



HAL
open science

Séparation mère-enfant : identifier et classer les besoins des accouchées en maternité dont l'enfant est hospitalisé dans une unité pédiatrique

Megan Beau Yon de Jonage

► To cite this version:

Megan Beau Yon de Jonage. Séparation mère-enfant : identifier et classer les besoins des accouchées en maternité dont l'enfant est hospitalisé dans une unité pédiatrique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02270087

HAL Id: dumas-02270087

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02270087>

Submitted on 23 Aug 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.

Ecole de Sage-femme de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

Séparation mère-enfant :

Identifier et classer les besoins des accouchées en maternité dont l'enfant est hospitalisé dans une unité pédiatrique.

Megan Beau Yon de Jonage

Née le 11 Décembre 1994

A Nice, Alpes-Maritimes

Mémoire présenté et soutenu le 15 juillet 2019

Sous la direction de Madame Carine Charlot

Sage-Femme, Coordinatrice de Maternité de l'Archet II

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2019

Ecole de Sage-femme de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

Séparation mère-enfant :

Identifier et classer les besoins des accouchées en maternité dont l'enfant est hospitalisé dans une unité pédiatrique.

Megan Beau Yon de Jonage

Née le 11 Décembre 1994

A Nice, Alpes-Maritimes

Mémoire présenté et soutenu le 15 juillet 2019

Sous la direction de Madame Carine Charlot

Sage-Femme, Coordinatrice de Maternité de l'Archet II

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mme C. Charlot pour son aide, ses conseils et sa disponibilité au long de ce travail.

Mme A. Blayac pour ses précieux avis.

*Les patientes ayant pris le temps de participer à l'étude
sans qui ce mémoire n'aurait jamais pu voir le jour.*

L'équipe pédagogique et les sages-femmes ayant participé à ma formation.

*A ma promotion mais surtout à mes amies ; Mélanie, Oriane, Célia et Sarah
pour leur amitié pendant ces quatre années ensemble.*

A Pauline et Léa pour leur encouragement et leur aide.

Mes parents pour leur soutien et leur amour tout au long de mes études.

A ma grand-mère pour ses multiples relectures.

A Charlotte et Hugues.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES.....	3
LEXIQUE DES ABREVIATIONS.....	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	8
INTRODUCTION : CADRE THEORIQUE	9
PREMIERE PARTIE	
PRESENTATION DE L'ETUDE ET EXPOSITION DES RESULTATS	19
1.1 Travail de recherche.....	19
1.1.1 Problématique.....	19
1.1.2 Objectif du mémoire.....	19
1.1.3 Hypothèses de travail.....	20
1.2 Méthodologie	20
1.2.1 Type d'étude	20
1.2.2 Terrain ; présentation du service	21
1.2.3 Trame d'intervention	22
1.2.4 Population.....	26
1.2.5 Déroulement de l'étude	26
1.3 Exposition des résultats	27
1.3.1 Effectifs	27
1.3.2 Catégories socio-économiques	28
1.3.2 Contexte clinique.....	30
1.3.3 Besoins	31
1.3.4 Satisfaction	53
1.3.5 Attachement.....	57
1.3.6 Séjour en maternité.....	66

DEUXIEME PARTIE

ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSION	73
2.1 Analyse des résultats et axes d'amélioration	73
2.1.1 Catégorie socio-professionnelle	73
2.1.2 Contexte clinique.....	73
2.1.3 Analyse des besoins spécifiques.....	74
2.2 Réponses des hypothèses	84
2.3 Validité de l'étude.....	89
2.3.1 Points forts de l'étude	89
2.3.2 Limites	89
2.3.3 Biais	90
2.4 Propositions de prise en charge et axes d'améliorations	90
2.4.1 Proposition de prise en charge.....	90
2.4.2 Axes d'améliorations	91
CONCLUSION	93
BIBLIOGRAPHIE	95
LISTE DES ANNEXES	I
ANNEXES	II
RESUME	

LEXIQUE DES ABREVIATIONS

SA : Semaine(s) d'Aménorrhée(s)

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

API : Accompagnement à la Parentalité Individualisé

h : heure

SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : échelle descriptive des repas.	32
<u>Tableau 2</u> : description positive des repas.	32
<u>Tableau 3</u> : description péjorative des repas.	33
<u>Tableau 4</u> : avis sur les horaires de délivrance des repas.	33
<u>Tableau 5</u> : qualification de la chambre.	36
<u>Tableau 6</u> : adjectifs caractérisant l'organisation journalière.	38
<u>Tableau 7</u> : caractéristiques au relationnelles des équipes soignantes.	40
<u>Tableau 8</u> : besoin de rencontrer une assistante sociale.	41
<u>Tableau 9</u> : informations des patientes sur la pratique d'un culte à l'hôpital.	42
<u>Tableau 10</u> : écoute et disponibilité de l'équipe soignante.	43
<u>Tableau 11</u> : informations compréhensibles et suffisantes concernant la patiente.	44
<u>Tableau 12</u> : informations compréhensibles et suffisantes concernant le nouveau-né.	45
<u>Tableau 13</u> : qualification de la communication inter-service.	46
<u>Tableau 14</u> : description des divertissements à l'hôpital.	48
<u>Tableau 15</u> : information et encadrement de l'allaitement par les équipes soignantes.	50
<u>Tableau 16</u> : difficultés de l'allaitement maternel décrit par les patientes.	52
<u>Tableau 17</u> : classification des besoins.	53
<u>Tableau 18</u> : critères exprimés pour décrire les difficultés psychologiques.	55
<u>Tableau 19</u> : échelle de satisfaction.	55
<u>Tableau 20</u> : suggestion citée par la patiente dans la liste prédéfinie.	57
<u>Tableau 21</u> : adjectifs décrivant la proximité.	59
<u>Tableau 22</u> : souhait d'être relayé auprès de l'enfant.	61
<u>Tableau 23</u> : adaptation de la patiente au nouveau-né.	62
<u>Tableau 24</u> : critères d'adaptations au rythme de l'enfant.	63
<u>Tableau 25</u> : description de la mise en place du lien.	64
<u>Tableau 26</u> : raison de difficulté pour la mise en place du lien.	65
<u>Tableau 27</u> : raison de l'absence de difficulté à la mise en place du lien.	66
<u>Tableau 28</u> : avis sur la durée du séjour.	66
<u>Tableau 29</u> : disposition des outils pour la sortie par la patiente.	68

<u>Tableau 30</u> : interrogations des patientes pendant le séjour.	69
<u>Tableau 31</u> : besoin spécifique des patientes pendant le séjour.	70
<u>Tableau 32</u> : difficultés des patientes pendant le séjour.	71

LISTE DES FIGURES

<u>Figure I</u> : cartographie du réseau Périnatalité Méditerranée.	11
<u>Figure II</u> : pyramide de Maslow.	13
<u>Figure III</u> : répartition de la population par tranche d'âge.	28
<u>Figure IV</u> : répartition de la catégorie professionnelle.	29
<u>Figure V</u> : répartition de l'origine géographique.	29
<u>Figure VI</u> : répartition de la situation maritale.	30
<u>Figure VII</u> : répartition de la parité.	30
<u>Figure VIII</u> : comparaison de l'âge gestationnel et du service d'hospitalisation de l'enfant. ...	31
<u>Figure IX</u> : souhait d'aide à l'accompagnement en unité pédiatrique.	35
<u>Figure X</u> : connaissance maternelle des capacités du nouveau-né.	50
<u>Figure XI</u> : caractéristiques des équipes par les patientes.	54
<u>Figure XII</u> : durée idéale du séjour en maternité par les patientes.	67
<u>Figure XIII</u> : comparaison de la voie d'accouchement et du souhait d'un accompagnement en réanimation néonatale.	85
<u>Figure XIV</u> : comparaison entre la parité et l'adaptation à l'organisation dans le service de maternité.	85
<u>Figure XV</u> : comparaison de la sévérité de la prématurité et de la mise en place du lien avec l'enfant.	86
<u>Figure XVI</u> : comparaison de la voie d'accouchement et de la durée idéale du séjour.	88

INTRODUCTION : CADRE THEORIQUE

La naissance permet aux couples de rencontrer l'enfant désiré pendant la grossesse, de devenir parents... C'est un événement heureux. L'heure qui suit la naissance fait partie de l'accouchement et permet la délivrance, de surveiller les pertes sanguines, d'évaluer l'état maternel, et si besoin d'effectuer la suture périnéale ou abdominale.

Une heure après la délivrance débute le post-partum ou suites de couches ; cette période se poursuit six semaines après l'accouchement et permet au corps maternel de retrouver son état d'avant la grossesse. C'est une période de transition pour tous les parents et le nouveau-né au niveau physiologique, affectif et social. Chez la mère se produisent : des modifications physiques importantes, la mise en place d'un nouveau lien avec l'enfant, un bouleversement émotionnel dû à la chute des hormones et une place de mère dans la société. Des soins spécifiques sont réalisés pour assurer la prévention, le dépistage précoce et le traitement de complications et des maladies, avec l'apport de conseils variés notamment sur l'allaitement maternel, la contraception, la vaccination, l'alimentation maternelle. [1]

Les besoins des femmes pendant cette période sont souvent éclipsés en faveur de la grossesse, de l'accouchement ou de l'enfant. Permettre à la mère de satisfaire ses besoins est essentiel pour éviter un impact sur sa santé et celle de l'enfant.

Cette période peut s'entraver de complications comme la survenue d'une séparation mère-enfant.

La séparation mère nouveau-né à la naissance ou pendant le séjour en maternité est un bouleversement dans la vie des patientes. Les circonstances de séparations sont pathologiques et généralement inopinées. Les patientes sont donc partagées entre deux services : la maternité et le service de néonatalogie/réanimation néonatale. Cela peut-être source de détresse, de chagrin, d'inquiétude et de questionnements. L'accompagnement de ces patientes est nécessaire dans leur globalité ; l'équipe soignante est donc indispensable pour aider et soutenir ces accouchées.

M. Dugnat, note que « la contenance chaleureuse, la préoccupation et la disponibilité des équipes donneront ainsi une première sécurité et une estime de soi nécessaires à la construction de la parentalité. » dans Prévention précoce, parentalité et périnatalité. [2]

L'enquête de périnatalité de 2016 [3] énonce un taux de nouveau-nés hospitalisés dans un service autre que le service de suites de couches de 9,0%, soit hospitalisés dans un service de réanimation néonatale, de néonatalogie ou dans une unité kangourou.

Ce taux est en croissance depuis l'enquête de périnatalité de 1995. L'augmentation du taux serait due à deux raisons :

- Au nombre croissant de 6% de naissances prématurées, avant 37 semaines d'aménorrhées (SA).
- A la modification d'organisation de soins avec l'ouverture de nouvelles unités kangourou entre 2010 et 2016.

En tant que future professionnelle de santé, quelle prise en charge peut être proposée à ces patientes pour améliorer leur vécu en répondant au mieux à leurs besoins ?

Pour aborder ce projet, nous expliciterons l'organisation des maternités en France, la répartition en région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) et les raisons d'un possible transfert en réanimation ou néonatalogie.

Puis nous retracerons l'hospitalisation d'une accouchée et les différences qui peuvent survenir lorsque le nouveau-né est hospitalisé dans un service autre que la maternité. Tout en nous interrogeant sur : qu'est-ce qu'un besoin, pour l'Homme, dans un milieu hospitalier, et plus spécifiquement les besoins des parents dont l'enfant est hospitalisé dans un service pédiatrique.

En France, il existe 517 maternités, qui sont divisées en trois niveaux [4] et organisées en réseaux de périnatalité. Grâce à une collaboration professionnelle et au partage d'informations, une prise en charge globale et continue des patients peut être réalisée en amont et en aval de la naissance. [5]

La répartition des différents niveaux de maternités se structure comme suit :

- Les maternités de niveau I.
Prennent en charge les grossesses à bas risque obstétrical. Ces maternités ne détiennent qu'une unité obstétricale.
- Les maternités de niveau II.
Ayant la capacité de s'occuper de « grossesses à risque modéré ainsi que les nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière. ». Se divisent en deux catégories IIA et IIB possédant toutes les deux une unité d'obstétrique et de néonatalogie néanmoins le niveau IIB présente également une unité de soins intensifs.

- Les maternités de niveau III.

Qui prennent en charge « toutes les grossesses à haut risque et les nouveau-nés présentant des détresses graves », avec une unité d’obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Le réseau Méditerranée [6] comprend la région PACA, la Corse et la Principauté de Monaco. Les 43 structures du territoire comptent : 21 maternités de niveau I, 19 maternités de niveau II et 3 maternités de niveau III. Ce réseau est lui-même divisé en deux antennes : l’antenne Ouest Marseille et l’antenne Est Nice. L’antenne Est ne possède aujourd’hui qu’une seule maternité de niveau III, se situant à Nice au sein de l’Archet II, dont l’organisation structurelle est expliquée par la suite.

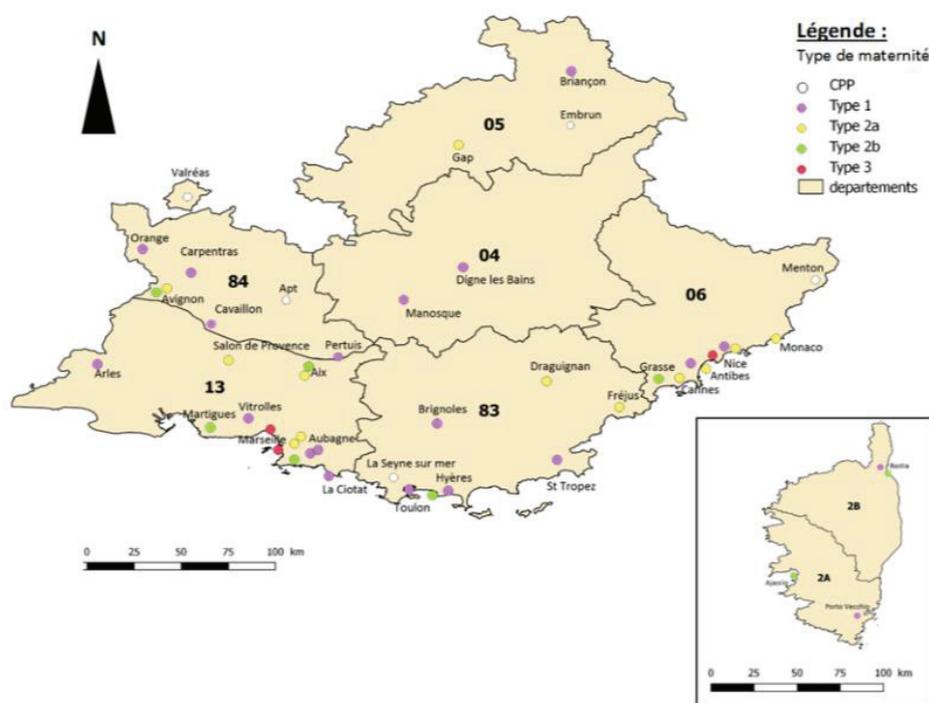


Figure I : cartographie du réseau Périnatalité Méditerranée.

Lors de l’admission d’une patiente, dont les caractéristiques maternelles ou fœtales ne sont pas en accord avec les dispositions du site, un transfert vers un établissement adapté, de niveau supérieur, doit être réalisé pour permettre au nouveau-né ou à la mère de recevoir les soins adéquats. Sauf en cas de contre-indications fœtales ou maternelles.

Une naissance dans une structure adaptée permet de diminuer la mortalité périnatale et la fréquence des handicaps. [7] C’est une décision médicale qui nécessite l’accord entre le

médecin demandeur et receveur. [8] Tout transfert in utéro ou transfert néo-natal nécessite un accompagnement et des informations claires et loyales du couple parental. [5] [9]

Un re-transfert dans la maternité ou néonatalogie d'origine peut être réalisé une fois les critères de grossesse ou du nouveau-né en adéquation avec le niveau des unités présentes. Ce rapprochement du domicile permet une plus grande facilité d'accès à l'enfant et ainsi le renforcement du lien parent-enfant. [10]

A la suite d'un accouchement en France, toutes les patientes sont hospitalisées pour une durée variable (trois à quatre jours après un accouchement voie basse et cinq à six jours après une césarienne) [11] dans un service de suites de couches. Ceci permet une surveillance maternelle globale. Les compétences des sages-femmes sont définies dans le code de santé publique et intègrent l'encadrement de l'accouchée avec la pratique des soins post-nataux concernant la mère et l'enfant [12], ainsi que l'apport de conseils variés permettant d'élever le nouveau-né.

D'un point de vue médical ; le suivi du post-partum nécessite des examens cliniques, des soins ciblés en fonction du contexte clinique. Les examens cliniques se composent d'un examen général (avec la vérification des signes vitaux) et d'un examen obstétrical (avec l'examen des seins, le contrôle de la bonne involution utérine et de lochies physiologiques, de la cicatrisation de plaie telles que la laparotomie en cas de césarienne ou périnéale en cas de déchirure ou d'épisiotomie pendant un accouchement voie basse.) Cet examen permet d'éliminer toutes les complications comme l'infection, l'hémorragie, la douleur ou le risque de thrombose veineuse... [13]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un bien-être physique, mental et social » lors de l'énonciation de sa Constitution de 1956. Le suivi social à l'hôpital, avec la rencontre d'une assistante sociale, peut être proposé selon le contexte ou à la demande de la patiente.

Lors du retour à domicile, des ordonnances spécifiques, les conseils d'usages et un suivi dans un centre de Protection Maternelle Infantile ou avec une sage-femme libérale sont proposés à toutes les patientes pour la continuité des soins.

Cette hospitalisation permet donc une prise en charge globale de la femme, cependant comment peut-on définir les besoins de ces accouchées ?

Un besoin est d'après le Larousse [14] une « exigence, qui naît d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique ».

A. Maslow, psychologue Américain, propose une théorie identifiant et hiérarchisant les besoins d'un Homme. Les besoins physiologiques (nécessaires à la survie d'une personne), le besoin de sécurité (physique, psychique et économique), le besoin d'appartenance à un groupe, le besoin d'estime de soi et d'auto réalisation (développer les connaissances) sont les cinq besoins cités par ce dernier. Ces besoins, énoncés dans l'ordre, sont souvent représentés sous forme de pyramide. [15]

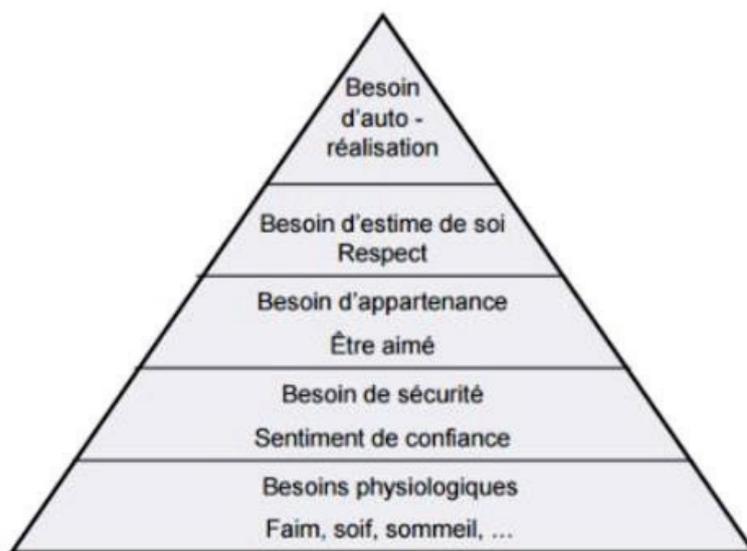


Figure II : pyramide de Maslow.

