fixes ou urgents Nombreux soins
<b>Quantité de soin en néonatalogie</b>	Soins invasifs Quantité de soins importante
<b>Disponibilité des professionnels</b>	Temps de transmissions Manque de temps pour accompagner la patiente Manque de disponibilité
<b>Autres</b>	Nombreuses visites en maternité ne permettant pas à la mère d'aller en maternité Manque chambre mère-enfant Horaires des repas en maternité

La suite du questionnaire est une question ouverte sur les améliorations qui pourraient être apportées et comment les mettre en place pour permettre aux mères de se rendre plus fréquemment auprès de leur enfant.

Les réponses en **maternité** sont diverses, mais pour 37,5 % (soit 6) des professionnels ils proposent la présence d'une caméra dans le service de néonatalogie pour que les parents voient leur enfant 24 heures sur 24 même quand les déplacements pour la mère sont limités. Ils proposent aussi : « *regroupement des deux services/services sur le même étage/meilleure coordination entre les deux services* » ; « *petit déjeuner en libre-service : plus flexible* » ; « *APU faisant le lien entre les deux services* » ; « *plus de chambre mère-enfant* » ; « *chambre mère-enfant dès J0* ».

Globalement les réponses des professionnels de néonatalogie sont les mêmes, le tire-lait revient à de nombreuses reprises, la coordination des deux services est une réponse récurrente. Par contre il ne cite à aucune reprise la caméra contrairement au service de maternité. Voici quelques réponses : « *utilisation tire-lait moins efficace* » ; « *explication expression tardive en maternité/maman ne descend pas beaucoup/maman tire peu son lait à côté de lui* » ; « *si pas d'expression manuelle ou utilisation tire-lait non montrée ou si mère ne vient pas au moment de l'alimentation* » ; « *distance maternité/néonatalogie/pas les mêmes tire-lait/location parfois tardive du tire-lait* » ; « *formation différente entre les 2 services* ».

#### 4. Facteurs facilitants la présence des mères en néonatalogie

Les facteurs facilitants la présence des mères auprès de leur nouveau-né, cités par les professionnels, sont diverses : « *proposer quelques nuits en soins intensifs/ plus de chambre mère-enfant et proposé plus tôt* » ; « *chambre koala en maternité* » ; « *mobilité puéricultrice en maternité/sage-femme en néonatalogie* » ; « *repas possible en néonatalogie/grouper visite le matin* ».

La question suivante portait sur la connaissance par les professionnels des aménagements qui existent dans d'autres établissements : « Dans d'autres établissements, il existe des chambres permettant l'hospitalisation conjointe de la mère et de son enfant. Ainsi, la mère séjourne dès J0 dans la chambre de son nouveau-né et des soins lui sont délivrés par la sage-femme sur place. Connaissez-vous et qu'en pensez-vous ? »

En maternité, 37,5 % des professionnels ne connaissent pas, mais ils estiment cela : « *que bénéfique* » ; « *excellente idée* ». Les autres professionnels connaissant le concept associent comme commentaire : « *très bien* » ; « *excellent* » ; « *évite angoisse des parents* ».

En néonatalogie, seuls deux professionnels ne connaissent pas ce type d'hospitalisation. Les réponses des autres sont : « *implication de la mère a 100%/meilleure communication sage-femme et puéricultrice* » ; « *très bénéfique pour le couple mère-enfant* » ; « *surveillance plus simple car sage-femme présente* ».



# **Analyse et discussion**

## **1. Résumé des résultats**

Les résultats ainsi obtenus nous permettent de retenir trois axes principaux. Le premier réside dans l'idée partagée par les professionnels de maternité et de néonatalogie : selon eux, les mères ont un intérêt certain à passer le plus de temps possible avec leur nouveau-né. Les deux autres axes sont au contraire des divergences d'opinion entre les deux services : le temps estimé que passent les mères auprès de leur nouveau-né, ainsi que les obstacles à leur présence dans le service de néonatalogie

## **2. Analyse critique de l'étude**

### **a) Limites et forces de l'étude**

Nous pouvons tout d'abord évoquer le manque de puissance de l'étude par le nombre le nombre de questionnaires ( $N = 26$ ), ceci s'explique principalement par le fait que les professionnels sont sollicités par d'autres études et ne peuvent donner satisfaction à tout le monde.

On peut ensuite parler de biais de sélection, car l'étude est monocentrique, cependant cela peut également apparaître comme une force pour l'établissement d'étude, parce que cela donne des bases et des pistes de réflexions réelles pour avancer dans ce centre.

Ensuite, l'étude a été réalisée sous la forme de questionnaires. Ceux-ci peuvent constituer une limite car ce format limite le nombre de réponses des professionnels et est soumis à la compréhension personnelle de chacun. Néanmoins, ils constituent une force car ils permettent de s'affranchir d'un biais de mémorisation et de préserver l'anonymat des professionnels. C'est pourquoi de nombreuses questions sont ouvertes, permettant aux professionnels de s'exprimer librement.

A propos des points faibles, on peut relever deux questions interprétées différemment selon les professionnels :

- « D'après vous, actuellement, combien de temps passent les mères auprès de leur nouveau-né en néonatalogie (par jour) ? (Quand celles-ci sont hospitalisées en suite de naissance » (question 1 partie 1) à posteriori on constate qu'une question ouverte aurait été plus appropriée. Certaines réponses comportent une annotation et sont ininterprétables.

- « Depuis combien d'années exercez-vous ? » (question 3 partie 4), la réponse attendue était le nombre d'année exercées au sein de l'hôpital d'étude, or, la question ne le précisant pas, les professionnels ont, a priori, exprimé le nombre d'années d'exercice de leur métier depuis leur diplôme.

Enfin cette étude peut être qualifiée d'étude « originale », puisque peu d'études semblables existent.

### **3. Présence des parents dans les services de néonatalogie**

De nombreuses études révèlent une grande disparité de prise en charge des nouveau-nés prématurés en France et en Europe, concernant l'accès des parents aux services et leur accompagnement dans les soins. L'ouverture des services aux parents 24 heures sur 24 peut être pris comme exemple, c'est effectivement un prérequis à la présence optimale des parents dans le service de néonatalogie, leur permettant de se rendre auprès de leur enfant quel que soit leur emploi du temps. Concernant ce paramètre, une étude réalisée en 2005 [10] a démontré qu'en France elle n'est que de 50 %. Dans notre étude, on constate que les professionnels des services de maternité et de néonatalogie estiment que les parents aimeraient passer beaucoup plus ou plus de temps auprès de leur nouveau-né. On constate, au travers de multiples études, que la fréquence et la durée des visites sont influencées par l'ouverture des services de néonatalogie 24 heures sur 24 mais que ce n'est pas l'unique paramètre d'influence.

#### **a) L'accueil des parents dans le service de néonatalogie**

Ces paramètres sont, par exemple, le fait que les parents soient accueillis positivement dans le service de néonatalogie, que les soignants prennent le temps de leur expliquer le matériel, qu'on leur apprenne ce qu'ils ont la possibilité de faire auprès de leur nouveau-né. Concernant notre étude, ces paramètres sont cités à de nombreuses reprises par les professionnels, on les retrouve également dans la littérature.

Concernant l'accueil positif des parents, cela signifie qu'ils ne doivent pas être perçus comme de simples visiteurs, mais comme des acteurs du service, presque autant que le nouveau-né. Pour des professions tels que sage-femme, auxiliaire de puériculture, ou encore puéricultrice, nous devons nous efforcer de toujours prendre en charge le couple mère-enfant, même lors d'une séparation.