Cette pyramide doit être lue de bas en haut. La hiérarchisation implique que la satisfaction des besoins physiologiques est nécessaire avant la possible réalisation voire la satisfaction du besoin de sécurité. Et ainsi de suite jusqu'au besoin d'auto réalisation...

Par la suite, un ouvrage sur les besoins fondamentaux des personnes hospitalisées est rédigé par une infirmière américaine, Virginia Henderson. [16] Elle identifie 14 points et les classes en 3 catégories :

- Besoins primaires ; qui regroupent les besoins physiologiques et indispensables à la vie. C'est-à-dire le besoin de respirer, de boire et manger, d'éliminer les urines et les selles, de se mouvoir et de maintenir une bonne posture, de dormir et de se reposer.

- Besoins secondaires ; d'ordre physiologique et social. Incluant le besoin de se vêtir et se dévêtir, de maintenir sa température, d'être propre et de se protéger de ses téguments, d'éviter les dangers.
- Besoins tertiaires comprenant le besoin de communiquer, d'agir selon ses croyances et ses valeurs, de s'occuper en vue de se réaliser, le besoin de se recréer et le besoin d'apprendre.

Or lors d'une hospitalisation les patients sont dépendants de la structure hospitalière ce qui peut provoquer des modifications au niveau de la satisfaction de leurs besoins.

- Les besoins primaires sont déréglés étant donné le changement d'environnement et l'organisation hospitalière (les horaires des repas à heures précises, les visites des différents professionnels le long de la journée), qui influent sur le repos des patientes. Le régime alimentaire hospitalier trouble le transit.

Le contexte clinique modifie la façon dont la patiente va pouvoir se déplacer...

- Les besoins tertiaires sont intensifiés comme le besoin de communication, qui peut être entravé au travers du vocabulaire médical utilisé par les professionnels de santé et les discours variés des multiples équipes rencontrées.

Dans le respect des soins les patients peuvent pratiquer leur religion.

Les divertissements proposés dans le service sont-ils suffisants au patient pour se détendre ?

Le besoin d'apprendre portant sur l'apprentissage des soins, l'allaitement...

Les équipes de maternités accompagnent le rétablissement des patientes pendant leur hospitalisation et tentent de répondre au mieux à leurs besoins fondamentaux pour une meilleure satisfaction.

Un nouveau-né vivant, avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine doit rester auprès de sa mère. [17] Lors d'un contexte médical d'une particulière gravité ou sévérité, un transfert dans un service spécialisé doit être réalisé. Deux services existent pour ces nouveau-nés ; un service de néonatalogie et un service de réanimation-néonatale. Le choix du service de transfert est décidé en fonction de la prise en charge néonatale. [10] Un transfert peut être qualifié de primaire c'est-à-dire transféré à la naissance ou secondaire pendant le séjour en maternité.

Dans le service de suites de couches la mère est généralement accompagnée de son nouveau-né, permettant l'observation de la bonne adaptation de la vie extra-utérine du nouveau-né. Des examens pédiatriques, des dépistages néonataux (le test de Guthrie ou le test auditif)

sont réalisés dans les premiers jours de vie. L'apprentissage et l'acquisition des soins par les parents, ainsi que l'apport de conseils variés autour du nouveau-né sont des objectifs non réalisables en cas de séparation mère-enfant.

La séparation mère-enfant est un acte médical fréquemment dû à l'organisation structurelle des services. Une réévaluation des bénéfices et des risques est nécessaire lors de chaque transfert, du fait des conséquences variées induites sur l'attachement de la mère et de l'enfant ou de l'alimentation du nouveau-né en cas d'allaitement maternel.

La prise en charge de l'enfant en unité spécialisée doit tenir compte de plusieurs facteurs en favorisant le lien mère-enfant, éviter la séparation mère enfant, prévenir la maltraitance de l'enfant, et favoriser l'allaitement maternel. [19]

L'OMS recommande un allaitement maternel pendant les six premiers mois de vie. La mise en place et l'encadrement de l'allaitement doivent être effectués pendant le séjour en maternité. [20] L'allaitement est à encourager lors d'une séparation mère enfant, car ses bienfaits ont été unanimement reconnus chez l'enfant et la mère, tout comme ses capacités à renforcer la mise en place du lien avec le nouveau-né. [21]

Tout d'abord chez la mère, dans le post-partum, l'allaitement permettrait une diminution du risque d'infection ainsi qu'une involution utérine et une perte de poids plus rapide. A long terme, l'allaitement maternel semblerait diminuer le risque de cancer du sein et de l'ovaire avant la ménopause.

Chez le nouveau-né, la composition du lait permet un lait en renouvellement permanent, adapté aux besoins de l'enfant. Chez le prématuré, le lait maternel permet à court terme de diminuer le risque d'entérocolique-ulcéro-nécrosante, d'infection, et la durée du séjour. La concentration en anticorps et en acides gras poly-insaturés plus importante autorise un développement neurosensoriel de meilleur pronostic. A moyen terme le lait maternel diminue la prévalence d'obésité chez l'enfant et l'adolescent, et la prévention du diabète de type I chez les enfants porteurs de facteurs de risque. A long terme l'allaitement maternel permet de diminuer les risques vasculaires. [22] [23] [24]. Les grands prématurés, c'est-à-dire les enfants dont le terme est inférieur 32SA ou les enfants dont le poids est inférieur à 1500 grammes, recevront (même en cas de non allaitement) du lait maternel issu du lactarium. Cette information doit être délivrée aux patientes concernées.

L'allaitement maternel est souvent source d'angoisse, de questionnement et nécessite un encadrement particulier avec l'apport de conseils ou d'explications. L'apport d'informations,

le soutien et l'encouragement de l'équipe soignante sont nécessaires au bon déroulement de ce projet. En cas de souhait d'allaitement par la patiente, une mise en place rapide est souhaitable. Des difficultés peuvent survenir alors au vu des visites auprès de l'enfant ou des soins maternels...

Pour permettre une meilleure montée laiteuse, le sein doit être présenté à l'enfant à terme le plus précocement possible, idéalement pendant le post-partum immédiat au moment de la rencontre de l'enfant avec les parents. La rencontre de l'enfant à la naissance est un instant clef pour faire le deuil de l'enfant imaginaire et permettre à la patiente de s'identifier en tant que mère. Or la séparation mère-enfant est source d'angoisse, avec un premier contact en salle de naissance souvent court, voir nul en fonctions des circonstances de la naissance et est ressentie comme un arrachement brutal et violent. [25]

Lors d'une séparation-mère enfant, deux séparations se réalisent :

- Physique, due à l'interruption de la grossesse.
- Géographique, due à l'hospitalisation de l'enfant.

Les mères réagissent de façons différentes à cette séparation, certaine par un déni de la séparation (surtout au niveau corporel), d'autres un sentiment de vide, d'irréalité.

La séparation est traumatique, loin des représentations habituelles de la maternité. Les rencontres avec le nouveau-né sont extrêmement importantes mais les premières peuvent être un choc pour la mère, au vu de l'installation de l'enfant dans une couveuse raccordée à des branchements (comme la ventilation périphérique positive par masque ou lunette, voir l'intubation, les capteurs de scopes et de saturation, la voie veineuse ombilicale, la sonde nasogastrique). Fréquemment, les mères ont un sentiment d'être inutiles et l'impression que les équipes médicales ont un rôle plus important qu'elles. C'est pourquoi les équipes médicales doivent apporter des explications claires sur l'installation de l'enfant et les soins apportés ainsi que de rassurer les patientes dans leur nouveau rôle de mère. [25] [26]

L'attachement est le lien qui unit tout nouveau-né à sa mère, qualifié de primordial (commun à tous les mammifères), réciproque et d'indispensable à la survie du nouveau-né. [21]

A la naissance l'enfant possède des capacités lui permettant d'établir un lien d'attachement avec sa mère. L'attachement est mis en place dès les premiers jours, voire les premières semaines après l'accouchement au travers d'interactions. Ce lien est indispensable pour l'évolution physique et psychique de l'enfant et l'acquisition de son autonomie. Certaines

compétences comme les pleurs, les cris, sont innées chez le nouveau-né, permettant de garder la figure d'attachement à proximité pour réaliser ses besoins ou corriger tout inconfort. [27]

Lors de la première phase d'attachement, le nouveau-né est dépendant de son environnement et des réponses apportées. C'est pourquoi ces signaux sont sans discrimination, il y a tout de même une préférence pour les caractéristiques sensorielles connues par l'enfant, c'est-à-dire l'odeur, la vue, le son, et le toucher de sa mère. Par la suite, la personne qui répond de manière la plus adéquate aux besoins de l'enfant devient la figure d'attachement principale. C'est pour cela qu'en cas de séparation précoce, peut apparaître une incidence sur les relations ultérieures de l'enfant, et même de l'adulte.

Chez la mère, le lien avec son nouveau-né débute pendant la période fœtale avec l'instauration du « bébé imaginaire », elle se poursuit par la suite avec la rencontre de l'enfant ; « le bébé réel ».

Les capacités maternelles de réponse aux besoins de son enfant s'énoncent par le terme de caregiving (soin). Plusieurs facteurs comme des facteurs hormonaux (l'ocytocine) et psychologiques favorisent la mise en place de ce lien.

D. Winnicott, pédopsychiatre et psychanalyste Anglais, identifie ceci de « préoccupation maternelle primaire ». En effet, la mère développe des « capacités naturelles » et une préoccupation totale pour son nouveau-né les premiers mois de vie. Le bonding (faire le lien) établi dans les premières heures, voire la semaine suivant la naissance, est favorisé par le peau-à-peau. Ce dernier permet la mise en place du caregiving. J. Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, identifie deux facteurs : le holding (le portage) et le handling (la manipulation) de l'enfant, qui sont spécifiques à la mère et que l'enfant reconnaît.

Aucune période critique n'existerait à priori chez l'être humain. Néanmoins, la naissance et le post-partum ont été établis comme des périodes sensibles pour l'instauration du lien mère-enfant, dû à trois critères qui sont la programmation comportementale du nouveau-né, les systèmes neuroendocriniens et l'activité sensorielle.

La proximité est un critère indispensable pour la mise en place de ce lien d'attachement avec la mère. Ce critère est également l'un des besoins spécifiques aux besoins des parents dont un enfant est hospitalisé dans un service pédiatrique. Une liste de besoin est établie pour cette population et compte les besoins : [28]

- D'information (sur l'état de santé de l'enfant, le matériel médical au contact de l'enfant, la prise en charge, le fonctionnement du service et les horaires de visites).
- D'acceptation de leur propre culture.
- De présence auprès de l'enfant.
- De réaliser les soins.
- De relations et d'accompagnement par l'équipe soignante.
- D'être rassurés.
- D'être relayés par des personnes de l'entourage.
- D'hébergement auprès de l'enfant.
- D'intimité.
- D'être aidés à gérer les difficultés de la fratrie
- De trouver un sens à leur épreuve

Selon l'OMS, « les services doivent prendre en compte les besoins et les problèmes de santé » des accouchées. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une bienveillance des patientes c'est-à-dire la « qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes exprimées », ceci montre l'intérêt porté à l'accompagnement personnalisé des patientes et de leurs nouveau-nés.

C'est pourquoi l'identification des besoins spécifiques des patientes, lors d'une séparation mère-enfant, est indispensable pour pouvoir accompagner de manière la plus appropriée cette population à risque, en vue d'obtenir un meilleur vécu du séjour en suites de couches.

PREMIERE PARTIE

PRESENTATION DE L'ETUDE ET EXPOSITION DES RESULTATS

1.1 Travail de recherche

1.1.1 Problématique.

Ayant réalisé pendant mon cursus plusieurs stages en maternités et en salle de naissance, la présence dans ces services de patientes séparées de leur nouveau-né pour des raisons médicales est assez fréquente.

L'hospitalisation des patientes en post-partum modifie leur mode de vie : avec notamment l'adaptation à cette nouvelle situation, la séparation familiale...

Le séjour en maternité implique une relation étroite entre l'accouchée, la structure et le personnel hospitalier, à travers la prise en charge (qui est spécifique selon le contexte clinique), le fonctionnement du service (avec les horaires des soins par les sages-femmes, les horaires de délivrance des repas, les habitudes de service...).

Malgré tous ces critères, l'hospitalisation de la patiente doit lui permettre d'avoir une certaine autonomie pour satisfaire ses besoins fondamentaux, développer son rôle de mère, et visiter son enfant quand elle le désire.

1.1.2 Objectif du mémoire

L'objectif principal de ce travail est d'identifier les besoins fondamentaux des mères en maternité dont l'enfant est hospitalisé dans un service spécialisé comme la réanimation néonatale ou la néonatalogie.

Les objectifs secondaires sont :

- Classifier les premiers besoins des patientes dans cette situation.

- Proposer des prises en charges spécifiques par les professionnels de santé, pour une meilleure satisfaction de l'hospitalisation des accouchées.

1.1.3 Hypothèses de travail

Plusieurs hypothèses de travail ont été émises, et seront vérifiées dans la deuxième partie de ce travail.

- Les conditions socio-économiques modifient la satisfaction des besoins des patientes.
- Les patientes ayant eu recours à une césarienne, sont les seules à nécessiter une aide à l'accompagnement en unité d'hospitalisation pédiatrique.
- La parité influence l'organisation journalière des patientes, la rendant plus difficile.
- La sévérité est inversement proportionnelle à mise en place du lien mère-enfant ; c'est-à-dire que plus la sévérité est grande plus le lien entre la mère et l'enfant est difficile.
- L'encadrement de l'allaitement est décrit comme suffisant par les patientes.
- Le vécu de l'hospitalisation est satisfaisant.
- Le séjour est considéré de courte durée par les patientes.

1.2 Méthodologie

1.2.1 Type d'étude

Pour répondre aux problèmes posés, une étude descriptive de type prospective, monocentrique, semi-qualitative, semi-quantitative a été réalisée sous forme d'entretien.

Des entretiens ont été choisis pour répondre au questionnaire : pour une meilleure compréhension des questions et une meilleure perception des ressentis de chaque patiente.

Un seul terrain a été sélectionné pour la réalisation de l'étude, une maternité de Nice, le CHU l'Archet II, en raison de son type III. Cela a permis d'obtenir un échantillon de la population plus important que dans d'autres maternités grâce à la présence de la réanimation, de la néonatalogie et des transferts in ou ex utéro.

1.2.2 Terrain ; présentation du service

La maternité du centre hospitalier universitaire de l'Archet se situe au deuxième étage du bâtiment. La réanimation-néonatalogie se trouve dans le même bâtiment, mais au deuxième sous-sol, auprès de la salle de naissance. Un accès entre la maternité et les services de pédiatries est possible par les ascenseurs ou les escaliers du bâtiment. Les services de réanimation-néonatalogie sont des services fermés : ouverts aux visites des parents uniquement, tous les jours sans interruption. Ces deux services sont accessibles après identification et désinfection des mains.

Le service de suites de couches est divisé en deux ailes, répertoriant quarante-six lits. Les ailes sont aujourd'hui divisées en deux services de suite de couches : une aile API (Accompagnement à la Parentalité Individualisé), ancienne aile A, et une aile D accueillant les accouchées non-physiologique. Dans chaque service des chambres simples ou doubles sont présentes, deux pouponnières sur l'aile API et une sur l'aile D, le bureau des sages-femmes, un office, et des réserves. Dans l'aile D de suites de couches est proposé une salle spécifique pour que les patientes puissent tirer leur lait. Cette dernière contient un tire-lait électrique, dont les kits sont à la disposition des patientes dans chaque service.

Chaque chambre est équipée d'un lit, d'une table de chevet, d'un téléphone, d'une table amovible, de chaise(s), d'une armoire et d'une salle de bains (toilette, lavabo, douche).

Les repas sont servis à 7h, 12h et 19h. Respectant la présence chez les patients d'allergies ou de régime alimentaire spécifique. Le service des repas peut être différé si les patientes ne sont pas présentes dans leur chambre ou lorsqu'elles sont auprès de leur enfant dans un autre service. Ces dernières doivent juste le signaler au personnel.

Internet est à disposition gratuitement dans les chambres après activation à l'accueil ou par téléphone. La télévision est proposée aux patientes qui le souhaitent en échange d'une indemnisation financière.

Le service est ouvert aux visites entre 13h et 20h pour les personnes de plus de quinze ans. Néanmoins une tolérance est accordée pour la fratrie.

Des affiches dans les différents services permettent d'informer les patientes et leur famille sur les droits fondamentaux des patients et la pratique de cultes à l'hôpital.

1.2.3 Trame d'intervention

Pour permettre d'obtenir une réponse au questionnement, une trame d'intervention a été réalisée en plusieurs parties, présente en annexe. (Annexe II)

La construction du contexte socio-économique de la patiente s'élabore avec l'âge, l'origine, le niveau d'étude, la profession, la situation familiale. Ceci permettra de comparer la situation socio-économique à la satisfaction exprimée par les patientes.

Ensuite nous établissons le contexte clinique de par la parité, le terme de la grossesse, la voie d'accouchement et le service d'hospitalisation du nouveau-né. Permettant de comparer ces critères aux besoins des patientes.

L'identification des besoins pendant l'hospitalisation des patientes se base sur la grille des 14 besoins de Virginia Henderson cités plus haut. Sur cette grille nous pouvons noter quelques besoins non développés dans le questionnaire ; comme le besoin de respirer, de se vêtir et de se dévêtir, d'être propre et de se protéger de ses téguments, qui sont des critères acquis par les patientes hospitalisées en maternité. D'autre part le besoin d'éliminer ou de maintenir sa température corporelle sont des critères surveillés par les examens de la sage-femme donc non abordés pendant le questionnaire.