Lorsque des parents arrivent pour la première fois dans un service de néonatalogie (d'autant plus en soins intensifs), les environs peuvent être très impressionnants. Il paraît donc capital de leur expliquer l'utilité de tout ce matériel médical entourant leur enfant, si petit face à

tous ces tubes, machines, lumières ou encore alarmes qui peuvent être bouleversants au départ. [15]

Il apparaît également cohérent de leur expliquer le ou les rôles des différents appareils médicaux en veillant à ne pas les inquiéter davantage en apportant trop de détails. L'European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI), association européenne des parents d'enfants prématurés aborde ce sujet, le rôle de l'incubateur, des alarmes, des électrodes, les perfusions ou encore des cathéters sont expliqués avec des termes non scientifiques et simples permettant aux parents de comprendre l'importance et donc de se familiariser avec cet environnement. La présence et la fonction d'un cathéter ombilical sont ainsi expliquées : « *Un cathéter ombilical est un tube mince, qui est inséré dans l'un des vaisseaux du cordon ombilical du bébé. Grâce à ce cathéter, il est possible de prélever du sang sans douleur et d'administrer des médicaments, des liquides et des nutriments.* » (traduit de l'anglais) [16]

#### b) Rôle éducatif des professionnels de néonatalogie

Dans les suites d'un accueil positif des parents dans le service, l'important va être de leur apprendre des gestes leur permettant d'être totalement impliqués dans leur rôle de parents.

Les résultats de notre étude nous ont permis de constater que les professionnels de néonatalogie apprécient la présence des mères auprès de leur nouveau-né, car cela permet aux professionnels de se sentir valorisés dans leur rôle éducatif.

Lié à cela, dans notre étude, on remarque une différence de discours entre les professionnels de maternité et de néonatalogie. Les soignants du service de maternité relèvent peu ce rôle éducatif, exerçant auprès de couples mères-enfants non séparés, auprès de nouveau-né à terme et en bonne santé. En effet, le fait d'aider une mère à changer son enfant ou encore de lui apprendre à le rassurer peut sembler évident.

Dans un service de néonatalogie, la notion de « prendre soin » est fondamentale, cela diffère de « donner des soins » qui relève alors des soins médicaux réalisés par l'équipe médicale. La mère peut assister à ces soins médicaux et même parfois aider la puéricultrice, elle pourra faire du peau à peau, faire téter son enfant pour diminuer la sensation douloureuse lors d'un soin, on appelle cela « prendre soin ». [5]

Les professionnels des deux services relèvent, à de nombreuses reprises, le peau à peau mais apparaissent également les changes ou encore les mises au sein. Les soignants de néonatalogie ont un rôle primordial dans l'éducation des parents, ils doivent notamment apprendre aux parents à changer une couche, à donner le bain à leur enfant. Ces gestes sont appris progressivement par les parents, leur apprentissage se fait par étapes. Avant de changer une couche, les parents doivent apprendre à toucher leur enfant, les professionnels de santé peuvent leur expliquer comment le toucher de manière confortable. Les mains doivent toujours être propres et chaudes. Les parents peuvent commencer par lui donner leur doigt, ou lui couvrir les pieds, le corps ou la tête avec les mains. Ensuite, quand les parents se sentent à l'aise, les professionnels vont leur expliquer les étapes du change, jusqu'à ce que les parents puissent prendre en charge leur enfant dans la mesure de leurs possibilités. Les professionnels et les parents forment alors une équipe. [15]

### c) Le peau à peau

Le peau à peau est cité à de nombreuses reprises dans nos résultats et cela rejoint les études sur ce sujet. Les études montrent que le nouveau-né, même de faible poids lorsqu'il est en peau à peau diminue son niveau d'activité (moindre consommation d'énergie), augmente la part de sommeil calme et celle d'éveil calme (éveil propice aux apprentissages et aux interactions) et diminue la part de sommeil agité. Il permet également de renforcer les liens d'attachement car c'est un moyen privilégié permettant de donner leur place aux parents, de soutenir la construction du lien parent-prématuré. De plus celui-ci va encourager un dialogue entre les parents, leur enfant et l'équipe soignante. C'est aux professionnels d'accompagner les parents et de créer l'espace adéquat afin qu'ils puissent prendre leur enfant en peau à peau et établir ce lien indispensable. [17]. A ce propos, la transition incubateur - peau à peau est un moment déstabilisant pour l'enfant et une mauvaise installation en peau à peau peut-être au contraire délétère, d'où l'importance du professionnel de santé à ce moment précis.

Pour donner suite à cela, il est relevé dans les questionnaires que l'allaitement maternel mais également les visites des parents peuvent être conditionnés par le pronostic de santé de l'enfant. Différents travaux montrent que lorsque le pronostic vital d'un enfant est engagé ses parents vont parfois éviter le service. Dans certains questionnaires, les professionnels évoquent le fait que l'accompagnement des parents dont le pronostic vital de l'enfant est engagé est plus compliqué. On explique cela par le fait que les parents vont fuir et éviter le service de néonatalogie, car nous sommes programmés pour fuir toute source de danger. Cela peut paraître étonnant, mais cela s'explique de différentes manières : soit parce qu'ils ne veulent pas s'attacher à un enfant dont la vie est incertaine soit parce qu'ils se sentent démunie et impuissant. En effet, se rendre en auprès de leur enfant et ne pouvoir pas agir pour qu'il reste en vie peut être

traumatisant. Ce sont des mécanismes de défense. Néanmoins, dans notre étude, les professionnels évoquent peu cela, l'étude se déroulant dans une maternité de niveau IIB cela reste relativement rare, car les nouveau-nés en danger vital seront transféré dans un service de réanimation. Malgré tout, lorsque la situation se présente, c'est le plus souvent dans les cas de limitation des soins, à la suite d'un projet élaboré en anténatal. [18]

Notons qu'un nouveau-né peu parfois ne pas être en danger selon les professionnels mais perçut comme tel par ses parents.

#### **4. Vers de nouveaux services de néonatalogie...**

Dans notre étude, nous demandons aux professionnels les bénéfices qu'apporte la présence des mères auprès de leur enfant. Nous questionnons sur les bénéfices pour la mère mais également pour le nouveau-né. Nous nous permettons de préciser cela car avant les années 1970, pour de nombreux auteurs et psychanalystes tels que Mahler, Spitz, Greenacre ou encore Freud, le nouveau-né n'est qu'à un stade indifférencié et ne s'individualise qu'à partir de trois mois.

Ce n'est qu'à partir des années 1980, principalement grâce au pédiatre américain Brazelton par son analyse du comportement humain (l'éthologie), qu'apparaît le développement de nombreuses recherches sur les interactions précoces. Elles insistent principalement sur la réciprocité qu'existe d'emblée au sein de la dyade mère-bébé [19]. Avant les années 1970, on se centrait davantage sur l'enfant et non sur la mère. Les recherches qui décrivent les interactions entre le nouveau-né et sa mère diffèrent : ce n'est plus seulement le nouveau-né qui se construit grâce à sa mère, celle-ci devient aussi mère grâce à son enfant [20]

Tout ceci forme une dyade mère-enfant autour duquel gravitent la sage-femme, la puéricultrice, l'auxiliaire de puériculture, le pédiatre... dont le rôle principal est que ce couple fonctionne et surtout lors d'une séparation précoce. Pour ce faire, depuis quelques années on constate la mise en place d'un ensemble de stratégies environnementales et comportementales telles que le NIDCAP, l'IHAB et les soins centrés sur la famille.

##### **a) NIDCAP**

Le Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program est un programme de soins destiné aux nouveau-nés prématurés développé par Heidelise Als de l'université de Harvard aux Etats-Unis dans les années 1990. Son but est d'optimiser le développement neuro comportemental des enfants nés trop tôt en réduisant le stress, en répondant à ses besoins spécifiques et toujours en collaboration avec sa famille. Il s'appuie sur des

connaissances provenant de plusieurs domaines scientifiques, en particulier les neurosciences, la psychologie développementale (concept de l'attachement) et l'éthologie [21].

Heidelise Als grâce à différentes échelles décrit deux comportements antagonistes : l'approche et le retrait. Le développement optimal est marqué par une intégration harmonieuse de ces deux comportements. Les nouveau-nés prématurés utilisent des stratégies d'autorégulation pour faire face aux différentes stimulations, lorsque leur seuil de désorganisation est atteint, ils nécessitent une aide, idéalement apportée par les parents. On s'aperçoit qu'apporter une aide à son enfant lui permettant de se développer participe à la construction personnelle du parent : c'est pourquoi Heidelise Als parle de « corégulation ».

Il est donc fondamental pour les soignants de permettre aux parents d'aider leur enfant né prématurément et cela fait partie des principes de base du NIDCAP, voici ceux liés aux parents et aux soignants :

- *L'environnement du service doit favoriser le développement émotionnel de l'enfant et de ses parents dans cette période très particulière de bonding et d'attachement*
- *La prise en charge doit se focaliser aussi sur les besoins des parents en tenant compte de leurs forces et leurs difficultés (individualisation)*
- *Les soins doivent être réalisés, dès que possible, par les parents, co-régulateurs essentiels de leur enfant, avec un soutien adapté de la part de l'équipe. [22]*

#### b) IHAB

L'initiative Hôpital Ami des Bébé a été lancée par l'UNICEF et l'OMS en 1992, avec de nombreuses mises à jour, selon les données scientifiques, la dernière est celle de décembre 2017 à la suite des nouvelles recommandations de la HAS concernant l'accouchement normal.

Ce label est destiné aux professionnels de santé des services de maternité et de néonatalogie (publics ou privés). C'est un projet de service qui améliore l'accueil des nouveau-nés, protège, soutient et encourage l'allaitement maternel, favorise un accompagnement optimal des parents pendant la grossesse, à la naissance et durant le séjour dans le service.

Il repose sur trois principes et douze recommandations, la formation des professionnels et le recueil de statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés. Il est attribué pour une durée de 4 ans.

En quelques chiffres, le label IHAB c'est : 50 000 naissances par an soit 6 % des naissances, 33 maternités labellisées IHAB et une naissance sur huit a lieu dans un établissement labellisé ou en démarche en France. [12]

Lors de l'exposition des résultats on peut relever le fait que les équipes soignantes nomment souvent de la coordination des équipes et leurs difficultés qu'ils peuvent rencontrer à harmoniser leur discours aux parents. Ce label a pour but d'unifier les discours en s'appuyant sur des données scientifiques.

Comme exprimé en introduction la démarche s'appliquait uniquement aux maternités, donc aux enfants nés à terme en bonne santé mais désormais et ce depuis 2009 elle s'étend aux services « Pôle Femme-Mère-Enfant » et s'adresse ainsi à tous les nouveau nés (y compris les nouveau-nés prématurés et/ou malades) et leurs parents en service de maternité et de néonatalogie. Concernant notre étude, les deux services incluent faisant partie d'une maternité labellisée IHAB participent donc à la démarche.

#### c) Les soins centrés sur la famille

Le principe des soins centrés sur la famille repose sur le fait de considérer les parents comme les principaux corégulateurs du développement de l'enfant. Les parents sont alors associés à la prise en charge de leur nouveau-né avec une réelle place physique dans le service. Ceci rejoint notre étude, car les professionnels devront adapter leur posture. Dans un service de néonatalogie, les soignants ont pour habitude de prendre en charge les nouveau-nés, pour appliquer ce concept ils doivent s'adapter et prendre en charge la famille dans sa globalité. Pour cela, il faut expliquer les soins aux parents, s'assurer qu'ils comprennent les informations transmises, maintenir la communication avec eux durant tout le séjour. Egalement être à l'écoute de leurs suggestions, interprétations et désirs. [23]

Ce qui est également important en ce qui concerne ce concept c'est « la personnalisation » des soins, car chaque famille va se construire différemment et davantage dans ce contexte de séparation précoce.

Les études démontrent que si ces soins centrés sur la famille sont mis en place dans les unités néonatales l'évolution des prématurés est meilleure, permettant une sortie du service et un retour au domicile plus rapide.

Ces deux parties d'analyse et de discussion ont permis d'explorer **notre premier objectif** qui était de mettre en lumière à travers les réponses des professionnels de santé, les facteurs influençant la présence des mères auprès de leur nouveau-né. Nous avons à travers la littérature et différentes études ressemblant à la nôtre trouvé différents facteurs comme l'implication des parents dans les soins et la mise en place de stratégies permettant de les impliquer.

## 5. Difficultés organisationnelles relevées par les professionnels

### a) Difficultés soulignées par les professionnels des deux services

#### Les brancardiers

À de nombreuses reprises les professionnels des deux services citent des dysfonctionnements au niveau du brancardage, certaines patientes, notamment celles ayant eu une césarienne, doivent dans un premier temps se déplacer dans leur lit. Certaines patientes doivent se rendre en néonatalogie en chaise roulante mais leur conjoint ou leur famille ne sont pas toujours disponibles pour les y amener, elle nécessite donc parfois l'aide d'un brancardier.

Avant la mise en place de nombreuses mesures de « modernisation », la plupart des services disposaient de brancardiers qui leur étaient dédiés. Désormais, tout est régi, le plus souvent, par une seule unité de transport intérieur, à laquelle il faut adresser une demande par intranet, ce qui permet aussi sa traçabilité et donc théoriquement un plus grand contrôle sur les brancardiers. [24]

#### Difficultés architecturales

En France, les textes du Journal officiel de 1998 imposent des normes techniques en matière de matériel médical, de monitoring, de quotas et de qualifications du personnel soignant. Un article spécifie :

*« Afin d'éviter la séparation de la mère et de l'enfant, les soins de néonatalogie et la surveillance des enfants qui ne nécessitent pas de soins intensifs ou de réanimation peuvent être effectués dans la chambre de leur mère, si les locaux de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie le permettent »*



Cela laisse l'ouverture à une organisation sans séparation de la mère et l'enfant, mais il précise que cela ne vaut que lorsque l'état de l'enfant est stable. Une architecture reposant sur une philosophie de soins centrés sur la famille permet la présence des parents de façon plus importante auprès de leur enfant. [25]

A ce propos, de nombreux professionnels de notre étude mentionnent particulièrement les chambres mères-enfants ou les chambres « kangourou » ou encore « koala », ces différents types de chambres ont pour but d'éviter la séparation mère-enfant. Les chambres mères-enfants sont souvent des chambres dans le service de néonatalogie où mère et nouveau-né sont réunis, mais il y a quand même une séparation, qui correspond aux quelques jours où la mère a besoin de soins en maternité, cette séparation est plus ou moins longues selon le type d'accouchement.

Ensuite les chambres « kangourou » ou « koala » sont souvent des chambres permettant au couple mère-enfant d'être dans la même chambre dès la naissance, les services de néonatalogie et de maternité sont dans ces cas-là accolés et les professionnels tels que les puéricultrices ou les sages-femmes peuvent faire les soins à la mère et au nouveau-né conjointement. Dans l'étude réalisée, les deux services ayant un étage de différence, c'est souvent un inconvénient qui est relevé par les professionnels.

Une plus grande étude fut menée au niveau européen en 2006 ayant pour but d'évaluer la place des parents dans 175 unités de néonatalogie de huit pays différents. Parmi cette étude, quarante-cinq unités françaises de niveau III ont été évaluées par des questionnaires. Il ressort de cette étude que seuls 16% de ces unités avaient des lits pour les parents dans l'unité de néonatalogie, 55% avaient un hébergement possible pour les parents mais à l'extérieur de l'unité, 22% seulement avaient une douche et enfin 55% avaient une salle de repos pour les parents [26].