Les besoins et les questions répertoriés dans la grille sont détaillés ci-dessous :

- Besoin portant autour de l'alimentation et l'hydratation.
Un avis général et une question portant sur les horaires de délivrances des repas.
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne posture.
Permettant à la patiente de se déplacer seule ou nécessitant une aide à l'accompagnement pour rejoindre son enfant.
- Besoin matériel.
Un avis concernant le matériel hôtelier dans la chambre : la propreté, le confort, la température est demandée.
- Besoin de repos.
Les patientes sont interrogées sur le calme du service ainsi que leur ressenti sur l'adaptation de l'équipe soignante à leur rythme.
- Besoin de sécurité.

Trois critères sont décrits par A. Maslow pour caractériser ce dernier : une sécurité physique, psychique (de part l'écoute, le relationnel, et le soutien de l'équipe) et économique avec le besoin de rencontrer une assistante sociale.

- Besoin croyance.

Les patientes sont interrogées sur le respect au sein de l'établissement de leur culture. Une deuxième question porte sur l'information donnée sur la pratique de croyance au sein de l'hôpital.

- Besoin de communication.

Ce besoin est décrit par plusieurs questions portant sur :

- L'écoute et la disponibilité des équipes.
- La qualité et la quantité d'informations apportés sur leur état de santé et celle de leur enfant.
- Les demandes spécifiques et leurs interrogations pendant l'hospitalisation.
- Leurs avis sur la communication verbale entre les différents services d'hospitalisation.

- Besoin de se divertir.

Les patientes sont interrogées sur les moyens de divertissement proposés à la maternité ainsi que leur proposition d'amélioration.

- Besoin apprendre, d'auto-réalisation.

Trois thèmes sont abordés pour ce besoin :

- Les connaissances des mères sur les capacités de leur enfant.
- L'apprentissage des soins de l'enfant.
- L'encadrement de l'allaitement.

L'autonomie de la patiente dans le service et la facilité d'organisation journalière entre les différents lieux lui sont demandés.

Toutes ces questions permettent d'observer les besoins des patientes pendant leur séjour en maternité.

Le ressenti sur le vécu de l'hospitalisation et sa satisfaction sont explorés au travers d'un avis général sur l'accueil en maternité, et la qualification de la satisfaction de l'hospitalisation.

Pour déterminer la satisfaction des patientes pendant leur séjour ; une note a été attribué à plusieurs critères sur une grille entre zéro et trois.

- Zéro équivalent à pas du tout satisfaite.

- Un, peu satisfaite.
- Deux, satisfaite.
- Trois, très satisfaite.

Les critères ont été sélectionnés à l'aide de l'enquête national « e-Santé +48h », mettant en place l'échelle de satisfaction des patients hospitalisés en médecine, chirurgie ou en obstétrique à 48h du séjour : [29]

- La restauration hospitalière avec les repas et l'hydratation.
- Les commodités du service avec le matériel hôtelier, la sécurité, les divertissements proposés.
- L'attitude des professionnels grâce à l'adaptation au rythme du patient, l'écoute, la disponibilité et relationnel.
- L'information.
- La prise en charge globale des patientes, les soins des sages-femmes, le respect de l'intimité, la prise en charge de la douleur.
- La satisfaction générale.
- La recommandation de la maternité.

Une fois les besoins et la satisfaction de l'hospitalisation identifiés, nous pourrions mieux apprécier les attentes de ces patientes pendant leur séjour.

Une question porte sur l'identification de la ou des difficultés et des besoins spécifiques ressentis pendant le séjour pour une prise en charge plus ciblée en cas de récurrence.

Ces données pourront être corrélées à la classification des besoins selon les priorités des patientes. Cette échelle des besoins est établie par les patientes en répertoriant trois besoins classés dans l'ordre de leur priorité. La sélection de besoins a été construite réunissant les besoins des patients hospitalisés et ceux de parents dont l'enfant est hospitalisé.

Les besoins sont donc :

- De soin concernant la patiente.
- De communication, d'information.
- D'accompagnement.
- De soutien / d'être rassurée.
- De proximité avec l'enfant.
- De reconnaissance de leur culture.

- D'apprentissage / de réaliser les soins de l'enfant.
- D'intimité.
- D'autonomie.
- D'aide à gérer les difficultés de la fratrie.
- Matériel.
- D'être relayée auprès de votre enfant.
- De se divertir.
- De sécurité.
- De se reposer / confort.
- Portant sur l'alimentation maternelle.

Cette liste a été imprimée et montrée aux patientes pour la sélection des besoins à la fin de l'entretien pour éviter tout risque de biais.

Les patientes hospitalisées en maternités sont des accouchées, donc pas oublier les besoins des patientes vis-à-vis de leur nouveau rôle de parent. C'est pourquoi le récit de la patiente sur le transfert de l'enfant est demandé. Permettant une analyse de la prise en charge et de proposer des conduites à tenir pour améliorer le vécu de la séparation.

La mise en place du lien, voir sa difficulté, avec l'enfant est décrit au travers de l'opinion des patientes sur la proximité, l'adaptation au rythme et la pratique des soins du nouveau-né.

Enfin l'opinion des patientes sur la durée du séjour est demandée. Ainsi que si ces dernières estimaient avoir tous les outils nécessaires à leur sortie.

Pour établir une hospitalisation idéale des suggestions spontanées ainsi que la durée souhaitée de séjour sont émis par les patientes. Une liste de suggestions est également proposée contenant :

- Consultation avec un psychologue.
- Groupe de parole avec d'autres patientes dans la même situation.
- Consultation allaitement.
- Lit accompagnant.
- Horaires des repas différés / bouteille d'eau.
- Livret d'accueil en maternité.
- Accompagnement en réanimation ou en néonatalogie.
- Rencontre avec une assistante sociale.

Chaque réponse des patientes est spontanée.

1.2.4 Population

L'échantillon de la population sélectionnée est composé d'accouchées séparées de leur nouveau-né à partir du deuxième jour d'hospitalisation en maternité. Ces caractéristiques sont les critères d'inclusions.

Les critères de non inclusion sont les patientes en maternité dont le nouveau-né est hospitalisé avec sa mère, les patientes ayant accouché d'un enfant mort-né ou né sans vie.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les patientes refusant de participer à l'étude.
- Les patientes non francophones.
- Les enfants transférés en maternité avant la réalisation de l'entretien.
- Les patientes ayant accouché de jumeau dont un des deux est hospitalisé en maternité.
- Les enfants dont le pronostic est critique.

1.2.5 Déroulement de l'étude

Une demande d'autorisation d'enquêtes a été réalisée auprès du Professeur J. Delotte, responsable du pôle « Femme-Mère-Enfant » de Nice, de Madame L. Benamer, coordonnateur en maïeutique, de Madame MC. Mechard, coordinatrice des stages et des enquêtes, ainsi que la cadre du service de maternité Madame C. Charlot.

Après l'obtention des différentes autorisations d'enquêtes au sein du CHU de Nice le 4 Septembre 2018, 10 Septembre 2018, le 13 Octobre 2018 et le 17 Octobre 2018. Les patientes dont les caractéristiques étaient en accord avec les critères d'inclusions, et après validation de la sage-femme ou de l'infirmière du service, ont été invitées à participer à l'étude.

Les entretiens se sont déroulés dans la chambre de la patiente. Sur la deuxième moitié d'Octobre, le mois de Novembre et de Décembre 2018. Ces entretiens ont donc été réalisés dans le service de suites de couches, avant la mise en place de l'aile API et de l'ouverture de l'unité de néonatalogie au sein de l'aile C de maternité.

Aucune sélection par tirage au sort n'a été réalisée pour ne pas restreindre l'échantillon de la population.

Après présentation de l'investigateur, explication de l'étude et de son déroulement, la patiente avait le choix de participer à l'étude. En cas de participation ; un consentement libre et éclairé (Annexe III) a été signé avant la réalisation de l'entretien. Ces derniers ont été enregistrés avec un enregistreur vocal, puis retranscrits sur Microsoft Word. Les données ont été traitées par le logiciel Excel. Tous les entretiens ont été anonymisés (avec l'utilisation d'un code à lettre(s)) et sont répertoriés en annexe (Annexe I).

1.3 Exposition des résultats

1.3.1 Effectifs

Trente-cinq entretiens analysables ont pu être réalisés entre le 12/10/2018 et le 21/12/2018. D'une durée moyenne de 29 minutes. L'entretien a été réalisé en moyenne aux troisièmes jours d'hospitalisation.

Plusieurs patientes non pas était incluses :

- Deux accouchées non pas était rencontrées au vu du contexte clinique du nouveau-né.
- Neuf patientes ayant des difficultés en français

D'autres patientes ont été exclues de l'étude pour les raisons suivantes :

- Quatre accouchées ayant eu une grossesse gémellaire, dont un enfant est en maternité.
- Dix patientes ont refusé de participer à l'étude.
- Sept patientes non pas pu être rencontrées du fait de leur absence dans leur chambre et en réanimation/néonatalogie, deux patientes sorties précocement ou en permission sur Lenal.
- Neuf patientes ont récupéré leur nouveau-né avant la réalisation de l'entretien.

1.3.2 Catégories socio-économiques

L'âge de l'échantillon

La moyenne d'âge de l'échantillon étudiée est de 30 ans. La cadette de la population a 19 ans. L'ainée a 38 ans.

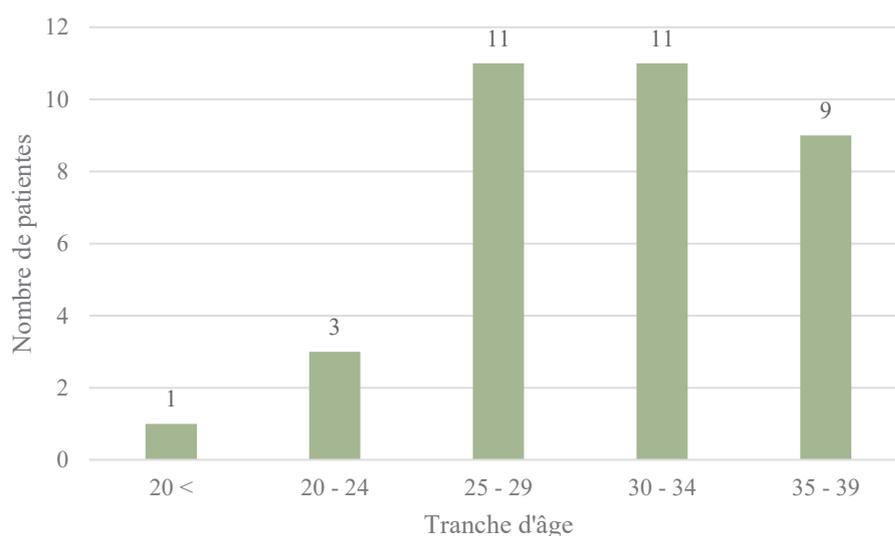


Figure III: répartition de la population par tranche d'âge.

Catégorie socio-professionnelle :

La profession des patientes a été précisée et classée en plusieurs catégories. L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) identifie différentes catégories socio-professionnelles. Cette nomenclature permet une répartition plus facile de la population. Les différentes catégories socio-professionnelles sont ci-dessous :

- Agriculteurs exploitants.
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprises.
- Cadres et professions intellectuelles supérieures.
- Professions intermédiaires.
- Employés.
- Ouvriers.
- Retraités.
- Sans profession.

L'échantillon ne comporte pas de personnes dans les catégories suivantes ; agriculteurs exploitants ou retraités. Cinq patientes se déclarent sans profession. Quatre patientes affirment être ouvrières, sept autres appartenant à une profession intermédiaire. Sept sont employées. Neuf patientes appartiennent à la catégorie professionnelle des cadres ou de professions intellectuelles supérieures. Trois d'entre elles sont : artisan, commerçante ou chef d'entreprise.

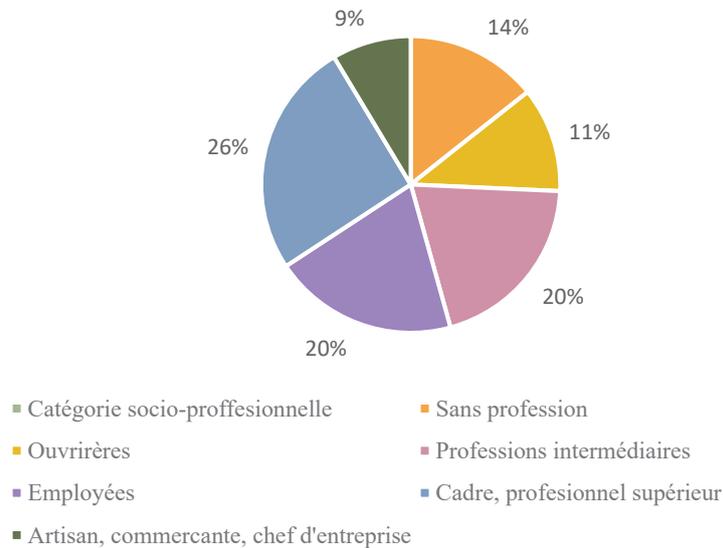


Figure IV : répartition de la catégorie professionnelle.

En parallèle, 26 patientes ont obtenu leur baccalauréat, dont 17 d'entre elles ont réalisé des études supérieures. Neuf autres patientes ont le Brevet.

Dans l'échantillon de la population obtenue l'origine géographique la plus représentée est Française avec 19 patientes (54%), puis 10 patientes (29%) provenant d'Afrique du Nord. Trois patientes (8%) proviennent d'Europe du Sud. Une patiente est d'origine du Cap Vert, une du Congo et une du Comor.

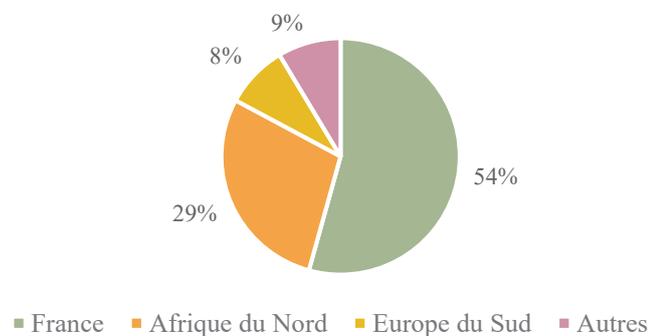


Figure V : répartition de l'origine géographique.

La situation familiale des patientes note 16 patientes (46%) mariées, sept patientes (20%) pacsées, trois (8%) patientes célibataires, et neuf (26%) patientes en concubinage.

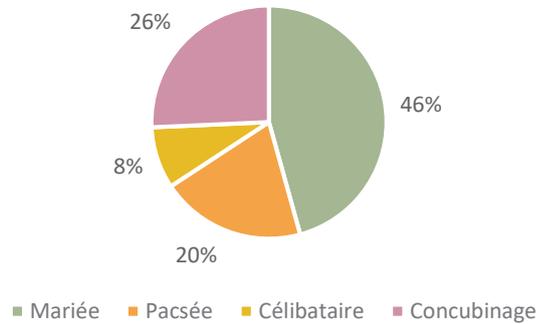


Figure VI: répartition de la situation matrimoniale.

1.3.2 Contexte clinique

La population interrogée compte une équivalence de primipare et de deuxième pare, qui dénombre deux échantillons de 16 patientes (46%) chacun. La population présente également trois grandes (8%) multipares : une troisième, une quatrième et une sixième pare.

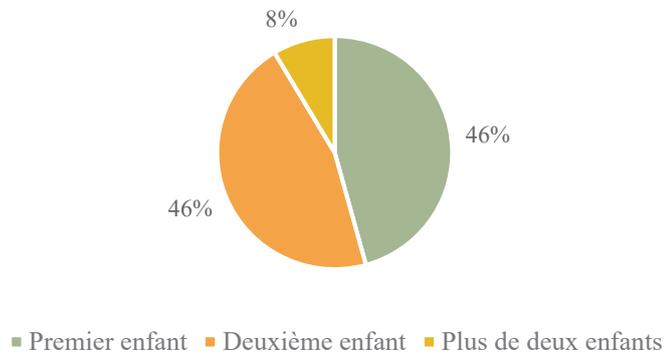


Figure VII: répartition de la parité.

La voie d'accouchement de la population dénombre 18 (51,4%) accouchements voie basse et 17 (48,6%) par césarienne. Parmi ces grossesses, quatre grossesses gémellaires sont identifiées.

La répartition de la sévérité du terme d'accouchement est la suivante :

- Trois patientes ont accouché entre 24SA et 28SA. (8,6%)
- 13 patientes, entre 28SA et 32SA. (37,1%)
- Neuf patientes, entre 32SA et 37SA. (25,7%)
- Sept patientes, entre 37SA et 41SA. (20%)
- Trois patientes ont un terme supérieur à 41SA. (8,6%)

Les 39 enfants sont hospitalisés en dehors de la maternité : en réanimation pour 23 d'entre eux et en néonatalogie pour 15 d'entre eux. Un enfant est hospitalisé dans un service spécialisé en raison de sa pathologie, se trouvant dans un autre établissement : à l'hôpital Lenal (n'est donc pas représenté dans la figure suivante).

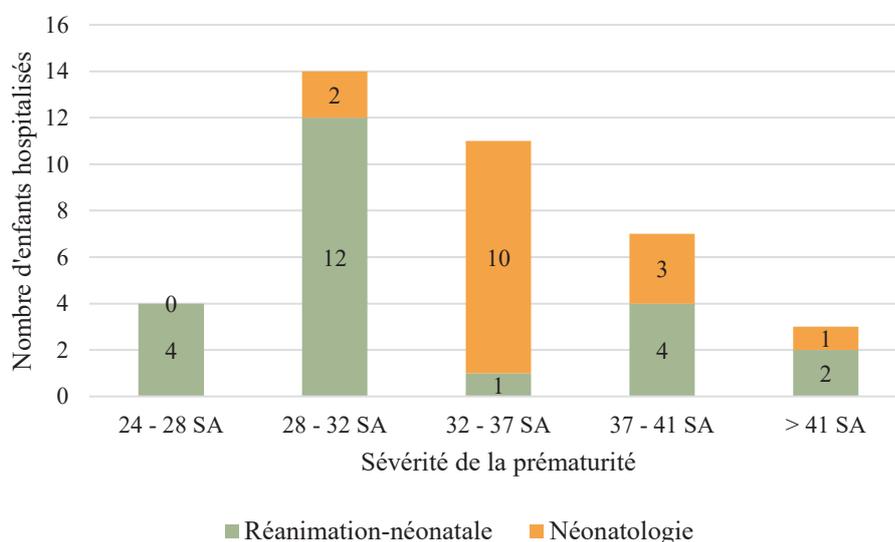


Figure VIII : comparaison de l'âge gestationnel et du service d'hospitalisation de l'enfant.

1.3.3 Besoins

Les besoins abordés sont décrits ci-dessous. Le premier est :

Le besoin d'alimentation.