### La formation des soignants

Lors d'une séparation entre la mère et son enfant, les professionnels doivent être formés dans différents domaines et essayer d'avoir des discours semblables pour que la patiente puisse comprendre comment elle doit agir. En ce qui concerne, par exemple, la mise en place de l'allaitement maternel, les différences de formation des professionnels peuvent avoir une influence sur cela car dans un contexte de séparation mère enfant les conseils ne sont pas les mêmes que lorsque la mère est avec son nouveau-né 24 heures sur 24.

Les professionnels peuvent rencontrer des difficultés pour avoir le même discours auprès des mères, par différences de formations, par différences d'habitudes ou encore par différences d'expériences professionnelles ou mêmes personnelles.

Dans le rôle de l'infirmière, l'approche globale du patient dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle est explicitée dans un décret relatif à la profession. Dans ce texte, les actes relevant plus spécifiquement de la compétence d'une puéricultrice en néonatalogie sont exclusivement techniques (soins du nouveau-né en réanimation, surveillance du régime alimentaire, prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps...) et n'abordent pas du tout les soins centrés sur la famille. [27]

De même, l'auxiliaire de puériculture exerce sous la responsabilité de l'infirmière ou de la puéricultrice dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de celle-ci. Dans une circulaire relative aux rôles et missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers, les missions sont cantonnées à des gestes techniques (hygiène, alimentation...). Il n'y a aucune mention sur l'intégration active des parents dans les soins et dans le soutien de la parentalité [28]. Des soins centrés sur la famille ne sont donc pas toujours faciles à mettre en œuvre.

Concernant les études de sages-femmes, le bulletin officiel du 25 août 2011 du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation décrit la formation. Concernant la formation, le texte décrit qu'elle a lieu dans des écoles de sages-femmes ou à l'université et également les objectifs relatifs à la profession. Mais cela reste aux lieux de formation de décider comment dispenser ces objectifs. [29] Il est important de prendre en compte la partie théorique de ces études mais également la pratique qui sera effectuée lors de stage. On comprend donc que si dans les textes officiels de formation la prise en charge d'un couple mère-enfant séparé par un service n'est pas cité, l'apprentissage aura lieu lors des différents stages.

Dans notre étude, malgré cela, on constate que les professionnels qui ne se sentent pas toujours à l'aise pour la mise en place d'un allaitement maternel sont les sages-femmes. Nous pouvons essayer d'expliquer cela pour différentes raisons. Tout d'abord les sages-femmes de notre étude étant en moyenne plus jeunes que les auxiliaires on peut supposer que l'expérience joue ici un rôle. Notons que le fait de se sentir à l'aise n'est pas toujours lié à la compétence, en effet on peut avoir le sentiment de réussir quelque chose, avoir confiance en soit, sans pour autant être compétent et inversement. [30] De plus en maternité, lorsque les nouveau-nés ne sont pas séparés ce sont davantage les auxiliaires de puériculture qui s'occupent d'aider les mères dans l'allaitement maternel, c'est donc au quotidien qu'elles s'exercent.

## 6. Et la suite ?

Cette étude pourrait mener à d'autres études, celle-ci a été réalisée dans le cadre d'un mémoire de maïeutique mais elle pourrait avoir une dimension assez intéressante dans d'autres domaines tels que la psychologie ou la sociologie.

Ensuite, en maternité, les auxiliaires de puériculture sont en première ligne concernant la prise en charge de l'allaitement maternel dans les cas où l'enfant est avec sa mère et donc non hospitalisé en néonatalogie. Cette observation ainsi que les résultats des questionnaires nous permettent de conclure sur le fait qu'elles ont donc davantage d'aisance et d'expertise lors de la mise en place de l'allaitement maternel. Cela pourrait être intéressant qu'elles soient d'autant plus impliquées également lorsque le couple mère-enfant est séparé : explications et accompagnement de l'expression manuelle le plus rapidement après la naissance pour une montée de lait optimale, démonstration de fonctionnement du tire-lait... Néanmoins cela peut être compliqué pour les auxiliaires, le fait de mettre en place un allaitement dans une situation ne signifie pas forcément une capacité à le faire dans une autre, il faudrait donc peut être, en amont, former ces professionnels à cette situation. [30]

La coordination des deux services semble être un point important, exprimée à de nombreuses reprises dans les questionnaires, il pourrait être intéressant qu'un professionnel de maternité se rende dans le service de néonatalogie de temps en temps pour y comprendre le fonctionnement et inversement.

Egalement en lien avec la synchronisation des deux services, un temps de transmissions pourrait être créé. Il pourrait être décidé d'un moment de la journée où la sage-femme et la puéricultrice de néonatalogie s'appelleraient pour se transmettre les informations concernant la mère et le nouveau-né. Cela permettrait à la sage-femme d'avoir toutes les informations importantes pour pouvoir en discuter avec la mère ou répondre à ses questions si celle-ci le souhaite. Cela fait d'ailleurs partie intégrante de la déontologie professionnelle de la sage-femme qui doit « [...] *entretenir de bons rapports, dans l'intérêt des patientes, avec les membres des professions de santé.* [...] » selon l'article R 4127-359 du code de la santé publique. [31]

<p><b>Nos deux objectifs secondaires</b> étaient d'identifier ce que les professionnels estiment être des obstacles aux visites des mères et de cibler ce qui pourrait être amélioré, cette partie d'analyse nous a permis d'y répondre.</p>
--

## **Conclusion**

Depuis de nombreuses années, les progrès scientifiques ont permis une meilleure prise en charge des nouveau-nés, à des termes de plus en plus précoces. Ces progrès ont longtemps été centrés sur une individualité : le nouveau-né ou sa mère. A présent, il existe une multitude d'approches de prise en charge de la dyade mère-enfant (NIDCAP, IHAB...) ayant toujours pour but la création du lien d'attachement.

Notre étude nous a permis de connaître davantage le point de vu des professionnels de santé exerçant dans le service de suites de couche ainsi que celui de néonatalogie concernant le lien mère-enfant dans le cas d'hospitalisation de ce dernier : état actuel de la prise en charge, obstacles rencontrés, facteurs facilitant et possibles améliorations. Ce qui peut être souligné par notre enquête est la concordance des idées exprimées par les professionnels des deux services mentionnés. Les principaux freins rencontrés sont : d'ordre relationnel entre professionnel des deux services, des contraintes architecturales, l'organisation des soins pas toujours compatibilisé entre les deux services, le manque d'unités d'enseignement spécifique à cette situation dans leur formation. Bien que les obstacles cités semblent peu importants pris séparément, ils nécessiteraient d'être repensé dans le but d'être résolu car ils peuvent être nécessaires à l'accompagnement de la création du lien mère enfant.

Ces freins peuvent participer à apporter des pistes d'amélioration des diverses organisations qui pourraient être discuté dans le cadre d'un focus groupe réunissant les deux services. En effet, ce type d'échange alliant le service de suites de couches ainsi que celui de néonatalogie permettraient de connaître les enjeux rencontrés par les professionnels de ces services et apporterait sûrement des réponses...

La sage-femme tient un rôle tout particulier dans la création du lien mère-enfant et doit tenir compte du nouveau-né même s'il est hospitalisé dans un autre service.

Ce mémoire permet de mettre en lumière la volonté des professionnels d'inclure le couple parental dans la prise en charge de leur enfant. Au sein de ce couple, un acteur n'a pas été étudié : le père. Comment les professionnels adaptent-ils leur discours au père ? Peut-il jouer un rôle d'intermédiaire entre la mère, leur enfant et les professionnels ?