« Que pensez-vous des repas et de l'hydratation proposés dans le service ? »

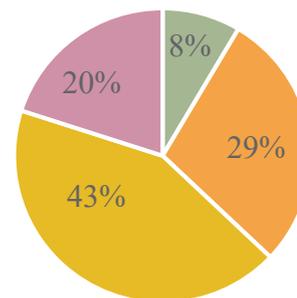
Les patientes ont qualifié ce besoin de catastrophique, correct, bien, ou de très bien. En cas de non caractérisation par la patiente de ce besoin ; la quantité d'adjectifs utilisés est servie

pour noter ce besoin. En cas d'utilisation d'un adjectif favorable, la patiente a été classée dans la catégorie « bien ». En cas d'adjectif critiquant le besoin, la patiente a été classée dans la catégorie « correct ». L'utilisation de plusieurs adjectifs, permet de classer la patiente dans les catégories « très bien » ou « insuffisant ».

La répartition est la suivante :

Tableau 1 :
échelle descriptive des repas.

	Effectif N = 35	Pourcentage 100 %
<i>Insuffisant</i>	3	8,5 %
<i>Correct</i>	10	28,5 %
<i>Bien</i>	15	42,8 %
<i>Très bien</i>	7	20 %



Les 22 patientes (62,8%) dans les catégories « bien », ou de « très bien » justifient leur choix en expliquant que les repas sont « variés », « copieux », « équilibrés », « adaptés » aux accouchées ou soulignent le respect de régime alimentaire spécifique.

Tableau 2 : description positive des repas.

	Effectif N = 22	Pourcentage 62,8 %
<i>Equilibré</i>	3	13,6 %
<i>Bon</i>	6	27,3 %
<i>Respect du régime alimentaire spécifique</i>	4	18,2 %
<i>Varié</i>	5	22,7 %
<i>Complet</i>	2	9 %
<i>Copieux</i>	2	9 %

Les 13 patientes qualifiant les repas d'insuffisants ou de corrects, décrivent les repas d'« immangeables », de pauvres en quantité (notamment concernant les patientes allaitants), peu variés ou inadaptés au régime alimentaire spécifique. Le gout a également été mis en cause.

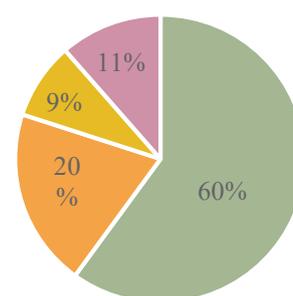
<i>Tableau 3 : description péjorative des repas.</i>	Effectif	Pourcentage
	N = 13	37 %
<i>Pauvre en quantité</i>	4	30,8 %
<i>Non-respect d'un régime alimentaire spécifique</i>	1	7,7 %
<i>Pas varié</i>	3	23,1 %
<i>Pas bon</i>	5	38,5 %

L'hydratation a faiblement été évoquée seulement 13 patientes sur 35 (37%). La répartition de l'échantillon montre :

- Quatre patientes ayant leur propre réserve d'eau (30,8%).
- Une patiente estime un manque de variété dans le choix des boissons.
- Une patiente préférerait une bouteille d'eau plutôt que des carafes.
- Sept patientes (53,8%) qualifient ce besoin de « bien ».

« Que pensez-vous des horaires de délivrance des repas ? »

<i>Tableau 4 : avis sur les horaires de délivrance des repas.</i>	Effectif	Pourcentage
	N = 35	100%
<i>Bien</i>	21	60 %
<i>Souhait par la patiente d'adaptation de l'équipe</i>	7	20 %
<i>Adaptation de l'équipe médicale</i>	3	8,6 %
<i>Adaptation de la patiente aux horaires des repas</i>	4	11,4 %



Les patientes ont des avis variés sur l'heure de distribution des repas. 60% (21 patientes) apprécient le fait que ce soit des horaires fixes et « habituels », permettant ainsi une organisation plus aisée. « Non, je trouve que c'est bien que ce soit carré. Ça évite que ça soit dans tous les sens. » (GG)

En revanche, 20% soit sept patientes souhaitent que les horaires des repas soient adaptés ;

« Je préfère manger plus tard. [...] C'est une question de priorité franchement. Je suis montée une fois, c'était froid. Ce n'est pas grave. » (BB) « C'est compliqué quand on est avec le bébé et qu'on ne voit pas l'heure passer. [...] ça me va aussi une fois qu'on arrive à s'organiser c'est bon. » (OO)

Les patientes ayant bénéficié d'une hospitalisation en grossesse pathologique apprécient le système de distribution des repas :

« Si on pouvait choisir de le prendre à 19h30 ou 20h au lieu de... De pouvoir faire réchauffer notre plateau. Comme en grossesse pathologique. » (II) « Nous laisser (le plateau) en autonomie et nous le laisser le déposer. Faudrait qu'on soit un peu plus autonome. » (T)

Lors d'un entretien une patiente relate l'absence de son plateau repas du fait de son absence entre la distribution et le moment où l'équipe a récupéré les plateaux :

« Je suis remonté, je n'avais pas mon plateau [...] Personne ne cherchait après moi. Pas quelqu'un qui m'avait laissé un mot ou une (quelconque) communication entre la néonate et la maternité. Elle (un professionnel hospitalier) a répondu que, je n'étais pas dans la chambre ! [...] Alors que moi, c'est normal que je passe plus de temps en bas... Qu'est-ce que je fais ici ? Moi toute seule. » (C)

Trois patientes, soit 8,6%, ont déclaré avoir bénéficié des horaires différés des repas. Quatre patientes se sont adaptés aux horaires des repas. (11,4%)

Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne posture.

« Avez-vous besoin ou avez-vous eu besoin d'une aide à l'accompagnement pour vous rendre dans le service d'hospitalisation de votre enfant ? »

Deux patientes (5,7 %) insistent sur le fait que l'aide à l'accompagnement leur a été proposé par l'équipe soignante.

La répartition des avis est dans la figure suivante :



Figure IX : souhait d'aide à l'accompagnement en unité pédiatrique.

18 patientes (51,4%) estiment ne pas avoir besoin d'une aide à l'accompagnement pour aller en réanimation-néonatalogie.

17 patientes souhaitent bénéficier de cette aide. Soit 48,6% des patientes. Certaines interrogées ont expliqué leur choix :

- L'hospitalisation de l'enfant dans un autre établissement (une patiente ; 5,8%).
- La douleur exprimée par deux patientes (11,8%).
- L'asthénie est mise en cause par une patiente (5,8%).

Parmi la population étudiée : 15 patientes (42,3%) déclarent avoir besoin d'une aide à l'accompagnement le premier jour.

10 patientes, des 17 nécessitant une aide à l'accompagnement en réa-néonatalogie, le désire seulement le premier jour, soit 59%. Contrairement à 27,7 %, c'est-à-dire 5 patientes des 18 ne désirant pas cette aide.

« Comment trouvez-vous l'accès à votre enfant ? »

Les patientes ont de multiples avis sur l'accès à leur enfant. 54,3% des patientes, soit 19 d'entre elles, apprécient le fait de pouvoir visiter leur enfant 24h sur 24, 7 jours sur 7.

Néanmoins plusieurs avis concernant le trajet sont émis par les patientes :

- Huit patientes, soit 22,9%, décrivent le trajet comme « *facile* » avec l'utilisation des ascenseurs.

Parmi cet échantillon ; trois patientes mettent en avant la présence des ascenseurs non publics situés entre les deux ailes de maternité, réservés aux personnels hospitaliers, facilitant leur parcours. (A) (E) (U)

- Douze patientes, 34,3%, évoquent ce trajet comme « *difficile* » pour trois raisons.

Premièrement, deux patientes trouvent indispensable une aide à l'accompagnement sur ce trajet.

La deuxième raison pour laquelle l'accès au service d'hospitalisation est décrite comme « *difficile* » est : la nécessité d'« *effort* » (EE), pour se rendre en réanimation néonatalogie dû à la distance entre les deux services, ainsi que la « *douleur* » ((E), (T), (Z)), et la « *fatigue* » que provoquent le trajet.

Enfin, le trajet en fauteuil est présenté comme ayant des « *petites bosses* » et comme non droit. ((II) - (MM)) : « *il y a des passages qui sont un petit peu compliqué et quand on sort de la césarienne...* »

Besoin matériel

« Comment trouvez-vous le matériel hôtelier mis à disposition dans la chambre ? »

« Concernant le confort ? La propreté ? La température de la chambre ? »

33 (94,3%) non rien signalé spontanément concernant le matériel hôtelier disponible dans la chambre. Les deux autres se sont plaintes du matelas, et de la douche.

Tableau 5 :
qualification de la chambre.

	Ne signale rien	Signal
<i>Confort</i> N = 35 (100 %)	32 (91,4 %)	3(8,6 %)
<i>Propreté</i> N = 35 (100 %)	31 (88,6 %)	4 (11,4 %)
<i>Température</i> N = 35 (100 %)	31 (88,6 %)	4 (11,4 %)

32 patientes (91,4%) ne rapportent pas de trouble concernant le confort des chambres. Cependant trois d'entre elles signalent le manque de confort au niveau des matelas. (8,6%)

88,6%, soit 31 patientes n'ont rien signalé sur la propreté de l'hôpital. Quatre signalent un manque de propreté, néanmoins toutes ces dernières se qualifient de « maniaque ». (11,4%)

Sur les 35 patientes de la population, quatre (11,4%) notent une température de la chambre trop chaude ou trop froide. Cependant la présence du thermorégulateur, ou de couvertures supplémentaires dans le service permet de les satisfaire.

Besoin de repos

« Le service est assez calme pour vous permettre de vous reposer ? »

14 accouchés (40 %) décrivent le service de maternité et de gynécologie de très calme. 45,7 %, soit 16 patientes qualifient le service de calme et 5 (14,3 %) de moyennement calme.

Néanmoins 12 patientes, c'est-à-dire 34,3% se sont exprimées spontanément sur des sentiments péjoratifs du fait d'entendre ou de voir les mères accompagnées de leur nouveau-né dans le service de maternité :

« De voir les mamans qui passent avec leur bébé pour faire la douche, pour faire des trucs. Elle est séparée de moi, ça me fait mal au cœur. Je ne vous cache pas que j'ai pleuré du fond de mon cœur. » (PP) « On entend les autres bébés crier à côté. Ça fait bizarre. Ce n'est pas facile. » (NN) « Tu vois toutes les mamans avec leur bébé, ça fait mal au cœur. [...] Moi je suis là. On dirait que je ne sers à rien. » (U) « Avec tous les bébés à côté. Ce n'était pas cool. [...] on voit toutes les mamans avec leurs bébés, et qu'y font ceci, cela. » (BB)

De plus ; une accouchée dans le service de gynécologie pour un rapprochement mère-enfant, apprécie le fait que les équipes aient considéré l'absence de l'enfant dans la chambre et l'ont hospitalisé dans ce service plutôt qu'en maternité.

« Trouvez-vous que les équipes de maternité s'adaptent suffisamment à votre rythme ? »

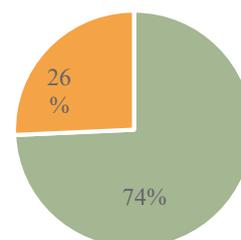
L'adaptation de l'équipe soignante est saluée par les patientes interrogées. Ces dernières décrivent des équipes pour 48,6% (soit 17 patientes) de « disponibles ». Les équipes sont également qualifiées de patientes, d'empathiques, et répondant aux besoins.

« Ils sont venue quand j'étais là. Quand j'ai pu. » (RR) Les équipes « s'adaptent à mon rythme, le jour et la nuit, au début quand j'étais malade ils passaient assez souvent pour voir si j'avais besoin ... maintenant c'est moi qui les appelle » (II)

« Comment vous êtes-vous organisée entre les services de maternité et de réanimation ? »

Tableau 6 :
adjectifs caractérisant
l'organisation pendant
le séjour.

	Effectif	Pourcentage
	N = 35	100 %
<i>Facilité</i>	N = 9	25,7 %
<i>Difficulté</i>	N = 26	74,3%



L'organisation au sein de l'hôpital, entre les différents services d'hospitalisation, est décrit par les patientes comme acquis facilement ou difficilement.

Neuf (25,7%) patientes décrivent comme « difficile ». Les raisons de ces difficultés sont :

- L'adaptation difficile à la situation. (D) (MM)
« Je réalise tout juste que je viens d'accoucher. De se dire qu'on n'a pas les enfants dans la chambre. De se dire que les bébés sont en réanimation. Et après de se dire qu'on va être séparé d'eux. Ça fait beaucoup. » (P)
- L'absence d'acquisition d'un rythme.
« Je demande l'heure des soins exact. Mais c'est en même temps que le repas. (P)
- Le souhait de rester avec l'enfant le plus longtemps possible
« Je ne peux pas laisser bébé tout seul. Même si elles (les infirmières puéricultrices) s'en occupent bien, ce n'est pas leur mère. » (I)
- Les visites extérieures. (K)- (V)- (PP)

- Le rythme soutenu, la quantité des différents lieux (Lenal, les unités pédiatriques et la maternité) et la diversité des activités à réaliser ; entre l'allaitement maternel, la présence aux soins, les visites provoquant chez les patientes de l'asthénie.

« Je suis très fatiguée, je n'arrive pas à dormir. Je dors 4h par nuit. Je ne fais pas de sieste. Là je dois tirer mon lait depuis ce matin et je ne l'ai pas fait. Mais je suis très fatiguée, je suis remontée, me reposer et à 13h, j'y retourne pour les soins et pour le peau-à-peau... » (P)

« J'essaie d'avoir un rythme, même si ce n'est pas évident. Il y a beaucoup d'endroits à aller différents » (V)

« Entre manger, faire la douche, redescendre... Des fois j'ai l'impression que je n'ai pas le temps d'être avec elle. Alors qu'on est là, à côté. Peut-être que c'est moi qui n'arrive pas encore à gérer mon temps. » (RR)

La facilité d'organisation décrit par 26 patientes (74,3%) pendant le séjour est favorisée par :

- L'heure connue des soins du nouveau-né. (A) (KK) (LL)
- Le faible nombre de visites extérieures. (C) (F)
- Le temps passé auprès de l'enfant.
« Je reste tout le temps avec bébé. » (O)
« Si on descend, on ne sait pas à quelle heure on remonte. » (U)
- Une organisation en fonction de leurs besoins ou bien de leurs envies. (OO) (QQ)

Besoin de sécurité

« Vous sentez-vous sécurisée au sein de l'hôpital ? »

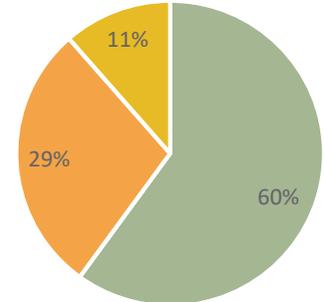
100% des patientes se sentent en sécurité au sein de l'hôpital.

Quatre patientes (11,4%) décrivent le service d'hospitalisation du nouveau-né comme sécurisé au vu de la surveillance des entrées : *« C'est vraiment que les parents. C'est bien surveillé. » (GG)*

« Est-ce que pendant votre hospitalisation vous trouvez que les équipes médicales vous soutiennent ? Est que qu'il y a un bon relationnel ? »

Tableau 7 :
caractéristiques du
relationnelle des équipes
soignantes.

	Effectif	Pourcentage
	N = 35	100%
<i>Très bon</i>	21	60 %
<i>Bon</i>	10	28,6 %
<i>Manque d'empathie</i>	4	11,4 %



60%, soit 21 patientes, qualifient le relationnel et le soutien des équipes de « *très bien* ». Complétant cette information en soulignant certaines caractéristiques des équipes comme :

- L'empathie : 8 patientes. (38,1%)
- Leurs capacités à répondre aux besoins : aidante, étant « aux petits soins » ; 4 patientes. (19%)
- Rassurantes / Soutenantes / Réconfortantes : 6 patientes. (28,6%)
- Etant à l'écoute : deux patientes. (9,5%)
- La dernière patiente n'argumente pas son choix (4,8%).

28,6%, soit 10 patientes, notent le relationnel des équipes par un « bien ».

Quatre patientes, soit 11,4% de la population étudiée considèrent que les équipes manquent d'empathie ou diffère selon les soignants. Deux patientes expliquent cette absence de bienveillance par le manque de personnel ou d'organisation de leur part. D'autres mettent en cause la banalité de leur situation en maternité. (BB) (Z))

« (le nouveau-né) *n'est pas avec moi, j'ai senti comme si je n'étais pas intéressante ! [...]* (les professionnels hospitaliers) *n'ont pas de boulot, parce qu'ils s'occupent beaucoup plus de la maman avec le petit... ensemble. Pas que la maman toute seule, et je n'ai pas senti vraiment moralement ou psychologiquement de soutien.* » (C) « *C'est comme dans le monde, ça dépend des personnes. [...] Il y a des gens plus sympas que d'autres plus empathiques que d'autres. Plus rassurant.* » (BB)

« Avez-vous eu besoin de rencontrer une assistante sociale dans le cadre de difficulté quelconque ? »

Tableau 8 :
besoin de rencontrer une assistante sociale.

	Effectif N = 35	Pourcentage 100 %
<i>Non</i>	29	82,9 %
<i>Oui</i>	5	14,3 %
<i>Rencontré</i>	1	2,9 %

29 (82,9%) accouchées déclarent ne pas avoir besoin de rencontrer une assistante sociale. Cinq (14,3%) patientes apprécieraient de rencontrer cette dernière pour des raisons multiples pour :

- Obtenir des informations concernant la prise en charge de l'enfant par la sécurité sociale ou la mutuelle. (O) (HH)
- Être informée sur les congés maternités. (O) (GG)
- Avoir des renseignements concernant la déclaration de naissance. (P)
- Aider les patientes à trouver un logement sur Nice pour les parents ayant une habitation éloignée. (GG) (DD)

« Ce n'est pas comme madame tout le monde. On se pose beaucoup de questions. Là c'est : est-ce que mon bébé est pris en charge ? Est-ce que je dois faire des démarches à l'hôpital ? D'ailleurs après je vais à l'accueil pour poser toutes mes questions. D'anticiper ceci avec les mamans, c'est bien. » (HH) « C'est un peu flou c'est notre premier enfant » (DD)

« Avez-vous eu des difficultés quelconques avec la fratrie ? »

Dix patientes sur 18 multipares (55,6%) révèlent avoir des difficultés avec la fratrie :

- La présence du conjoint ou de la famille est importante, pour deux d'entre elles, permettant une organisation plus facile. (20%)
- Quatre décrivent la séparation avec la fratrie de difficile. (40%)

« Je n'ai pas pensé à moi ou au bébé. Mais j'ai pensé à ceux qui étaient à la maison ». (NN)

- La non autorisation de visite du nouveau-né par la fratrie pendant l'hospitalisation est mal vécue. (U) (une patientes, 10%)
- Trois culpabilisent au vu du temps passé auprès du nouveau-né, et non auprès de la fratrie. Ce qui engendre chez certaines des difficultés d'organisation. (30%)

« Il y a (l'ainée) qui m'attend aussi. C'est un peu dur de trouver du temps pour elle. Et en même temps, elle ne peut pas venir. Même si elle venait dans la chambre, je ne pourrais pas être avec elle et avec la petite qui est en bas. La, ça fait une semaine qu'elle ne m'a pas vue, ça commence à faire long. Pour moi aussi. » (RR) « Des fois je me culpabilise un peu par rapport à lui (l'ainé). Parce que je ne pense qu'à elle (le nouveau-né), et j'ai oublié le grand parce que j'étais avec la petite et je m'inquiétais pour elle. Je me suis dit que le grand, il allait bien avec le papa... » (PP) « Ça été dur. Après on a essayé de s'adapter. C'est pour une cause. » (CC)

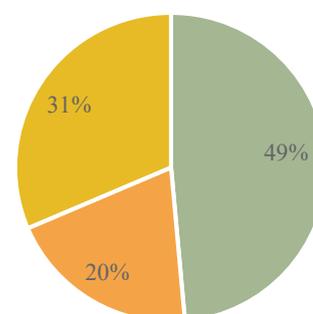
Huit patientes (44,4%) ne ressentent pas de difficultés, à travers la durée de la séparation qui est courte.