« Bien des gens acceptent de faire des grandes choses. Peu se contentent de faire des petites choses au quotidien. » Mère Teresa

## **Bibliographie**

- [1] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) - Les maternités en 2016 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale - Numéro 1031 - Octobre 2017
- [2] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) - Les établissements de santé - La naissances : les maternités - 2016 - pages 137-40
- [3] Epipage2 Etat des connaissances [en ligne]. 2013 [Consulté le 29/12/2016] Consultable à l'URL : <https://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etat-des-connaissances>
- [4] Organisation Mondiale de la santé (OMS) Naissances prématurées [en ligne]. 2016 [Consulté le 15/05/2017] Consultable à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/>
- [5] Lecorguillé M - La visite médicale centrée sur la famille (VCF) dans les services de soins néonataux et de réanimation : étude des pratiques et des croyances des professionnels - Mémoire - Ecole de sages-femmes de BREST - 2015 - 34p
- [6] Holditch-Davis D - Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit - Neonatal Network - Journal of Neonatal Nursing - numéro 20 – 2000 - pages 13-21
- [7] Borghini A, Müller-Nix C -Traumatisme parental et conséquences lors d'une naissance prématurée - Contraste - N° 41 - 2015 - pages 67-8
- [8] Stoleru S, Lebovici S, Soule M - Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Puf - PARIS - 1995 - pages 319-39
- [9] Casper C - La place des parents en néonatalogie : introduction - Devenir - 2012 - pages 5-7
- [10] Haute Autorité de Santé (HAS) - Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Certification - Décembre 2011 - 43p
- [11] Guedeney N et al. - L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving - Devenir - 2012 - pages 9-34
- [12] Label Initiative Hôpital Amis des Bébé
- [13] Mouret J - présence et action des mères auprès des nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie - Ecole de sages-femmes de la Faculté de médecine et de maïeutique - 2010 - 41p

- [14] Bardin L - L'analyse de contenu - Presses universitaires de France - Collection Le psychologue - Paris - 1996 - 291p
- [15] A Durand - Influence des pratiques de soins sur le temps de présence des parents en néonatalogie - Cahier de la puériculture - Novembre 2017 - numéro 311
- [16] European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) - Parents in the NICU [en ligne]. 2018 [Consulté le 28/03/2018] Consultable à l'URL : <http://www.efcni.org/index.php?id=2188>
- [17] J Pignol et al. - Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né - Spirale - Avril 2016 - pages 71-80
- [18] Flacking R., Ewald U, Helberg K - Trustful bonds : A key to “ becoming a mother ” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit - Social Science & Medicine - 2006 - pages 70-80.
- [19] Berry Brazelton T - Ce que nous apprennent les bébés - in Candilis D - Le travail auprès des parents - Eres - 2011 - Pages 118-36
- [20] Winnicott DW - Le bébé et sa mère – Payot - PARIS 1992 - page 136
- [21] Sizun J, Olivard I, Ratynski N - Une intervention précoce, individualisée et centrée sur la famille : le programme NIDCAP – Devenir – volume 29 - numéro 1 - 2017, pages 5-15
- [22] NIDCAP - définition [en ligne]. 2015 [consulté le 31/03/2018] consultable à l'URL : <https://www.perinat-france.org/article/nidcap-%C2%AE-d%C3%A9finition>
- [23] Soins de développement et prévention des difficultés développementales chez les bébés nés prématurément – Spirale - volume 78 - numéro 2 – 2016 - pages 109-113
- [24] Docteurs B - L'hôpital malade de l'efficience - Revue du MAUSS - volume 41 - numéro 1 - 2013 - pages 53-75
- [25] Casper C et al. - Quels sont les obstacles à l'implication précoce des parents en néonatalogie ? – Devenir - volume 24 - numéro 1 – 2012 – pages 55-9
- [26] Greisen, G, Coll - Parents, siblings and grandparents in the neonatal intensive care unit. A survey of policies in eight European countries - Acta Paediatr - 2009 - pages 1744-50

[27] Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier – 2002 [Consulté le 20/03/2018] consultable à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte=20040807>

[28] Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

[29] Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation - bulletin officiel n°30 du 25 août 2011

[30] Rey B – « Compétence » et « compétence professionnelle » - Recherche et formation [En ligne]. 2009 [consulté le 22/04/2018] Consultable à l'URL : [file:///C:/Users/hp/Downloads/Comp%C3%A9tence%20%C2%BB%20et%20%C2%AB%20comp%C3%A9tence%20professionnelle%20%C2%BB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/Comp%C3%A9tence%20%C2%BB%20et%20%C2%AB%20comp%C3%A9tence%20professionnelle%20%C2%BB%20(1).pdf)

[31] Pihen AS - maïeutique - transdisciplinarité la sage-femme et le nouveau-né- Mémoire - Université de Lille 1 Département des Sciences de l'Éducation et Formation des adultes – 2015

# ANNEXE I



# Questionnaire

## **Visions croisées des professionnels quant à la séparation mère-enfant : mère en maternité/nouveau-né en néonatalogie**

Actuellement étudiante sage-femme en dernière année à la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille, je réalise mon mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme.

Mon mémoire traite de la présence des mères, hospitalisées en maternité, auprès de leurs nouveau-nés eux-mêmes hospitalisés en néonatalogie à l'hôpital Saint Vincent de Paul.

Je souhaite croiser les perceptions des professionnels exerçant auprès de cette diade mère-enfant, à savoir les sages-femmes et auxiliaires de puériculture de maternité versus les puéricultrices, infirmières et auxiliaires de puériculture de néonatalogie.

Afin d'effectuer cette étude, j'ai réalisé un questionnaire, celui-ci est anonyme et se divise en 4 parties.

Voici mon adresse mail ([pauline.decreus@lacatholille.fr](mailto:pauline.decreus@lacatholille.fr)) et mon numéro de téléphone (0672629970) pour me contacter en cas de questions.

### **Partie 1 : Votre perception actuelle quant à la présence des mères auprès de leur nouveau-né**

- 1) D'après vous, actuellement, combien de temps passent les mères auprès de leur nouveau-né en néonatalogie (par jour) ? (Quand celles-ci sont hospitalisées en suite de naissance)

\_\_\_\_\_ minutes ou \_\_\_\_\_ heures

- 2) A votre avis, les mères souhaiteraient passer auprès de leur nouveau-né

- ☐ Beaucoup plus de temps
- ☐ Plus de temps
- ☐ Autant de temps
- ☐ Moins de temps

3) Avez-vous déjà observé une influence sur le comportement de la mère suite à ces visites ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-ce :

☐ Très bénéfique

☐ Bénéfique

☐ Sans intérêt

☐ Défavorable

4) Pensez-vous que le temps que la mère passe auprès de son nouveau-né est pour celui-ci

☐ Très bénéfique

☐ Bénéfique

☐ Sans intérêt

☐ Défavorable

5) Quels avantages voyez-vous à la présence de la mère auprès de son nouveau-né ?

Pour la mère ?

---

---

---

---

---

Pour le nouveau-né ?

---

---

---

---

---

Pour vous ? (Soignants)

---

---

---

---

---

6) Quels inconvénients voyez-vous à la présence de la mère auprès de son nouveau-né ?

Pour la mère ?

---

---

---

---

---

Pour le nouveau-né ?

---

---

---

---

---

Pour vous ? (Soignants)

---

---

---

---

---

7) Selon vous, quels sont les freins à la mise en place d'un allaitement lors de cette séparation (matériels, organisationnels...) ?

---

---

---

---

---

8) Vous sentez vous à l'aise dans la mise en place de l'allaitement dans ces circonstances ?

---

---

---

---

---

## **Partie 2 : Freins possibles à la présence des mères**

1) A votre avis, existe-t-il des freins à la présence des mères auprès de leur nouveau-né ?

☐ Oui            ☐ Non

Si oui, quel(s) est(sont) il(s) ? Justifiez votre réponse Q19

☐ Condition de transport :

---

☐ Quantité de soin en maternité :

---

☐ Quantité de soin en néonatalogie :

---

☐ Disponibilité des professionnels :

---

☐ Autres :

---

---

---

---

- 2) Avez-vous des idées sur qui ce pourrait être amélioré et comment ?