Besoin de croyance

Avez-vous noté un manque d'information concernant la pratique d'un culte ou d'une religion à l'hôpital ?

Tableau 9 :
informations des patientes sur la pratique d'un culte à l'hôpital.

	Effectif	Pourcentage
	N = 35	100 %
<i>Pas de manque d'information</i>	17	48,6 %
<i>Non informé</i>	7	20 %
<i>Informé</i>	11	31,4 %



Onze (soit 31,4%) patientes déclarent spontanément avoir un culte. Parmi ces patientes :

- Trois patientes déclarent ne pas manquer d'information (27,3 %)
- Quatre patientes se disent non informées (36,4 %)
- Quatre patientes sont informées, dont une déclare que l'information est insuffisante (36,4 %)

Parmi les douze (soit 34,3%) patientes déclarant spontanément ne pas avoir de culte :

- Quatre patientes se disent informées, au travers des affiches. (33,3 %)
- Quatre, non informées. (33,3 %)
- Quatre accouchées déclarent qu'elles ne manquent pas d'information. (33,3 %)

« Ici on ne parle pas de culture chacun est libre de faire ce qu'il veut. Il n'y a pas de respect ou de non-respect envers les cultures. Tout le monde respecte tout le monde. Et chacun fait ce qu'il veut. » (QQ) « Elles (les professionnelles de santé) connaissent très bien les différentes religions. Ce n'est pas quelque chose qu'elles expriment, mais je sais très bien qu'elles savent. » (PP)

100 % des patientes déclarent, après interrogation, que leur culture est respectée.

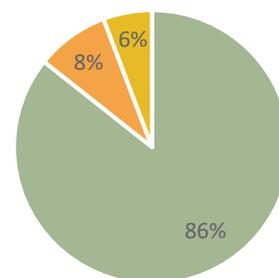
Besoin de communication

« L'équipe soignante est assez à l'écoute ? Est-elle assez disponible ? »

Tableau 10 :

	Effectif	Pourcentage
<i>écoute et disponibilité de l'équipe soignante.</i>	N = 35	100 %

<i>Accord avec la question</i>	30	85,7 %
<i>Désaccord avec la question</i>	3	8,6 %
<i>Dépend des équipes</i>	2	5,7 %



30 patientes, soit, 85,6%, qualifient les équipes soignantes de disponibles et d'être à l'écoute.

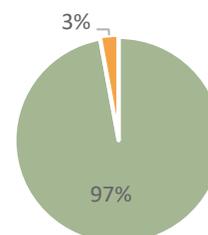
« A chaque fois que je sonne, on vient me voir. Même quand on vient me voir pour autre chose, si j'ai une question ou que j'ai un souci d'inquiétude. On prend toujours le temps de me répondre, on prend vraiment le temps. » (EE) « Tout le temps. Elles sont vraiment... de jour comme de nuit. A nos petits soins. Tout le temps. On a une question. Elles s'arrêtent. On peut tout leur demander. Elles en font même plus, elles vont redemander ailleurs. » (DD)

Les cinq autres patientes ont des avis divergents : c'est-à-dire que 3 patientes (8,6%) sont en désaccord avec la question posée. Evoquant chez les équipes hospitalières un manque d'écoute et une organisation tournée vers le couple mère-enfant en maternité. Deux patientes (5,7%) estiment que la disponibilité et l'écoute dépend des équipes présentes : « Ça dépend des jours et ça dépend des gens. » (BB)

« (Les équipes soignantes) sont assez souvent avec d'autres mamans, à courir à droite, à gauche, ou avec d'autres collègues. Je trouve qu'ils ne sont pas assez à l'écoute. » (A) « Surtout le premier jour. Après quand ils ont un peu plus commencé à s'intéresser à moi, parce ce qu'ils ne me voyaient pas très souvent [...]. Moi quelquefois j'allais un peu vers elles parce que j'avais besoin de leur demander certaines choses. Vraiment, ils ne m'auscultaient pas, ils ne venaient pas me voir. [...] On avait l'impression que je n'existais pas. » (C)

« Toutes les informations qui vous ont été apportées sur votre état de santé et celles de votre enfant : tout était compréhensible ? Tout était suffisant ? »

<i>Tableau 11 : informations compréhensibles et suffisantes concernant la patiente.</i>	Effectif	Pourcentage
	N = 35	100%
<i>Accord avec la question</i>	34	97,3 %
<i>Désaccord avec la question</i>	1	2,9 %



Les informations sont décrites comme compréhensibles et suffisantes concernant l'état de santé de la patiente par 97,4% d'entre elles, soit 34 patientes. Une patiente (2,9%) est en désaccord avec la question posée.

17 patientes (48,6%) ont développé cette question en décrivant l'information apportée comme des informations claires (12 patientes), loyales, complètes. Des patientes soulignent le fait que

les équipes prennent le temps de répondre aux questions et n'hésitent pas à répéter. (K) (P) (LL).

Une patiente note un manque d'information lors d'une situation d'urgence : « *La seule fois où c'était un peu moins suffisant à mes yeux. [...] J'ai compris que le bébé était en souffrance. Qu'il fallait le surveiller. Qu'il y avait un problème. Mais j'aurais aimé qu'on m'explique plus. Alors peut-être que c'était la précipitation qui a fait que... Ou peut-être la peur ou la panique.* (EE)

Des patientes remarquent que l'information pourrait être plus complète sur les besoins d'une accouchée même en cas de non primiparité.

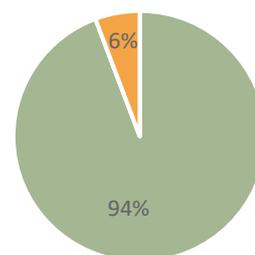
« *Juste le premier jour. On ne m'a pas dit que je pouvais me doucher. Donc je suis restée une journée sans rien faire parce que je ne savais pas.* » (N) *C'est bon vous savez vous gérer [...] J'ai dit : oui, c'est bon. Ils lâchaient un peu du lest. Après tout dépend du personnel et de l'équipe de la journée.* (C)

Deux patientes notent une discordance entre les discours, ce qui peut compliquer leur compréhension.

« *Ce n'est pas tout à fait les mêmes règles, les mêmes infos, les mêmes visions. C'est vrai qu'entre les changements d'équipes, ce n'est pas toujours la même chose...* »

Tableau 12 : informations compréhensibles et suffisante concernant le nouveau-né.

	Effectif	Pourcentage
<i>Accord avec la question</i>	33	94,3 %
<i>Désaccord avec la question</i>	2	5,7 %



94,3% de l'échantillon, soit 33 patientes trouvent les informations données par les équipes médicales de suffisantes et de compréhensibles concernant leur nouveau-né.

« *Le pédiatre n'a été ni alarmiste ni ... Il nous a expliqué les choses clairement. Sans nous affoler parce que de toute façon il fallait faire des examens, pas la peine d'extrapoler. Mais il nous a donné un bilan clair de l'état de la petite au moment où on l'a descendu.* » (KK).

« Les médecins passent tous les soirs. Ils expliquent l'évolution. » (I) « L'infirmière qui s'occupe de la petite vient nous accueillir et nous explique tout ce qui s'est passé pendant la nuit ou la journée, pendant le temps ou on n'était pas là. » (MM). Cet accompagnement des parents a été rapporté de multiples fois et est apprécié par de nombreuses patientes. (BB) (P) (M)

Une patiente apprécie la présence d'une étudiante. L'encadrement de cette dernière a permis une information plus complète. (F)

Deux patientes ne sont pas satisfaites de l'apport d'informations concernant leur enfant. Le contexte clinique est mis en cause pour une de ces patientes : « Il y a plein de médecins qui sont passés, un te dit ça, un te rassure... Mais moi je ne veux pas les voir. [...] Faites ce que vous avez à faire et après vous me dites. C'est mon enfant ... j'ai peur. Dès que je les vois mon cœur s'arrête de battre. » (U)

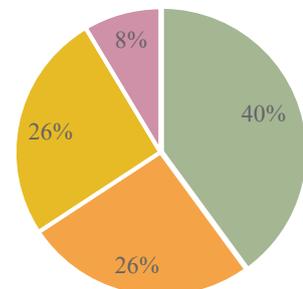
Deux patientes sont en désaccord avec la question :

- Une souhaite un apport d'informations en maternité sur le déroulement des soins et les conseils d'usages concernant le retour à domicile du nouveau-né. Rapporte également que les informations données sont peu compréhensibles et suffisantes. (A)
- L'autre ne s'est pas prononcée.

Comment trouvez-vous la communication entre les deux services ?

Tableau 13 : qualification de la communication inter-service.

	Effectifs	Pourcentage
	N = 35	100 %
<i>Absence de communication</i>	14	40%
<i>Présence de communication</i>	9	25,7 %
<i>Ne sait pas</i>	9	25,7 %
<i>Manque d'information</i>	3	8,6 %



40% soit 14 patientes déclarent l'absence de communication entre les différents services d'hospitalisation, c'est-à-dire entre la réa-néonatalogie et la maternité.

Les patientes conçoivent l'absence de communication en raison du fait que se sont deux services « *totalelement dissociés* », « *différents*. » (D) (Z) (Y). Les patientes rapportent que le service de maternité est « *pour maman* » et « *en bas, en néonatalogie* » réservé à l'enfant. (CC) (FF)

« *Ils me l'ont bien fait comprendre que [...] si moi je pose une question ici (en maternité) sur mon fils ils ne sauront pas me répondre. Ils me diront « il faut que vous voyiez avec les auxiliaires puéricultrices en bas » » (FF)*

Les patientes notent que les équipes de maternité savent qu'en cas d'absence dans le service, les professionnels de santé supposent leur présence en unités de réanimation néonatale ou néonatalogie. (M)

Trois patientes (8,6%) décrivent un manque d'information (T) (CC)

« *J'ai débarqué, j'ai sonné à la réa – néonat ; ou elle était jusqu'à hier. L'infirmière est venue me chercher. Alors que d'habitude, elle ne venait pas. Ça ma stressé. Elle m'a dit. » « Vous n'êtes pas au courant, mais la petite est passée en néonat. On ne vous l'a pas dit à priori. » (BB)*

Malgré l'absence de communication entre les services ; les mères soulignent qu'en cas de besoin, les équipes de maternités appellent pour transmettre des informations. (PP) (RR) (CC)

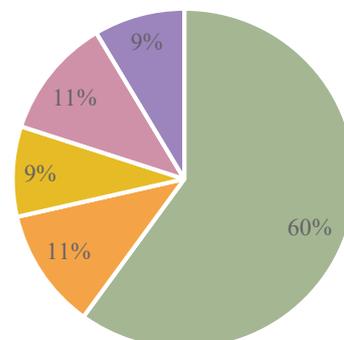
Neuf patientes (25,7%) ne s'avancent pas sur la présence d'une communication. Neuf autres (25,7 %) affirment ressentir la présence d'une communication entre les services d'hospitalisation. « *J'ai l'impression qu'ils se tiennent plutôt au courant. Moi je fais le messenger. Je dis un petit peu ce qui se passe en bas. » (EE) « Je sais que quand les médecins viennent dans le service. Ils sont au courant de comment va mon bébé » (II)*

Plusieurs patientes déclarent ne pas avoir besoin de communication entre les services. « *Moi j'ai le numéro de la néonat, si j'ai besoin. » (V) (II)*

Besoin de divertissement

Tableau 14 : description des divertissements à l'hôpital.

	Effectif N = 35	Pourcentage 100 %
Bien	21	60 %
Correct	4	11,4 %
Insuffisant	3	8,6 %
Non utilisé	4	11,4 %
Non besoin	3	8,6 %



21 patientes sur 35 (62,9%) décrivent que les moyens pour se divertir sont « bien ». Notamment avec la présence du wifi et de la télévision. Deux patientes soulignent l'existence du A-hôpital, système.

« On peut s'évader un peu » (GG), « Ça permet de penser à autres chose. De se divertir un petit peu l'esprit. Ça fait du bien. » (V)

A contrario 11 patientes (31,4 %) dit ne pas utiliser ou ne pas en avoir besoin. Expliquant le peu de temps passé dans la chambre ou du manque d'intérêt préférant aller profiter de l'enfant.

« Je ne vous cache pas que ce n'est pas quelque chose qui m'importe vraiment pour le moment. » (PP). « Je préfère me divertir avec le bébé qu'avec le téléphone. » (MM)

Les remarques apportées sur ce besoin sont que :

- Neuf patientes (25,7%) décrivent le wifi comme non fonctionnel.
- Cinq patientes (14,3 %) expliquent que le prix de la télévision est très cher.
- Les patientes antérieurement hospitalisées en grossesse pathologique trouvent les moyens de se divertir plus abondant par la présence de magazine, de livres... Sauf une patiente, qui trouve les activités de « dépassées ».

24 patientes (68,6%) trouvent le système de télévision et le wifi de suffisants.

« Qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse d'autres. On est dans une chambre, voilà. Donc c'est déjà pas mal. » (KK)

Besoin d'apprentissage

« Avez-vous des connaissances sur les capacités de votre enfant ? »

La figure ci-dessous montre que 51,4% des patientes, soit 18 patientes sur 35, ont une connaissance des capacités médicales et paramédicales de leur enfant.

« (L'enfant) respire tout seul. Il n'a pas besoin d'oxygène. Le cœur va bien. Tout va bien. Il se débrouille très bien. Il est entrain de se réguler tout seul au niveau digestion et du taux de sucre. Là il commence à avoir les reflexe de tétés » (FF) « (L'enfant) peut respirer sans appareil. Après il a quand même un peu d'air pulsé parce que sinon il a un peu de mal. Il a une sonde gastrique donc il n'arrive pas vraiment à manger tout seul pour le moment » (KK)

31,4 % des patientes rapportent le récit des soins et la réaction de l'enfant. Cinq autres expliquent savoir qu'est-ce que doit faire l'enfant à son âge.

Deux patientes non pas d'information sur leur enfant. Une au vu du contexte clinique, et l'autre car son enfant était « sous antibiotique. [...] (le nouveau-né) ne réagit pas trop, elle est endormie ». (OO)

Cinq patientes s'expriment sur la relation avec l'enfant : « je lui parle et je sens qu'elle me reconnaît. Elle sent, que je suis à côté et me répond » (MM)

Deux patientes mettent en avant le fait de l'incertitude du pronostic de l'enfant : « leur vie peut basculer vraiment d'une seconde à l'autre » (QQ), « en réanimation c'est 3 pas en avant, 2 pas en arrière ». (P)

Dans la figure suivante : la somme des items n'est pas égale à l'effectif qui est de 35. En effet certaines patientes ont abordé plusieurs sujets.

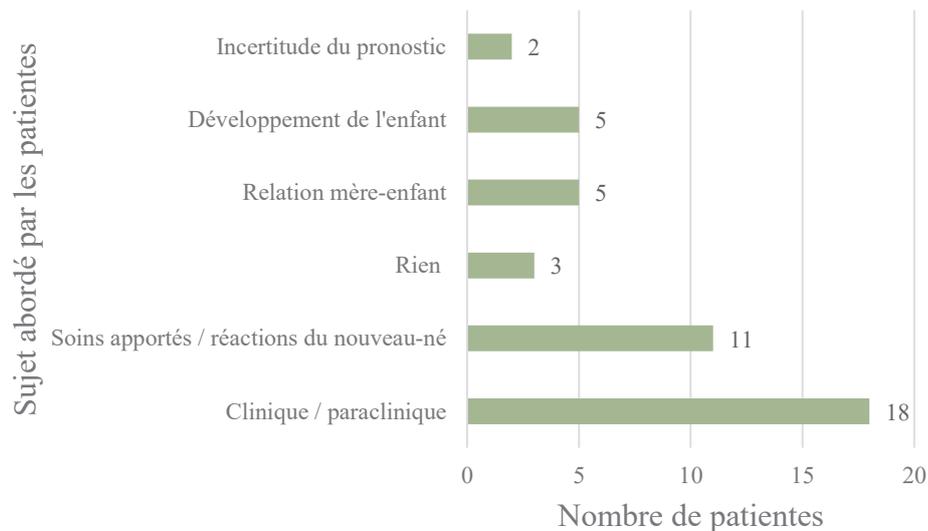


Figure X : connaissance maternelle des capacités du nouveau-né.

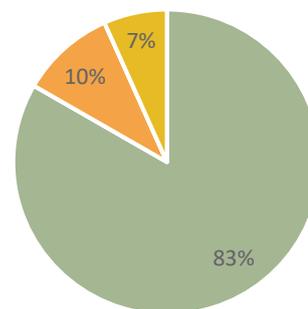
Alimentation du nouveau-né

La répartition des mères montre que l'allaitement maternel est réalisé par 30 patientes sur 35, soit 85,7 % de la population. Une patiente (2,9%) réalise un allaitement mixte et quatre patientes (11,4%) ont choisi un allaitement artificiel.

« Vous a-t-on informé, conseillé ou encadré pendant votre allaitement ? »

Tableau 15 : information et encadrement de l'allaitement par les équipes soignantes.