---

---

---

---

---

**Partie 3 : facteurs facilitants possibles à la présence des mères**

- 1) A votre avis, existe-t-il des facteurs facilitants la présence des mères auprès de leur nouveau-né et qui pourraient notamment être développés à St Vincent ?

---

---

---

---

- 2) Dans d'autres établissements, il existe des chambres permettant l'hospitalisation conjointe de la mère et de son enfant. Ainsi, la mère séjourne dès J0 dans la chambre de son nouveau-né et des soins lui sont délivrés par la sage-femme sur place.

Connaissez-vous cela et qu'en pensez-vous ?

---

---

---

---

**Partie 4 : Parlons un peu de vous...**

- 1) Quel est votre métier :

☐ Sage-femme

☐ Auxiliaire de puériculture en maternité

☐ Puéricultrice

☐ Auxiliaire de puériculture en néonatalogie

☐ Infirmière en néonatalogie

☐ Infirmière en maternité

- 2) Avez-vous un poste :

☐ le jour

☐ la nuit

☐ alternance jour/nuit

- 3) Depuis combien d'années exercez-vous ? \_\_\_\_\_

4) Avez-vous eu, vous ou une personne proche de vous, un nouveau-né hospitalisé en néonatalogie ?

☐ Oui

☐ Non

5) Si une rencontre entre les équipes de maternité et de néonatalogie était organisée afin de discuter librement de ce sujet, seriez-vous intéressé pour y participer ?

☐ Oui

☐ Non

Si le nombre d'intéressés est suffisant, j'organiserai cette rencontre autour d'un buffet et j'indiquerai la date et le lieu via une affiche dans les services concernés.

Je vous remercie du temps que vous avez pris pour répondre.

Pauline DECREUS

# ANNEXE II

## Avis de la Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la FMM

Intitulé de la recherche :

Vidéos réalisées des professionnels quant à la signalisation  
mûr-argent : mûr en maïeutique / mûr-argent en médecine

Investigateur principal : Pascaline DECUREUX

☒ Mémoire de Maïeutique

☐ Mémoire de DES

☐ Thèse d'exercice de Médecine

Date de réunion de la CRD2M : 30/5/2017

Avis de la CRD2M : ☒ FAVORABLE ☐ DEFAVORABLE

Si avis favorable, type d'étude retenu :

- ☐ Recherche interventionnelle
- ☐ Recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales
- ☐ Recherche non interventionnelle relevant de la loi Jardé
- ☐ Recherche non interventionnelle hors loi Jardé
- ☐ Recherche rétrospective sur données existantes
- ☒ Evaluation des pratiques professionnelles ou pédagogiques
- ☐ Recherche bibliographique

Si avis défavorable, justification :

Remarques éventuelles :

Le référent Maïeutique de la CRD2M :

Nom : AS Pichon

Date : 30/5/2017

Signature :



Le référent Médecine de la CRD2M :

Nom :

Date :

Signature :



# ANNEXE III

Résultats bruts

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
1A	1	3	2	1	1	1
2A	2	2	2	1	2	1
3A	2	NC	2	1	1	1
4A	1	10	3	1	2	1
5A	2	10	1	1	1	1
6A	1	7	1	1	1	1
7A	1	6	2	1	2	1
8A	2	8	1	1	1	1
9A	2	7	1	1	1	1
10A	1	12	2	2	1	1
11A	2	12	3	2	1	1
12A	1	8	1	2	2	1
13A	1	8	2	1	2	1
14A	1	10	2	2	1	1
15A	3	4	2	1	1	2
16A	1	NC	3	2	2	1

	Q7	Q8	Q9	Q10
1A	1	1	2	2
2A	1	3	3	2
3A	1	3	5	2
4A	1	1	2,5	2
5A	1	3	14	1
6A	1	1	28	2
7A	2	1	25	2
8A	1	3	7	2
9A	1	1	27	2
10A	1	2	9	2
11A	1	1	28	2
12A	2	1	35	1
13A	2	1	2	2
14A	2	1	20	2
15A	2	1	0,25	2
16A	2	3	4	

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
1B	4	NC	2	1	1	1

<b>2B</b>	4	6	1	1	2	1
<b>3B</b>	4	6	1	1	1	1
<b>4B</b>	1	4	2	1	2	1
<b>5B</b>	4	NC	3	1	1	1
<b>6B</b>	4	NC	2	1	2	1
<b>7B</b>	4	3	1	1	1	1
<b>8B</b>	1	6	3	1	2	2
<b>9B</b>	4	4	2	1	2	1
<b>10B</b>	4	3	3	1	1	1

	<b>Q7</b>	<b>Q8</b>	<b>Q9</b>	<b>Q10</b>
<b>1B</b>	1	1	24	2
<b>2B</b>	1	3	4	2
<b>3B</b>	1	3	0,75	2
<b>4B</b>	1	1	20	2
<b>5B</b>	1	3	18	1
<b>6B</b>	2	3	7	2
<b>7B</b>	1	1	20	2
<b>8B</b>	2	1	6	1
<b>9B</b>	1	3	10	2
<b>10B</b>	1	3	3	1

A : maternité

B : néonatalogie

Q1 APU : 1 / SF : 2 / IDE : 3 / PUER : 4

Q2 Temps passé par les mères en néonatalogie selon les pro (Heures)

Q3 beaucoup plus : 1 / Plus : 2 / autant : 3 / moins : 4

Q4 Influence comportement mère : oui : 1 / non : 2

Q5 Influence est : très bénéfique : 1 / Bénéfique : 2 / Sans intérêt : 3 / défavorable : 4

Q6 temps passé par la mère pour NN : très bénéfique : 1 / Bénéfique : 2 / Sans intérêt : 3 / défavorable : 4

Q7 existe-t-il des freins : oui : 1 / non : 2 / non exploitable : 3

Q8 poste : jour : 1 / nuit : 2 / alternance J-N : 3

Q9 année d'exercice

Q10 Perso : oui : 1 / non : 2

## **Réponse néonatalogie questions ouvertes :**

### **Quels avantages voyez-vous à la présence de la mère auprès de son nouveau-né ?**

#### **Pour la mère :**

1B : mère + sereine/trouve plus facilement sa place en participant aux soins/moins d'appréhension

2B : bien-être physique et psychique/joye/bonheur/ diminution du stress/ investie dans son rôle de parent

3B : implication plus importante/rôle de maman plus investie/rassurée/apaisée/mise en place allaitement plus facile/pàp

4B : favorise lien d'attachement/augmente montée de lait

5B : développe liens d'attachement/connaitre son NN, ses besoins, son rythme

6B : augmente confiance en soi et ML

7B : rassurée/autonomie dans les soins/confiance en soi/épanouie/moins de baby-blues

8B : si AM production de lait plus importante

9B : création lien ME/augmentation ocytocine donc ML/apprentissage rythme

10N : rassurée/augmente ML/Pec plus rapide

#### **Pour le nouveau-né :**

1B : plus serein/ rassuré par voix, odeur/pàp/mise en route allaitement plus rapide

2B : réconfort/réassurance/moins de bradycardie et apnée/ moins de stress/pàp/ odeur/voix de la mère rassurant/meilleur sommeil/meilleure digestion

3B : rassuré/apaisé/pàp plus long/moins d'apnée/meilleure digestion/stimulation des sens

4B : sécurise/calmé/rassuré/pàp/développement des sens/croissance

5B : plus rassuré/meilleure état cardio-respiratoire/apprentissage succion au sein

6B : attachement

7B : lien affectif émotionnel qui rassure le NN/le porte sur le parcours de la prématurité/repère olfactif/sommeil meilleur

8B : développement meilleur/moins de bradycardie

9B : repère/voix donc apaisement pendant les soins/meilleure digestion/moins d'anxiété