	Effectif	Pourcentage
	N = 30	100%
<i>Suffisant</i>	25	83,3 %
<i>Insuffisant</i>	3	10 %
<i>Dépend des équipes</i>	2	6,6 %



83,3% des patientes allaitantes considèrent que l'encadrement de l'allaitement maternel par les équipes hospitalière est suffisant de part :

- Leur disponibilité

- La fiche d'information
- Les explications données

« L'encadrement et l'organisation avec les kits à disposition, la salle pour tirer, c'est très bien. J'avais un bébé qui ne tétait pas et cela à la suite de son AVC (Accident Vasculaire Cérébral). Ils (les équipes médicales) ont été super pour la stimuler, pour tout un tas de chose. » (KK)

« J'avais un peu d'appréhension, parce que beaucoup de gens autour de moi m'avait dit que c'était difficile [...] Mais on m'a bien expliqué, parce que je ne savais pas qu'on pouvait congeler son lait. » (C)

« J'ai décidé au dernier moment, et je n'étais pas du tout renseignée sur l'allaitement. Ils (les professionnels hospitaliers) m'ont aidé à me servir de la machine, ils m'ont expliqué comment il fallait faire. Et maintenant je suis autonome. » (D)

Trois patientes (10%) estiment insuffisant l'apport d'encadrement par les équipes soignantes.

« Pas assez à mon sens, [...] je pense que si je n'avais pas eu ma sage-femme en amont j'aurais peut-être laissé tomber le projet. » (I)

Parmi elles :

- Une patiente était hospitalisée en service de gynécologie.
 - Deux autres soulignent néanmoins la présence d'un seul tire-lait, dans l'aile D. Exigeant des patientes hospitalisées dans l'autre aile du service de se déplacer.
- « Parce qu'au début je ne me sentais pas de marcher Ce n'était pas la chambre à côté donc ça demandé un effort. » (HH)*

L'utilisation du tire lait est appréciée par les patientes : *« plus motivant. Marche mieux » (BB)*

Les explications données sont complètes. La présence d'une seule salle induit un occasionnel délai pour aller tirer le lait par les patientes. (L) (U)

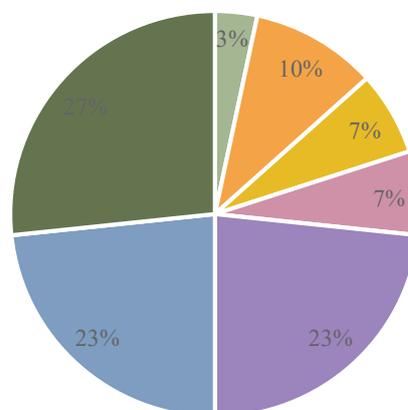
« C'est dommage, c'est qu'il y a qu'une seule salle, avec qu'un seul tire lait. Après quand il y a quelqu'un on y retourne. Mais ça serait peut-être sympas qu'il y en est deux. Mais c'est correct. » (EE)

« Le défaut qu'il y a c'est qu'il faut aller dans un autre service pour aller tirer son lait. Si y a déjà une maman, il faut attendre une demi-heure pour qu'elle finisse. Là j'ai une angoisse d'y aller et de trouver quelqu'un là-bas. » (U)

« Avez-vous eu des difficultés concernant cette allaitement ? »

Tableau 16 : difficultés de l'allaitement maternel des patientes.

	Effectif	Pourcentage
	N = 30	85,7 %
<i>Encadrement insuffisant</i>	1	3,3 %
<i>Peur de mal faire</i>	3	10 %
<i>Douleur</i>	2	6,6 %
<i>Tire -lait</i>	2	6,6 %
<i>Absence de lait</i>	7	23,3 %
<i>Séparation mère-enfant</i>	7	23,3%
<i>Aucune</i>	8	26,6 %



26,6% des patientes n'expriment pas de difficultés vis-à-vis de leur allaitement maternel. Néanmoins sept patientes (23,3%) mettent en cause la séparation mère-enfant comme leur principale difficulté. *« Il y a le cerveau qui dit, c'est que du plus pour le bébé, ça va aider. Mais de l'autre côté, il y a ce manque du bébé dans les bras qui lui prends le sein. » (HH)*

L'absence de lait, les douleurs, la peur de mal faire, l'utilisation du tire laits et un encadrement insuffisant sont les autres principales difficultés.

Autonomie :

Toutes les patientes interrogées ont trouvé que l'autonomie proposée dans le service est suffisante.

Classification des besoins

Les trois premiers besoins exprimés par les patientes hospitalisées en maternité dont l'enfant est en unité spécialisée sont classés dans l'ordre décroissant. Les patientes n'ayant abordé que certains besoins, seulement ceux cités sont exposés dans le tableau.

Le tableau se lie donc de haut en bas, du plus important au moins important. Les besoins ont été classés dans l'ordre des priorités des patientes de la population : un score de cinq points a été établi au premier besoin exprimé, trois points au deuxième, un point au troisième besoin.

Tableau 17 : **Effectifs** **Premier** **Deuxième** **Premier** **Total**
classification des 3N = 105 **besoin** **besoin** **besoin** 315
besoins. **listé ;** **listé ;** **listé ;**
Nom du besoin 5 points 3 points 1 point

<i>Nom du besoin</i>	Effectifs	Premier besoin listé ; 5 points	Deuxième besoin listé ; 3 points	Premier besoin listé ; 1 point	Total
<i>Proximité</i>	26	18	5	3	108
<i>Communication – informations</i>	17	7	3	7	51
<i>Soutien – être rassurée</i>	16	2	7	7	38
<i>Apprentissage</i>	8	2	5	1	26
<i>Alimentation</i>	8	0	6	2	20
<i>Divertissement</i>	4	2	1	1	14
<i>Accompagnement</i>	5	1	2	2	13
<i>Relayé</i>	4	1	2	1	12
<i>Repos</i>	4	1	1	2	10
<i>Intimité</i>	5	0	2	3	9
<i>Soins</i>	5	0	1	4	7
<i>Matériel</i>	2	0	1	1	4
<i>Autonomie</i>	1	0	1	0	3

Les cinq premiers besoins classés par les patientes sont la proximité (pour 26 patientes, dont 18 en première position), la communication, le soutien/le fait d'être rassurée, l'apprentissage, et l'alimentation.

1.3.4 **Satisfaction**

« Que pensez-vous de l'accueil en maternité ? »

Cette question ouverte a été la première question posée à la patiente lors de l'entretien, juste après l'établissement de la catégorie socio-professionnelle. L'accueil de la patiente dans le service de maternité est décrit par 12 patientes de « bien », 19 patientes le qualifient de « très

bien ». 21 patientes sur 35 décrivent les caractéristiques des professionnels, ces dernières sont répertoriées dans la figure suivante.

« Les gens sont disponibles [...] Compréhensifs, du fait qu'on doit descendre souvent. » (V)
 « les gens sont super. Ils sont à notre écoute. Ils sont 100% pour nous. » (R) « Je pense que dès qu'on a un problème tout le monde est présent. On se sent soutenue. Elles sont là aussi si on a des questions, des doutes. » (II) « Mais l'encadrement est très bon, et tout le monde est très patient et compréhensif. C'est une grande aide. » (EE)

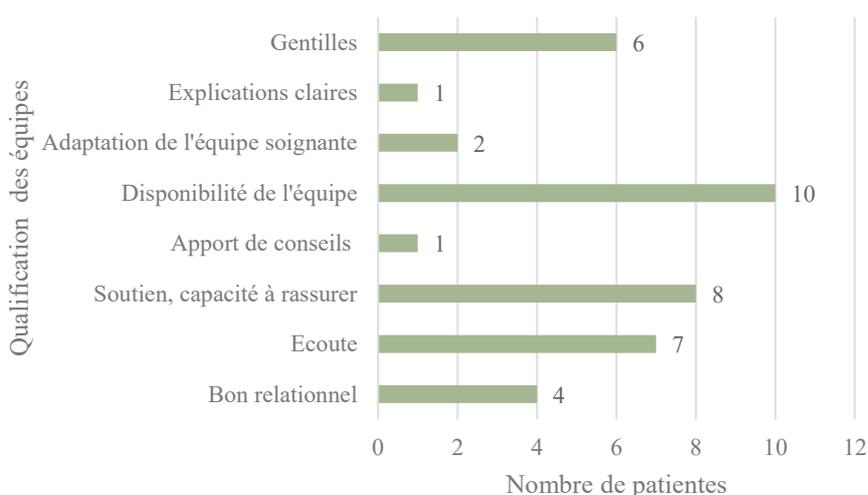


Figure XI : caractéristiques des équipes par les patientes.

Deux patientes notent des différences d'empathie entre les équipes rencontrées :
 « Certaines doivent ignorer complètement notre détresse. Ne comprennent pas. » (DD)

Deux patientes dénoncent un manque de présence, peu d'accompagnement, de soutien ou de relationnel par les professionnels. « Quand je suis arrivée je n'ai pas senti vraiment qu'on était soutenue ou qu'on a cherché après moi. Je ne les ai pas trop vues. [...] C'est vrai qu'on a l'impression qu'on n'est pas trop encadrée. [...] on n'a pas trop de soutien. On a l'impression qu'on ne nous connaît même pas. [...] on ne voit personne. » (C) « Je me suis sentie un peu seule le premier jour même si la sage-femme est venue me voir. Avant j'étais en pathologie, ou je suis restée un petit moment. Donc, je voyais les mêmes personnes... » (Y)

Huit patientes (22,6 %) sont satisfaites de leur prise en charge au sein de la maternité, et deux (5,7%) d'entre elles recommandent la maternité.

Dix patientes (28,6%) révèlent des difficultés psychologiques pendant leur séjour en maternité. Des patientes décrivent des sentiments de panique, de solitude, d'inquiétude, d'imprévus de l'accouchement.

Sur les dix patientes, une patiente ne fait que citer le terme de difficultés psychologique et ne développe pas cette idée. Ce qui explique les effectifs et les pourcentages de ce prochain tableau.

Tableau 18 : **Patiente exprimant des** **Pourcentage**
critères exprimés pour **difficultés psychologiques à** **28,6 %**
décrire les difficultés **l'arrivée dans le service**
psychologiques. **N = 10**

<i>Solitude</i>	3	30 %
<i>Inquiétude générée par la séparation</i>	2	20 %
<i>Panique</i>	2	20 %
<i>Imprévus de l'accouchement</i>	2	20%

Echelle de satisfaction

Cette échelle a été établie au travers de l'entretien par une échelle de mesure entre zéro et trois, juste après la ou les question(s) ouverte(s) portant sur le besoin.

Tableau 19 : **Moyenne** **Limite** **Limite** **Médiane**
échelle de satisfaction. **basse** **haute**
Critères de satisfaction évalués.

<i>Repas</i>	2,4	0	3	3
<i>Matériel hôtelier</i>	2,5	0	3	3
<i>Calme</i>	2,8	2	3	3
<i>Sécurité</i>	2,8	2	3	3
<i>Divertissement</i>	2,3	0	3	3
<i>Communication</i>	2,6	1	3	3

Les moyennes des critères évalués sont toutes supérieures à deux sur une échelle entre zéro et trois. D'autant plus que les médianes sont toutes égales à trois.

En fin d'entretien la satisfaction des patientes a été demandée sur la prise en charge des soins, de la douleur, de l'intimité et de l'hospitalisation en général. Toutes les patientes sont satisfaites de ces critères et recommandent la maternité.

Suggestions

Voici la liste des suggestions spontanées des patientes :

- Rapprochement mère-enfant.
- Améliorer l'information ; c'est-à-dire plus cohérente entre les professionnels, en quantité plus importante en salle de naissance et sur le développement et les soins des enfants.
- Meilleures transmissions entre les professionnels.
- Un service plus similaire à la grossesse pathologique avec la distribution des repas en différé, une salle à manger.
- Des équipes empathiques.
- Jardin d'enfant.
- Réserver les chambres du fond de l'aile D aux mères sans enfant(s). Permettant un accès plus facile à la réanimation néonatale et au tire-lait.
- Une caméra pour observer l'enfant même en chambre malgré la séparation de l'enfant
- Un poste bureautique.
- Rencontre avec une assistance sociale.
- Lit accompagnant moins onéreux.
- Dortoir près de la réanimation, permettant aux parents de rester auprès de l'enfant.
- Améliorer l'alimentation.

Liste de propositions

Certaines patientes ayant répondu à plusieurs propositions dans la liste de suggestions : la somme des effectifs n'est pas égale à 35.

**Tableau 20 : suggestion
citée par la patiente dans la
liste prédéfinie.**

Effectif
N = 35

Pourcentage

	Effectif	Pourcentage
<i>Aide à l'accompagnement</i>	1	2,9 %
<i>Rencontre avec une assistante sociale</i>	2	5,7 %
<i>Horaires des repas à la demande</i>	4	11,4 %
<i>Consultation allaitement</i>	4	11,4 %
<i>Groupe de parole</i>	4	11,4 %
<i>Aucune</i>	7	22,9 %
<i>Livret d'accueil</i>	8	22,9 %
<i>Lit accompagnant</i>	11	31,4 %
<i>Psychologue</i>	13	37,1 %

La rencontre avec un psychologue est la proposition la plus souhaitée pendant le séjour en suites de couches par 13 patientes, soit 37,1%. Ensuite le lit accompagnant (avec 11 patientes, soit 31,4%) et le livret d'accueil (22,9%) sont les deux autres propositions qui seraient le plus appréciées par les mères.

1.3.5 Attachement

Séparation mère-enfant

« Est-ce que vous voulez bien me raconter comment s'est passé votre accouchement et l'hospitalisation de votre enfant dans l'unité spécialisée ? »

26 patientes sur 35 (74,3%) décrivent leur prise en charge par les équipes soignantes : énonçant surtout leur présence et disponibilité, leurs explications (six patientes), ainsi que leurs capacités à rassurer le couple (sept patientes). Des adjectifs variés sont utilisés pour caractériser les équipes médicales : « *bonne équipe* » (sept patientes), « *fabuleuses* », « *super* » (deux fois), « *géniales* », ou qualifiant les équipes de très professionnelles (deux fois).

13 patientes font ressortir la rapidité de la situation. Soit la qualifiant d'« *imprévue* » au vu d'un contexte clinique, soit la nécessité de la prise en charge rapide. « *Je n'ai pas eu le temps de comprendre* » (A), « *Il faut que ce soit rapide pour qu'il (l'enfant) soit vite pris en charge, qu'il ait tout de suite les premiers soins. Pour lui donner tous les moyens pour vivre* »

L'accouchement est décrit par cinq patientes comme « bien » voire « très bien ». Néanmoins la majorité des patientes a estimé avoir des difficultés notamment d'adaptation à la situation : « *C'est vrai, qu'on n'imagine pas un accouchement comme ça... (pleurs) [...] c'est un petit peu dur.* » (OO), « *Je n'ai pas eu trop le temps de comprendre ce qui s'est passé.* » (LL). L'accouchement est décrit comme « très éprouvant » (par trois patientes), un « chamboulement », ou source de sentiments de panique (trois patientes) ou de stress (deux patientes).

Une patiente met en avant son regret de ne pas pouvoir réaliser, malgré la compréhension des risques et de la nécessité de prises en charges médicalisées de l'accouchement prématuré, un accouchement physiologique.

L'hospitalisation de l'enfant et la séparation mère-enfant sont décrits comme un évènement « difficile » par 13 patientes (37,1%). Six patientes décrivent le transfert de l'enfant comme un « arrachement », un « enlèvement » : « *Il (le nouveau-né) est parti seul, avant moi. J'étais toute seule. Quand on a un bébé qu'on l'a eu pendant neuf mois et qu'on nous l'arrache, c'est difficile.* » (C). « *Ils (des jumeaux) les ont enlevés direct.* » (P).

Les patientes soulignent l'importance de toucher, de voir, même d'entendre leur enfant avant leur transfert en unités spécialisé. « *Ils (les professionnels hospitaliers) me l'ont ramené sur moi, quelques secondes mais c'était déjà ça.* » (DD) « *il (le nouveau-né) est sorti. Je l'ai aperçu. Après il est parti. La sage-femme me l'a montré très rapidement parce qu'il fallait vite qu'il soit sous soins. Heureusement. Je l'ai vu.* » (GG) « *Ils ont fait sortir le petit, qui a crié tout de suite, c'est une bonne chose.* » (JJ) « *J'ai apprécié qu'ils (les professionnelles de santé) m'amènent, même dans le lit, voir directement la petite que j'ai pu toucher. Pour la rassurer, me rassurer. Prendre une bouffée d'oxygène.* » (BB) Même si le contact est uniquement avec le conjoint. « *Le papa a pu le voir. Je me suis dit que si papa a pu le voir c'est que ça allait.* » (F)

A contrario les patientes ne bénéficiant pas de ces échanges ont un vécu plus négatif de la séparation.

« Je ne l'ai ai pas vu ! Ça a été très difficile. » (LL) « elle (le nouveau-né) n'est pas née normale, elle est née avant. [...] J'ai juste vu un peu la tête au moment où la sage-femme est sortie avec. [...] Pour moi je me disais, peut-être qu'elle a plein de veines partout. [...] Ça va être très difficile de faire un mois sans toucher mon bébé. Je ne sais pas comment elle est. Comme elle n'a pas pleuré, je ne savais pas ce qui se passait. » (MM)

Les informations données sur l'enfant aux accouchés en salle de naissance et lors de la remontée dans le service ne sont pas suffisantes :

« Je me posais beaucoup de questions je n'avais aucune nouvelle, mis à part le papa qui me donnait un peu de nouvelles. C'était dur quant au bout de 5h, je n'avais pas de nouvelle de mon bébé. » (FF) « Je suis remontée, je n'avais pas de nouvelle. Quand je suis descendue, quelques heures après l'accouchement, j'ai eu des informations (E) « J'ai accouché le matin et je suis descendue le voir seulement le soir. » (Z) « J'ai accouché à 6 h du matin, j'ai eu des nouvelles de ma fille qu'à 11H30. J'ai été obligée d'appeler l'hôpital. » (T)

La présence du conjoint permet aux mères d'avoir des d'informations en continu sur les soins et l'installation de l'enfant. « C'est mon conjoint qui me racontait. » (L) « je n'ai pas eu de nouvelle de mon fils. Je savais qu'il allait bien, mais je n'ai pas [...] eu de détails, ou il était, comment il allait. C'est mon compagnon qui a appelé le service pour savoir où il était. » (F)

Les photos sont rarement réalisées par les équipes médicales mais sont décrites comme pouvant être le premier contact avec l'enfant.

Proximité

« Comment trouvez-vous la proximité avec l'enfant ? »

<i>Tableau 21 : adjectifs décrivant la proximité.</i>	Effectif	Pourcentage
	N = 35	100 %
<i>Suffisante</i>	7	20 %
<i>Insuffisante</i>	28	80 %
<i>Souhaite un rapprochement mère-enfant</i>	17	48,6%

28 patientes (80%) décrivent la proximité avec le nouveau-né comme lointaine. Un rapprochement mère-enfant est suggéré pour huit (28,6%) d'entre elles (par exemple au travers de service dans « le même étage du bâtiment » (CC)), tandis que sept patientes (25%) proposent des chambres mère-enfant.