10B : rassuré/séjour moins long/meilleure évolution

**Pour vous soignants :**

1B : relation privilégiée avec maman toujours présente/éducation plus rapide

2B : possibilité à encadrer les parents dans les soins en les accompagnant dans les soins et en les mettant en confiance/rôle de parentalité/favoriser le papà

3B : implication plus facile des parents dans les soins/favoriser mise au sein pendant phase d'éveil/regrouper les soins

4B : accompagnement et soutien des mères/plus disponible pour NN dont maman absente/rôle éducatif

5B : commencer éducation des parents tôt/se servir des parents pour rassurer NN pendant les soins/NN souvent plus stable et donc moins de malaise et machine à 02 à gérer

6B : améliore Pec

7B : NN plus stable et moins de bradycardie

9B : comprendre histoire NN pour adapter Pec/faire soins avec la maman

10B : meilleur suivie et Pec globale/influence positive sur notre travail

**Quels inconvénients voyez-vous à la présence des mères auprès de son nouveau-né :**

**Pour la mère :**

1B, 3B, 4B, 6B, 7B, 8B, 10B : aucun

2B : si BB instable : inquiétude

5B : difficile de se sentir intégrée et à l'aise dans univers hyper médicalisé

9B : si fratrie moins disponible

**Pour le nouveau-né :**

1B, 7B, 8B, 9B, 10B : aucun

2B, 3B, 4B, 6B : aucun si parents ont appris les bons gestes pour éviter stimuli désagréable ou trop nombreux (préma)

5B : certaines mères ne respectent pas le rythme de leur NN

**Pour vous :**

1B, 2B, 3B, 6B, 7B : aucun

4B : surveillance plus compliquée/mère n'écoutent pas toujours

5B, 8B : demande plus de temps : encadrement/explications

9B : engendre parfois du stress

10B : ralentissement du travail mais pour la bonne cause

**Quels sont les freins à la mise en place d'un allaitement lors de cette séparation ?**

1B : utilisation tire-lait moins efficace

2B : explication expression tardive en maternité/maman ne descend pas beaucoup/maman tire peu son lait à côté de lui/mère qui ne vient pas au bon moment (mise au sein compliquée)

3B : si la mère est beaucoup en maternité et si pas d'expression manuelle ou utilisation tire-lait non montrée ou si mère ne vient pas au moment de l'alimentation

4B : mauvaise coordination entre les 2 services

5B : distance maternité/néonate/pas les mêmes tire-lait/location parfois tardive du tire-lait

6B : mise en place TL plus difficile

7B : différence de discours entre maternité et néonatalogie/formation différente entre les 2 services/absence de la mère 24H/24 auprès de son NN

8B la séparation

9B : ML plus longue si mauvaise utilisation TL/aller-retour entre les services pour donner le lait (nécessite tierce personne) /rythmes différents

10B : pas le même discours/mère tarde à exprimer leur lait car pas auprès de leur NN/SF disponible en néonatalogie

**Vous sentez vous à l'aise dans la mise en place de l'allaitement dans ces circonstances ?**

1B : oui/progression possible

2B : oui/conseillère en lactation aide beaucoup

3B, 4B, 6B, 7B, 8B, 9B : oui

5B : non, difficile de respecter allaitement à la demande/ hésite à appeler la mère en pleine nuit car doit se reposer

10B : non, allaitement à la demande compliqué

**Les freins à la présence des mères auprès de leur nouveau-né :**

**Transport :**

1B : brancardier pas toujours disponible

2B : pas d'accompagnant

2B, 3B : difficulté mobilité de ma mère

4B : condition de transport

5B : brancardier pas là nuit/lit qui ne rentrent pas dans les chambres en néonatalogie

**Quantité de soins en maternité :**

2B : traitement/toilette intime/prise de TA/repas

3B : soins à heure fixe ou urgent

5B : APU pas toujours disponible pour descendre les mamans en néonatalogie

9B : soins

10B : mère doit être présente pour ses soins

**Quantité de soin en néonatalogie :**

3B : soins invasifs

5B : maman obligée de remonter pour les repas

**Disponibilité des professionnels :**

1B, 4B, 9B, 10B : disponibilités professionnelles

2B : quand surcharge de travail

3B : Si nombreuses entrées

5B : temps de transmissions

**Autres :**

2B, 3B : visites

4B : mères psy

5B : mauvais équipement en néonatalogie (lit maman)

9B, 10B : horaires des repas en maternité

**Avez-vous des idées sur ce qui pourrait être amélioré ? comment ?**

1B : SF puisse venir en néonatalogie faire les soins/mère puissent prendre leur repas quand elles le désirent

2B : regroupement des soins en maternité/repas possible en néonatalogie plutôt qu'en maternité

4B, 8B : plus de chambre koala/SF viennent en néonatalogie

6B, 10B : transmission maternité-néonatalogie

7B : Mobilité SF en néonatalogie/ « petit » préma en maternité

9B : proximité des 2 services/confort dans la chambre de maternité/privilegié multiples visites et pàp

10B : APE faisant le lien entre les 2 services

**Facteurs facilitants pour la présence des mères auprès de leur nouveau-né ?**  
**(Développement possible à St Vincent) :**

1B, 3B, 9B : Plus de chambre ME/Koala

2B : proposer quelques nuits en SI/ plus de chambre ME et proposé plus tôt

4B : plus de chambre ME en néonat/chambre koala en maternité

6B : mobilité PDE en maternité/SF en néonatalogie

7B, 10B : repas possible en néonatalogie/grouper visite le matin

9B : plus de collaboration entre les 2 services

**Connaissez-vous les chambres mères-enfants ? qu'en pensez-vous ?**

1B, 3B, 4B, 5B, 6B, 7B, 8B, 9B : oui

2B, 10B : non, à développer +++

3B : implication de la mère a 100%/meilleure communication SF et PDE

4B, 5B, 6B : très bénéfique pour le couple ME

5B : surveillance plus simple car SF présente (PDE non formée sur les mères)



## **Réponse Maternité questions ouvertes :**

### **Quels avantages voyez-vous à la présence de la mère auprès de son nouveau-né ?**

#### **Pour la mère :**

- 1A : Etablissement lien mère enfant/permets à la maman d'accomplir son rôle de mère/Si allaitement, favorise la lactation
- 2A : rassurée/meilleur AM
- 3A : moins de stress/montée de lait ++/meilleure relation mère-enfant/apprentissage des soins
- 4A : remonte son moral/permets d'avoir réponse à ses questions/créer du lien mère enfant
- 5A : bien être
- 6A : Création lien mère enfant/se sentir mère/si AM : meilleur/réassurance
- 7A : créer lien mère-enfant/père/stimulation de la lactation
- 8A : favorise AM/lien mère enfant/participer aux premiers instants de vie/profiter de son bébé/père
- 9A : créer du lien/se sentir mère/favoriser lactation/père
- 10A : premier pas dans rôle de maman/faire connaissance avec son bébé
- 11A : réassurance/ bien être/amélioration état physique
- 12A : père/apprendre les soins auprès de son bébé
- 13A : Contact ME et père/commencer à s'en occuper pour le change et alimentation
- 14A : Père/changer/nourrir/s'occuper de son bébé
- 15A : rassurée
- 16A : lien m-e

#### **Pour le nouveau-né :**

- 1A : favorise son développement sensoriel et moteur/pour le prématuré, peau à peau/bébé rassuré au cours des soins
- 2A : réassurance (odeur, chaleur) /alimentation/moins de stress
- 3A : meilleure base de sécurité/meilleur état clinique/mise en place lactation facilitée
- 4A : amélioration de son état général/augmente lien mère-enfant/favorise apprentissage de la succion et donc AM
- 5A : soins plus efficaces car NN détendu et apaisé

6A : développement de ses repères (odorat, pàp) /prise de poids plus rapide/entendre sa maman

7A : rassuré/odeur/voix

8A : réassurance/pàp/création lien mère-enfant

9A : sentir sa mère/avoir des repères (odorat, pàp, grossir plus vite)