Sept patientes (20%) qualifient la distance entre les deux services comme « proche ». Deux d'entre elles souhaiteraient tout de même un rapprochement mère-enfant. L'une d'elle justifie que cela permettrait de la rassurer en ayant une information « continue » et « en temps réel » des progressions du nouveau-né.

Six patientes (17,1%) soulignent l'importance de prendre dans leur bras l'enfant malgré la présence des raccords permettant l'oxygénation, l'alimentation...

« Le prendre souvent dans mes bras c'est important. Ça reste mon bébé. » (OO) « Dès que je sens que j'ai besoin de lui, je descends. Je le regarde. Je le garde avec moi le plus longtemps possible. » (CC)

Tandis que deux patientes ressentent plus de difficultés concernant la proximité qu'elles ont avec leur enfant : du fait de la restriction du toucher. Ces dernières comprennent bien le côté médical de leur situation.

« Comme il y a des restrictions c'est un peu compliqué. Mais c'est médical. On ne peut pas le (l'enfant) toucher, on ne peut pas faire un certain nombre de choses. Mais ils (les équipes hospitalières) font tous se qu'ils peuvent pour rendre les choses le mieux possible. » (BB)

« Etes-vous aller visiter votre enfant, autant de fois que vous l'avez désiré ? »

Sur les 35 patientes interrogées seules trois patientes ont répondu qu'elles ne visitaient pas leur enfant selon leurs convenances. Les soins et la difficulté de se rendre dans le service d'hospitalisation du nouveau-né sont les justifications retenues par les patientes

« Ce n'est pas à côté... je suis fatiguée de descendre. Ça fait trop mal, ça me crée des contractions. Donc, je limite mes passages. » (T)

Besoin d'être relayé auprès de l'enfant

« Ressentez-vous le besoin d'être relayée auprès de votre enfant ? »

Tableau 22 :
souhait d'être relayée
auprès de l'enfant.

	Effectif	Pourcentage
	N= 35	100 %
<i>Oui</i>	20	57,1%
<i>Non</i>	15	42,9%

Les patientes interrogées montrent que 57,1%, soit 20 patientes ressentent le besoin d'être relayées.

Parmi ces patientes : 11 (55%) souhaitent être relayées par l'équipe médicale. Plusieurs raisons sont abordées par les patientes :

- Pour leur connaissance médicale et l'apport d'informations sur le séjour l'enfant.
« Parce qu'elles (les infirmières puéricultrices) m'expliquent tout, me donnent des nouvelles » (QQ)
- Pour permettre une assistance médicale constante au vu de l'état de santé de l'enfant.

Une patiente souhaite être relayée par son conjoint.

42,9% c'est-à-dire 15 patientes ne ressentent pas le besoin d'être relayées auprès de l'enfant.

En raison de ;

- Leur présence constante auprès de l'enfant.
« Je veux être là tout le temps » (P)
- Leur souhait d'avoir le monopole des soins de leur enfant.

Pratique des soins

« Avez-vous commencé à pratiquer les soins de votre enfant ? »

30 patientes sur les 35 ont commencé à pratiquer les soins sur leur nouveau-né (85,7%). Les patientes déclarent que les explications et l'apprentissage des soins par les parents sont réalisés par les infirmières de puéricultures.

« Ils (infirmiers de puéricultures) nous expliquent ce qu'ils ont fait ce qu'ils n'ont pas fait [...] ils m'appellent pour que je descende pour venir voir la petite et que j'apprenne à la tenir et ne pas lui faire de mal. » (PP)

Les soins de développement sont expliqués aux patientes ce qui permet aux parents de toucher et d'être en relation avec l'enfant. *« Il fallait que je tiens les mains dans la couveuse d'une certaine façon. C'était encore plus proche que d'habitude. » (GG)* *« C'est moi son médicament » (II)*

Cinq patientes n'ont pas commencé à pratiquer les soins pour les raisons suivantes :

- Cathéter intra-veineux ombilical en place.
- Une patiente n'a pas assisté aux soins.
- Explication détaillée mais absence d'apprentissage pour le moment.

Adaptation de la patiente au rythme du nouveau-né :

« Est-ce que au vu de cette séparation, vous arrivez à vous adapter au rythme de votre nouveau-né ? »

<i>Tableau 23 : adaptation de la patiente au nouveau-né.</i>	Effectif	Pourcentage
	N = 35	100 %
<i>Adaptation de la patiente au rythme de l'enfant</i>	31	88,6 %
<i>Absence de rythme</i>	3	8,6 %
<i>Pas assister aux soins</i>	1	2,9 %

88,6% des patientes, c'est-à-dire 31 patientes sur 35, déclarent s'adapter au rythme de leur nouveau-né.

Trois patientes (8,6%) décrivent l'absence de rythme exprimé par le nouveau-né :

- Un contexte clinique sévère ne permet pas à la mère de s'adapter au rythme du nouveau-né.
- Deux patientes considèrent qu'il n'y a pas de rythme à avoir :
« Ma fille pour l'instant, mange par seringue donc... » (T)
« Il n'y a pas trop de rythme-là je dirais » (Y)

Une mère n'assiste pas aux soins de son enfant, en raison des difficultés de se déplacer et des soins qui lui sont prodigués.

<u>Tableau 24 :</u> <i>critères d'adaptations au</i> <i>rythme de l'enfant.</i>	Effectifs N = 31	Pourcentage 88,6 %
<i>Facile</i>	13	41,9 %
<i>Difficile</i>	8	25,8 %
<i>Maximum de temps avec</i> <i>l'enfant</i>	6	19,3 %
<i>Pas d'avis émis</i>	4	12,9 %

13 (41,9%) patientes de cette population se sont adaptées « facilement » en raison de :

- L'heure des soins en réa-néonatalogie connue (10 patientes ; 76,9%)
« (Les infirmières) font les soins c'est-à-dire 9h 13h et 17h. Moi je peux descendre et assister à tous ses soins » (QQ)
- La proximité entre les services par une patiente (7,7%)
« Je suis à côté pour l'instant ça va » (A)
- Les deux dernières patientes n'émettent pas d'explication. (15,4%)

Huit patientes déclarent avoir des difficultés (25,8%) à l'adaptation du rythme du nouveau-né. Les explications des patientes sont le manque de temps, l'adaptation des premiers jours, et l'organisation journalière avec les difficultés d'adaptation entre la fratrie, les visites...

« Des fois j'ai l'impression que je n'ai pas le temps d'être avec ma fille. Alors qu'on est à côté » (RR) « Si on descend, on ne sait pas à quelle heure on remonte. Peut-être que quand je vais arriver les infirmières sont en train de faire des soins. Il faut que j'attende et pas remonter, parce que c'est fatiguant. Donc je reste. » (U) « Les premiers jours c'était facile parce que ma fille ne mangeait pas. Là j'ai l'impression que ça fait deux jours, que je me laisse vite prendre par le temps. (RR)

19,3% des patientes rapportent rester auprès de l'enfant le maximum de temps : « je reste tout le temps en bas, je remonte pour les repas et me reposer » (OO)

Le reste des patientes n'argumente pas leurs propos (12,9%).

Lien

« Avez-vous ressenti des difficultés à la mise en place du lien avec votre enfant ? »

<i>Tableau 25 : description de la mise en place du lien.</i>	Effectif	Pourcentage
	N= 35	100 %
<i>Difficultée</i>	16	45,7 %
<i>Pas de difficulté</i>	19	54,3 %

Les difficultés ressenties par les patientes lors de la mise en place du lien sont exprimées par 16 patientes (45,7 %) en raison :

- L'éloignement mère-enfant pour quatre patientes. (28,6 %)

« Il y a une certaine distance qui se crée. C'est très différent que de l'avoir tout de suite avec soi à la naissance. [...] ça fait un peu vide. » (R)
- La séparation mère-enfant pour trois patientes (21,4%).

« J'ai eu l'impression d'avoir une déchirure. Puisqu'on nous a séparés longtemps, je n'ai pas vraiment profité de bons moments avec elle » (A)
- L'absence de toucher (quatre patientes : 28,6%).

« On n'a pas pu la toucher pendant deux jours, à cause des branchements. On commence à peine à apprécier, à avoir le contact entre elle et nous. On a l'impression d'avoir été privés pendant deux jours. » (RR)
- La difficulté d'adaptation entre le réel et l'imaginaire (une patiente : 7,1%).

- Deux patientes (14,3%) n'expriment pas de raison.

Les difficultés ressenties sont répertoriées dans le tableau suivant.

Tableau 27 : raison de difficulté à la mise en place du lien.

	Effectif N= 14	Pourcentage 40 %
<i>Eloignement</i>	4	28,6 %
<i>Séparation mère-enfant</i>	3	21,4 %
<i>Absence de toucher</i>	4	28,6 %
<i>Difficulté d'adaptation entre le réel et l'imaginaire</i>	1	7,1 %
<i>Rien déclarer</i>	2	14,3 %

21 patientes, soit 60 %, ne ressentent pas de difficulté, à travers :

- La proximité pour six patientes, 28,6 %.
« J'ai ce lien quand je la vois. Je sais que c'est le plus beau bébé du monde. C'est la proximité. Je sais que je peux descendre jour et nuit. » (OO)
- Le contact avec l'enfant pour 10 patientes soit 47,6%.
J'ai pu pratiquer trois heures de peau-à-peau, la revoir très rapidement. Ce n'est pas pratique mais il n'y a pas eu de grosse coupure. » (I)
Même s'il (le nouveau-né) ne dort pas avec nous, On fait d'une autre façon. On a quand même un lien avec notre enfant. Je pense qu'il le ressent avec nos mains, nos odeurs... C'est différent. (GG)
- Le temps passé auprès de l'enfant qui est important. Trois patientes, 14,3%.
« Quand je descends voir le bébé. Ce sont des moments particuliers. Je me focalise sur lui. Je suis là pour le voir. C'est un temps bien imparti. Je n'ai pas mon téléphone, je suis focalisée que sur lui. La relation est plutôt intense. » (II)
- Deux patientes n'expriment pas de raison. 9,5 %

Les facilités ressenties sont répertoriées dans le tableau suivant.

Tableau 27 : raison de l'absence de difficulté à la mise en place du lien.

	Effectif N = 21	Pourcentage 60 %
<i>Proximité</i>	6	28,6 %
<i>Contact avec l'enfant</i>	10	47,6 %
<i>Maximum de temps</i>	3	14,3 %
<i>Pas de raison</i>	2	9,5 %

1.3.6 Séjour en maternité

Durée du séjour

« Que pensez-vous de la durée du séjour ? »

Tableau 28 : avis sur la durée du séjour.

	Effectif N = 35	Pourcentage 100 %
<i>Court</i>	15	42,9 %
<i>Long</i>	4	11,2 %
<i>Bien</i>	5	14,3 %
<i>Peut-être prolongé ou prolongé</i>	7	20 %
<i>Date de sortie inconnue – séjour prolongée pour raison médicale</i>	4	11,4 %

42,9 % des patientes décrivent leur séjour comme étant trop court. Ces dernières argumentent leur choix de part :

- Le souhait de rester hospitalisée le plus longtemps possible (*V*) (*HH*) (*BB*), en rendant visiter à l'enfant sans interruption.
- L'appréhension de la sortie. (*EE*)
- L'absence d'interaction avec le nouveau-né.

Parce que la je sors demain, et je ne l'ai même pas touché. Donc sortir demain ce n'est pas... (NN)

Une patiente pense que la durée du séjour doit être en fonction de l'état de santé. Une autre appuie ce propos en rapportant que sa durée de séjour a été prolongée pour raison médicale. « Ça ne me dérange pas de rester. Je sais que je suis surveillée, que je suis plus autonome » (II)

Sept patientes notent que leur durée du séjour a été prolongée : « Si on ne se sent pas de rentrer à la maison. (Le service) peut nous garder encore un jour ou deux » (C), « ils m'ont gardé un peu plus, [...] comme on sait que ça ne va pas durer très longtemps. C'est parfait. » (D). « Mon but c'est de rester un maximum. » (V)

Des patientes expriment le fait que le séjour est de longue durée. Néanmoins au vu de la commodité de visite de l'enfant, les patientes ne souhaitent plus repartir.

« C'est long. Mais maintenant je n'ai plus envie de partir, parce que je peux la (l'enfant) voir quand je veux. » (OO) « Que de rentrer à la maison et de ne pas forcément voir la petite, de n'avoir personne pour me conduire. Et là, la séparation sera plus compliquée pour moi. » (HH)

Certaines patientes expriment des difficultés sur le départ de la maternité et le non prolongement de la durée du séjour. « Par chance je ne vais pas trop mal donc c'est pratique de me mettre dehors un peu plus vite. C'est ce que j'ai ressenti. » (BB)

« Quelle serait pour vous la durée idéale du séjour ? »

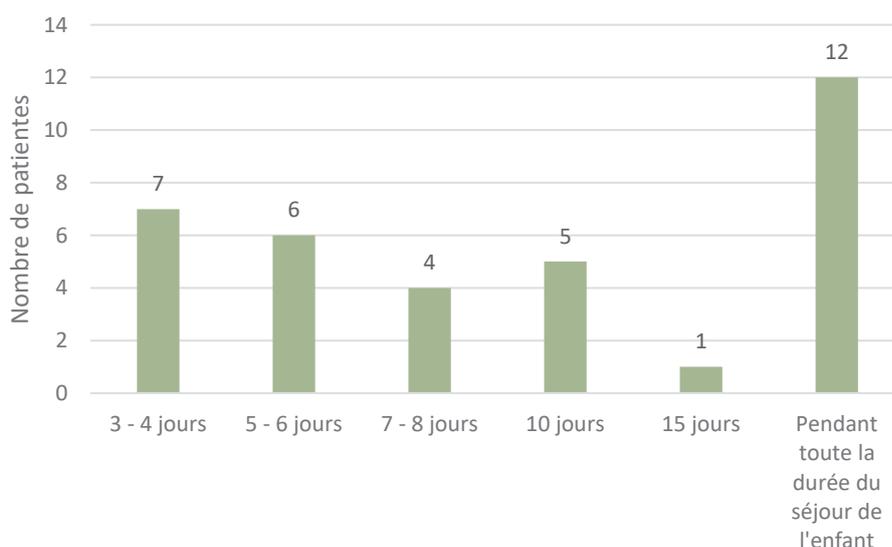


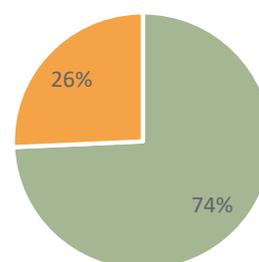
Figure XII : durée idéale du séjour en maternité par les patientes.

12 patientes (34,3%) souhaitent être hospitalisées pendant toute la durée de l'hospitalisation de l'enfant. 20 % des patientes, soit sept d'entre elles, souhaitent rester hospitalisées pour une durée égale à la durée du séjour d'une accouchée voie basse. Six patientes (17,1%) souhaitent une durée d'hospitalisation égale à celle d'une accouchée par césarienne. Le reste de la population souhaite une augmentation de la durée du séjour.

« Pensez-vous avoir tous les outils nécessaires pour votre retour à domicile ? »

Tableau 29 :
disposition des outils pour la sortie par la patiente.

	Effectif N = 35	Pourcentage 100 %
<i>Oui</i>	26	74,3 %
<i>Non</i>	9	25,7 %



26 patientes (74,3%) considèrent avoir les outils nécessaires à leur sortie. Dont neuf patientes (34,6 %) soulignent le fait de retourner à domicile sans leur enfant.

Les neuf patientes (25,7%) ne considérant pas avoir les outils nécessaires pour leur sortie expliquent ceci par :

- Le manque d'apprentissage des soins du bébé. (Deux patientes ; 22,2 %)
- Pour des raisons médicales. (Une patiente ; 11,1 %)
- Concernant leur allaitement maternel. (Une patiente ; 11,1%)
- L'appréhension de l'éloignement mère-enfant et l'incapacité de se déplacer. (Deux patientes ; 22,2 %)
- L'absence des ordonnances de sortie. (22,2%)
- Aucune explication donnée par une patiente (11,1%)

Interrogations pendant le séjour

« Quelles ont-été vos interrogations pendant l'hospitalisation ? »

La plupart des patientes ont déclaré n'avoir qu'une interrogation. Néanmoins quatre patientes ont deux interrogations. C'est pourquoi la somme des effectifs et des pourcentages ne correspondent pas.

Tableau 30 : Effectif N = 35 Pourcentage
interrogations des patientes pendant le séjour.

	Effectif	Pourcentage
<i>Pas d'interrogation</i>	13	37,1 %
<i>Sur l'état de santé de l'enfant</i>	13	37,1 %
<i>Sur le retour à domicile</i>	6	17,1 %
<i>Sur l'administration</i>	4	11,4 %
<i>Sur l'accouchement</i>	2	5,7 %
<i>Sur les soins</i>	1	2,9 %

13 patientes (37,1%) déclarent ne pas avoir d'interrogation pendant leur hospitalisation ; en raison de l'anticipation de l'apport d'informations par les équipes médicales. (OO) (RR)

Le questionnement sur l'état de santé de l'enfant est abordé par 13 patientes (37,1%), ces dernières mettent en avant les interrogations suivantes sur :

- Le pronostic. (Trois patientes ; 23%)
« Il peut arriver tout est n'importe quoi. Si petit. Ça peut partir à tout moment... »(II)
- La prise en charge (3 patientes ; 23%)
- L'état de santé (7 patientes ; 53,8%)
- Le transfert (1 patiente ; 7,7%)

Six patientes (17,1%) s'interrogent sur la durée de leur séjour en milieu hospitalier (V), leur future séparation géographique avec l'enfant (GG) et leur retour à domicile et son organisation (EE).

Une patiente (2,9%) s'interroge sur les soins administrés à l'enfant, et souhaite plus d'explications.

Quatre patientes (11,4%) s'interrogent sur le déroulement de la prise en charge par la sécurité sociale de l'enfant et le congé maternité.

Deux patientes (5,7%) s'interrogent sur la situation inopinée et l'accouchement rapide ;

« Je ne m'attendais pas à ce qu'elle arrive avant. Je me posais des questions. Est-ce que j'ai fait quelque chose de mal ? Est-ce que j'ai manqué de repos ? (MM)

Besoin spécifique

Avez-vous des besoins spécifiques pendant votre séjour en maternité ?

Tableau 31 :
besoin spécifique des patientes pendant le séjour.

	Effectif N= 35	Pourcentage 100 %
<i>Encadrement de l'allaitement maternel</i>	5	14,3 %
<i>Besoin d'une accouchée physiologique</i>	10	28,6 %
<i>Besoin relationnel : Communication, soutien, apport d'informations</i>	5	14,3 %
<i>Absent</i>	15	42,9 %

15 patientes déclarent ne pas avoir de besoins spécifiques (42,9%). Elles expliquent leur choix par :

- Une prise en charge « complète ». (DD)
- L'encadrement et le soutien de leur famille. (K)
- L'acquisition rapide de leur autonomie. (F)
- La réponse adaptée et rapide de l'équipe. (JJ) (QQ)

10 accouchées (28,6%) ne considèrent pas avoir de besoin spécifique par rapport aux accouchées physiologiques.