10A : odeur de sa maman/lorsque le pàp est possible entendre battements du cœur/mettre au sein si possible

11A : amélioration relation mère-enfant/amélioration paramètres vitaux

12A : contact de maman

13A : contact ME

14A : contact avec sa maman

15A : rassurée/réconfortée

16A : Contact

**Pour vous soignants :**

1A : accompagnement de la maman dans les soins/rôle éducatif/répondre à ses attentes

2A : Moins stressés

3A : patientes moins inquiètes

4A, 5A, 6A, 7A, 8A, 9A, 15A : aucun

10A : pouvoir accompagner au mieux les parents, les guider face à un enfant plus petit lors d'un allaitement, favoriser mises au sein

11A : améliore le dialogue avec les parents/meilleure connaissance de l'état de santé de l'enfant pour pouvoir reformuler à la mère

12A : bonne relation ME

13A : voir une bonne relation mère enfant s'installer

14A : relation ME

**Quels inconvénients voyez-vous à la présence des mères auprès de son nouveau-né :**

**Pour la mère :**

1A : moins de disponibilité pour la fratrie

2A : parfois source de stress

3A, 4A, 5A, 6A, 7A, 8A, 9A, 11A, 12A, 13A, 14A, 15A, 16A : Aucun

10A : douleurs dues à l'accouchement

**Pour le nouveau-né :**

1A, 2A, 3A, 4A, 5A, 6A, 7A, 8A, 9A, 10A, 11A, 12A, 13A, 14A, 16A : Aucun

15A : difficile quand départ de la mère

**Pour vous :**

1A : surveillance plus difficile

2A, 15A : difficulté à croiser la patiente pour les soins

3A, 11A : difficulté à examiner la patiente

4A, 5A, 6A, 7A, 8A, 9A, 10A, 12A, 13A, 14A, 16A : aucun

**Quels sont les freins à la mise en place d'un allaitement lors de cette séparation ?**

1A : Mère pas disponible quand bébé doit téter/discours différent en maternité et néonatal

2A : Moins de stimulation/contact

3A : baisse de stimulation (pas de réveil par le NN) /absence de coordination des services

4A : manque de tire-lait en maternité

5A : Séparation

6A, 7A : NN doit être présent auprès de sa mère pour favoriser la lactation

8A : manque de stimulation régulière

9A : mieux quand NN avec la mère

10A : fatigue physique et émotionnelle/oublie par les patientes de tirer leur lait

11A : méconnaissance par professionnel (expression manuelle, location tire-lait)

12A, 14A : aucun

15A : tire-lait + biberon : reprise allaitement compliquée

**Vous sentez-vous à l'aise dans la mise en place de l'allaitement dans ces circonstances ?**

1A : parfois mauvaise coordination entre les 2 services

2A : moins que quand mère auprès de son bébé

3A : Oui, sauf si pronostic vital du NN engagé

4A : pas toujours/difficile car mère peu en maternité/différence de discours des services

5A : difficile/fait de tirer son lait parfois mal vécu

6A, 7A, 10A, 12A, 13A, 14A, 15A, 16A, 9A : oui

8A : oui/proposition de tire-lait/explication expression manuelle

**Les freins à la présence des mères auprès de leur nouveau-né :**

**Transport :**

1A : transport en lit (césar)

3A : si césarienne lit à brancarder

4A : manque personnel et fauteuil pour transport

5A : patiente pas autonome

10A : si mère dans un autre hôpital

**Quantité de soins en maternité :**

3A : si patiente multi perfusée

4A : selon accouchement

**Quantité de soin en néonatal :**

2A : quantité de soin en néonatal

**Disponibilité des professionnels :**

1A, 4A, 5A : pas assez de temps pour accompagner la mère

**Autres :**

1A : Trop de visite en maternité et donc maman non disponible pour s'occuper de son bébé en néonatal

6A, 9A : manque de chambre ME

7A : manque chambre ME en SI

**Avez-vous des idées sur ce qui pourrait être amélioré ? comment ?**

1A : regroupement des 2 services/services sur le même étage/meilleure coordination entre les 2 services

2A,7A,9A : caméra en néonatalogie

3A,11A : petit déjeuner en libre-service : plus flexible

4A : plus de matériel/plus de personnel/meilleure communication entre les 2 services/APU faisant le lien entre les 2 services

5A, 15A : plus de chambre ME

6A, 8A : caméra pour voir 24h/24, chambre ME dès J0

10A : caméra/chambre ME pour tous

**Facteurs facilitants pour la présence des mères auprès de leur nouveau-né ?**  
**(Développement possible à St Vincent) :**

1A : augmenter quantité chambre ME en néonate et y prendre en charge les soins des mamans

2A, 1A, 7A,11A, 12A, 13A, 14A, 15A : augmenter quantité chambre ME

6A, 8A, 10A : aide au brancardage permet à la mère de descendre plus souvent/plus de fauteuils/parking gratuit

11A : bandeau de portage

**Connaissez-vous les chambres mères-enfants ? qu'en pensez-vous ?**

1A : Non/ que bénéfique

2A : Non/excellente idée

3A : Oui/excellent

5A : canon !

6A, 8A, 10A, 11A : Oui/parfait

7A : oui/ très bien

12A : Non

15A : oui, évite angoisse de séparation

# MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2018

**TITRE : VISIONS CROISEES DES PROFESSIONNELS QUANT A LA SEPARATION MERE-ENFANT : MERES EN MATERNITE / NOUVEAU-NE EN NEONATOLOGIE**

**Etude monocentrique prospective menée auprès de professionnels de santé d'une maternité de niveau IIB d'un hôpital de la métropole Lilloise**

**AUTEUR : Pauline DECREUS**

**Sous la direction de : Marie-Laure CHARKALUK, pédiatre – épidémiologiste**

**MOTS-CLES : Prématurité, Néonatalogie, Maternité, Séparation précoce, interprofessionnalité,**

## **RESUME :**

### Introduction

Chaque année, en France, 6% des naissances sont prématurées, elles peuvent engendrer une séparation mère-enfant précoce et porter atteinte aux liens d'attachements. Cette séparation devant être la plus courte possible, les professionnels de santé doivent tout mettre en œuvre pour que la mère et son enfant créent des liens d'attachement malgré cette distance.

### Problématique

**Quelles sont les perceptions des professionnels de santé quant à la présence des mères auprès de leur nouveau-né pendant leur séjour en maternité ?**

### Matériel et Méthode

Cette étude quali-quantitative, monocentrique et prospective a été réalisée auprès de professionnels de santé d'une maternité de niveau IIB de la métropole Lilloise entre le 24 septembre 2017 au 25 octobre 2017 au moyen d'un questionnaire.

### Résultats

Les professionnels estiment que les mères ont un intérêt certain à passer le plus de temps possible avec leur nouveau-né, ils ont des avis divergent selon leur service d'exercice en ce qui concerne le temps estimé que passent les mères auprès de leur nouveau-né, ainsi que les obstacles à leur présence dans le service de néonatalogie.

### Analyse et Discussion

Ce mémoire étudie les facteurs influençant la présence des mères auprès de leur nouveau-né selon les professionnels de santé des deux services, maternité et néonatalogie. Il questionne également les professionnels quant à leur aisance dans la mise en place de l'allaitement maternel dans ces conditions. Et enfin ce qui pourrait être mis en place pour augmenter les visites des mères selon ces professionnels.

### Conclusion

Ce qui peut être souligné par notre enquête est la concordance des idées exprimées par les professionnels des deux services mentionnés. Les principaux freins rencontrés sont : d'ordre relationnel entre professionnel des deux services, des contraintes architecturales, l'organisation des soins pas toujours compatibilisé entre les deux services, le manque d'unités d'enseignement spécifique à cette situation dans leur formation.