Cinq patientes (14,3%) décrivent l'encadrement de l'allaitement maternel comme leur besoin spécifique. Cinq autre la communication et le soutien.

Difficultés du séjour :

« Quelle a été votre principale difficulté pendant l'hospitalisation ? »

Une patiente exprime deux difficultés c'est pourquoi la somme des pourcentages suivante n'est pas égale à 100%.

Tableau 32 : difficultés des patientes pendant le séjour.

	Effectifs N = 35	Pourcentage
<i>Pas de difficulté</i>	5	14,3 %
<i>La séparation mère enfant</i>	17	48,6 %
<i>Retour à domicile</i>	3	8,6 %
<i>L'accouchement et ses suites</i>	4	11,4 %
<i>Allaitement maternel</i>	3	8,7 %
<i>Prise en charge et pronostic de l'enfant</i>	2	5,7 %
<i>Administratif</i>	2	5,7 %

Deux patientes font ressortir la présence de plus d'une difficulté. Une dénombre deux difficultés, la suivante trois.

Cinq patientes (14,3%) ne ressentent pas de difficulté particulière pendant leur séjour en maternité. 17 accouchées, c'est-à-dire 48,6% de la population énoncent des difficultés autour de l'isolation des proches : 12 patientes (70,6%) avec le nouveau-né, quatre (23,5%) avec la fratrie, une (5,9%) avec le conjoint.

Quatre mères s'expriment sur les difficultés de l'accouchement et de ces suites :

- Deux patientes, (5,7%) sur l'accouchement.
- Deux patientes, (5,7%) sur les suites de l'accouchement avec la présence de douleur en post-opératoire.

La sortie de maternité sans l'enfant est la plus grande source de difficulté chez la mère. (Trois patientes ; 8,6%) L'allaitement maternel est évoqué par trois patientes (8,7%) en principale difficulté. L'inquiétude vis-à-vis de l'enfant et de son pronostic sont exprimés par deux patientes (5,7%). Deux patientes estiment que leur principale difficulté est le versant administratif concernant les congés payés ou l'assistante pour les papiers.

DEUXIEME PARTIE

ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

2.1 Analyse des résultats et axes d'amélioration

2.1.1 Catégorie socio-professionnelle

Les rapports de périnatalités [3] constatent l'augmentation de l'âge de la première grossesse depuis plusieurs décennies. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, l'âge moyen de l'accouchement est 30,6 ans en 2018, similaire à celui de la population étudiée qui est de 30 ans (écart-type : 4,9). [30]

A travers l'échantillon obtenu, des catégories socio-professionnelles variées sont ressorties, ce qui a permis le rassemblement de divers avis sur le thème de l'étude.

La population étudiée est constituée de beaucoup de patientes provenant d'Afrique du Nord (29%) ; cette prévalence est plus élevée que la répartition sur la métropole, qui est de 5%. [3] Ce pourcentage est cependant en accord avec celui de la population sur la région PACA.

Le pourcentage des patientes de l'échantillon ayant obtenu leur baccalauréat est établi à 48,6%, ce qui est proche du niveau national (55,4%). [3]

Tous ces critères permettent d'avoir un échantillon comparable à la population de parturientes françaises malgré certaines spécificités.

2.1.2 Contexte clinique

Le pourcentage de césariennes dans la population étudiée est de 48,6%, beaucoup plus élevé que le pourcentage de césariennes au niveau national qui est de 19,6%. [3] Cependant, l'étude s'est déroulée dans une maternité de niveau III prenant en charge des grossesses à haut risque. Or, les indications de césarienne sont plus fréquentes chez ces grossesses présentant des enfants à risques de prématurité, d'asphyxie néonatale, de pathologie congénitale... ou des pathologies maternelles sévères.

Une quasi équivalence entre primipares et multipares permet d'obtenir deux groupes de patientes comparables.

2.1.3 Analyse des besoins spécifiques

L'analyse des besoins va se dérouler dans l'ordre décroissant de priorisation de l'échantillon obtenu.

Le premier besoin exprimé par les mères de la population étudiée est le besoin de proximité avec l'enfant. Pourtant, 80% des patientes trouvent cette proximité insuffisante, avec 48,6% des patientes souhaitant un rapprochement mère-enfant. Les services de réa-néonatalogie, présents dans le même bâtiment, sont ouverts et accueillent les parents sans interruption. Cette organisation permet à la grande majorité des patientes, pendant leur séjour en suites de couches, de visiter leur enfant quand elles le désirent. Des modifications de la structure architecturale ont permis au mois de Juin 2019 l'ouverture d'une unité de néonatalogie dans l'aile C de la maternité. Cette dernière accueille des accompagnants comme les mères sortantes de maternité.

Dès que l'état de l'enfant le permet et que le couple se sent prêt, la pratique du peau-à-peau, ou méthode kangourou, est proposée aux parents pour une durée minimum d'une heure. L'unité kangourou est une unité de néonatalogie intégrée :

- Soit dans une maternité, au sein des suites de couches, où le nouveau-né est soigné dans la chambre de sa mère,
- Soit dans le service de néonatalogie adapté à recevoir des parents 24h sur 24. Les sages-femmes venant alors s'occuper de la mère.

Ces unités ont pour but de maintenir l'enfant auprès de sa mère. Le couple mère-enfant bénéficie ainsi de soins spécifiques lui permettant un bon rétablissement. [31] Les unités kangourou se développent ainsi dans les maternités du monde entier. La première unité apparaît en France en 1987 au sein de l'hôpital Antoine Béclère situé dans l'Hauts-de-Seine. Depuis leur incidence ne cesse d'augmenter : en 2016, 30% des maternités proposent cette prise en charge. [3]

Les unités kangourou ne sont pas la solution à toutes les séparations mère-enfant. En effet, l'implication des parents est nécessaire de par leur pratique active des soins de l'enfant. Ce qui

fait d'eux les acteurs principaux de la prise en charge. Seuls les enfants stables et ne présentant aucun signe de détresse respiratoire et sachant coordonner les mouvements de succion et de déglutition peuvent être admis en unités kangourou. Ces dernières acceptent également les enfants présentant une prématurité modérée, ou une hypotrophie. [32] [31]

La prise en charge repose sur trois points :

- Le peau-à-peau, c'est-à-dire le positionnement de l'enfant sur son père ou sa mère torse nu, en position ventrale, au niveau pectoral, avec la tête tournée sur le côté. L'enfant est maintenu dans cette position au travers d'un bandeau élastique.
- L'alimentation de l'enfant par l'allaitement si la mère le souhaite, avec une mise au sein précoce et fréquente pour éviter tout risque d'hypoglycémie.
- La sortie précoce avec un suivi rapproché. La méthode kangourou est arrêtée une fois que l'enfant régule sa température de manière autonome avec une courbe de poids ascendante et ne souhaite plus rester en peau à peau.

Cette méthode met en avant des avantages pour le nouveau-né : une régulation thermique à court terme (grâce au contact avec le parent), une diminution du stress, un meilleur sommeil, une prise pondérale plus importante, ainsi qu'une régulation glycémique et respiratoire (avec l'augmentation de la saturation). A moyen terme, la diminution de la durée d'hospitalisation et les infections nosocomiales peut également être constatée. Enfin, à long terme un meilleur pronostic neurocognitif est décrit. [33] [34] [35] [36] [37]

Chez la mère, cette méthode favorise l'attachement maternel et facilite l'allaitement, tout en diminuant l'anxiété et le stress. Dans la population étudiée, 40% des patientes décrivent avoir des difficultés de mise en place du lien. Ces difficultés sont exprimées au travers de l'éloignement ou de la séparation et de l'absence de toucher. A contrario la proximité avec le nouveau-né, le contact et le temps passé auprès de ce dernier sont décrit par les accouchées comme facilitant le lien avec l'enfant. Ces critères sont comblés par la méthode kangourou.

L'encouragement de la méthode kangourou et une information complète sur ses bénéfices permettraient une meilleure adhésion des parents. Les attentes de ces derniers concernant la pratique des soins seraient comblées et leur rôle en tant que parents serait confirmé, tout en augmentant la confiance en eux et le sentiment de proximité au travers du toucher et du temps échangé avec l'enfant.

Le deuxième besoin dans la classification est la communication et l'apport d'informations. L'équipe soignante est décrite par les patientes comme étant à l'écoute et empathique, prenant le temps d'expliquer avec des informations claires, loyales et complètes.

Les patientes font remarquer l'importance d'être conseillées et informées sur la physiologie post-accouchement comme les soins d'hygiène. 28,6% décrivent ceci comme leur besoin prédominant pendant le séjour. 11,4% décrivent l'accouchement et ses suites comme étant la plus grande difficulté. L'accompagnement de l'accouchée est donc important pour le bon vécu de l'hospitalisation. Des discours divergeant émanent parfois de différents membres de l'équipe soignante, ce qui peut poser des difficultés à la patiente.

L'apport d'informations par les équipes de réa-néonatalogie est salué par les patientes. Néanmoins lors d'un pronostic incertain pour l'enfant, les mères sont insatisfaites des informations apportées.

La communication inter-service serait ainsi à améliorer pour permettre :

- La transmission d'informations plus rapide et en continu sur l'état de santé et l'installation de l'enfant, notamment pendant les premières heures ou en l'absence de visite par la mère.
- D'informer sur tout transfert en néonatalogie ou réanimation.
- La présence de la mère lors des soins.

Ceci faciliterait la prise en charge globale du couple mère-enfant.

Par la suite, l'observation des résultats permet de prétendre à une amélioration de la communication pendant le séjour sur les repas différés et la pratique de croyance.

La communication, avec des informations claires et individualisées, est une caractéristique très importante pendant l'hospitalisation des accouchées. Ces dernières sont dans un environnement non familial et doivent s'adapter rapidement pour un meilleur vécu de leur séjour et un apprentissage efficace.

Ce besoin est satisfait avec un score de 2,6 sur 3 soit une satisfaction de 86,6%.

Néanmoins des ajustements peuvent être apportés avec notamment la communication inter-service ou des informations sur la spécificité du séjour.

Les patientes se sentent soutenues et qualifient les équipes d'empathiques. L'accompagnement qui leur est apporté est important pour les patientes, qui classent le

« soutien » et le fait d'« être rassurées » en troisième position dans la classification des besoins. Les professionnels de santé mettent en place une relation de confiance permettant aux nouvelles mères de parler de leurs difficultés pendant leur séjour, leurs expériences personnelles de la naissance ou de la séparation avec l'enfant. Des sentiments d'incertitude au vu du pronostic de l'enfant sont également décrits.

La séparation mère-enfant, l'éloignement familial, la morbidité néonatale sont des facteurs de risques de troubles psychiques du post-partum. [38] Ces accouchées sont donc une population vulnérable. La rencontre d'un psychologue peut être proposée en suites de couches avec 37,1% des patientes de l'échantillon qui y sont favorable.

Le dépistage précoce de pathologies psychologiques permet de proposer une prise en charge adéquate à ces patientes pour éviter toute répercussion sur le lien mère-enfant. [38] [39] Certaines patientes ont révélé un manque d'accompagnement lors des premières heures après la naissance. Le renforcement de l'accompagnement pendant cette période charnière est essentiel pour une bonne adaptation à la situation maternelle. En effet, certaines patientes ont ressenti un sentiment de solitude après l'accouchement, malgré les visites des professionnels. D'autres patientes ont noté un manque d'information sur l'état de santé de leur nouveau-né pendant ces premières heures. Pour pallier à cette séparation géographique des babyphones vidéo sont proposés à la maternité du Belvédère (en Seine-Maritime) aux mères dont l'enfant nécessite des soins continus. Ceci permet un contact ininterrompu entre le couple mère-enfant. [40]

Le SSPT (syndrome de stress post-traumatique) [41] est défini par l'association Américaine de psychologie comme le développement d'un trouble anxieux apparaissant à la suite d'un évènement qui implique une menace sur la santé d'un individu ou bien un évènement impliquant un sentiment d'horreur, d'impuissance ou de peur intense. L'expression de ce trouble peut débuter juste après l'évènement ou plusieurs mois plus tard. Ceci s'exprime sous la forme de trois symptômes différents : [42]

- Réexpérimenter le traumatisme.
- Eviter toute stimulation rappelant le traumatisme.
- L'hyperstimulation, causant des insomnies, une incapacité de se concentrer...

Plusieurs études énoncent le probable lien entre accouchement prématuré et le fait de développer un état de stress post-traumatique, en décrivant notamment des parents d'enfant né prématurément ayant connu l'apparition d'au moins un des symptômes de stress post-

traumatique. Ces parents sont plus à risque de développer un SSPT que les parents d'enfant à terme. Ce syndrome induit une répercussion sur le lien mère-enfant. [39]

L'incidence d'un probable état de stress post traumatique est variable selon les études. Néanmoins une étude française l'établit aux alentours de 30% pour les patientes ayant un accouchement prématuré. [43]

Les facteurs de risque de développer un syndrome de stress post-traumatique dans le post-partum sont des antécédents de troubles anxieux ou de dépression, les attitudes négatives du personnel, un sentiment de « perte de contrôle », l'imprévisibilité de la naissance, les interventions obstétricales (comme la césarienne, la péridurale, l'épisiotomie, l'extraction instrumentale), ou encore la présence de symptôme dépressif en post-partum ou la primiparité. [42]

La présence de symptômes de dépression est un facteur prédictif du SSPT. Une étude propose un auto-questionnaire en maternité, permettant de dépister les personnes à risques basé sur l'échelle de dépression post-natal d'Edimbourg, afin d'orienter les patientes à risque vers un entretien spécialisé.

Le risque de SSPT serait prévenu par :

- La visite de l'unité d'hospitalisation de réanimation-néonatalogie ou de néonatalogie.
- La pratique des soins par les parents lors de la première semaine de vie.
- L'allaitement maternel.
- La méthode kangourou.

Ces pratiques sont donc à encourager pendant l'hospitalisation de la patiente. [44]

Le soutien des accouchées par les équipes soignantes est primordial pendant l'hospitalisation, permettant un accompagnement personnalisé en fonction des besoins spécifique de la patiente. Un regard empathique est nécessaire malgré la plus grande fréquence de cette situation en maternité de niveau III.

Les patientes ont classé le besoin d'apprentissage en quatrième position. 85,7%, soit 30 patientes sur 35 ont commencé à pratiquer les soins sur leur nouveau-né. Les cinq autres patientes n'ont généralement pas pu les réaliser pour des raisons médicales. Les soins de développement sont appréciés par les mères. Cet accompagnement est à poursuivre.

L'apprentissage de l'allaitement est essentiel pour éviter toutes difficultés (comme l'absence de lait, les douleurs...) et permet la pérennisation de l'allaitement.

L'exploration des connaissances des patientes sur les capacités de l'enfant montrent que 51,4% ont des approches cliniques. Les fonctions cardio-respiratoire, digestive, ou les évolutions de l'enfant dans ce domaine sont décrites. Seulement cinq patientes énoncent la relation entre la mère et l'enfant. Insister sur la pratique des soins de développement, la relation mère-enfant, encourager à rester près de l'enfant et à pratiquer le peau-à-peau permettrait à la patiente de se positionner en tant que mère et non en tant que soignante. L'encouragement de la méthode kangourou permettrait d'éviter un relationnel « médical » avec l'enfant et de les aider à trouver leur rôle de mère pendant l'hospitalisation du nouveau-né, instaurant une relation mère-enfant saine.

Une sensibilisation, avec la création d'ateliers pour des populations porteuses de facteurs de risques (les patientes hospitalisées en grossesse pathologique ou bien lors de la préparation à la naissance avec un enfant porteur d'une malformation congénitale), permettrait d'informer et de faire pratiquer les mères avec des poupons pour favoriser l'adhésion à la pratique.

L'apprentissage, en quatrième position dans la classification, montre l'importance du besoin des patientes à pratiquer les soins et à apprendre les spécificités de cette parentalité.

Le besoin relatif à l'alimentation des accouchées est difficilement analysable au vu de la subjectivité de ce dernier. La pratique des équipes médicales n'a pas d'influence sur l'appréciation du contenu des repas. En revanche, les horaires de délivrance des repas est un point sur lequel une adaptation aux patientes est possible. 60% des patientes ne nécessitent pas d'adaptions, décrivant les horaires de « bien ». En additionnant les patientes « ayant bénéficié des horaires différés », celles « souhaitant une adaptation de l'équipe médicale » et celles ayant « nécessité une adaptation aux horaires des repas », le score obtenu est de 40%. Soit 40% des patientes pour qui les horaires différés auraient pu être ou ont pu être bénéfiques. Deux propositions permettraient d'augmenter la satisfaction des patientes comme l'inscription de l'information des horaires différés sur une fiche d'accueil en maternité ou la mise à disposition de plateaux repas dans un chariot adapté pour la conservation des aliments (permettant aux patientes de venir retirer leurs plateaux entre les horaires de pose et de retrait du chariot). Cela

faciliterait une organisation personnelle et plus d'autonomie concernant les horaires des repas, tout en respectant l'avis des patientes décrivant les horaires de délivrance de « *bien* ».

Des modifications de l'organisation du service dans l'aile API consistent à la mise en place des plateaux repas à disposition entre les tranches horaires et non plus à heure fixe.

Pour permettre une meilleure adaptation des accouchées séparées de leur nouveau-né pendant leur hospitalisation en maternité, la nécessité de proposer des repas différés est primordiale.

Le divertissement pendant l'hospitalisation occupe la sixième place de la classification des besoins. C'est donc une demande à ne pas négliger. La majorité des patientes (68,6%) trouvent que les moyens disponibles pour se divertir sont suffisants (entre la télévision et la wifi) et cette catégorie obtient un score de 2,3 sur trois sur l'échelle de satisfaction. Neuf patientes décrivent comme difficile l'accès à internet. L'amélioration de la connexion internet en satisferait donc beaucoup. Cinq autres patientes trouvent le prix de la télévision excessif. Des livres pourraient être mis à disposition néanmoins la courte durée de séjour rend difficile la mise en place de ce genre d'outils. Cependant des magazines peuvent être proposés.

31,4% des patientes rapportent ne pas utiliser les outils de divertissement disponibles étant donné le temps passé auprès de l'enfant.

Malgré la prévalence de patientes n'utilisant pas d'outils de divertissement, ce besoin obtient une place élevée dans la classification. Une partie de la patientèle souhaite un accès facilité aux divertissements, l'amélioration de ce service est donc importante à poursuivre.

Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne posture est un besoin essentiel permettant aux patientes de se déplacer avec facilité pour aller voir leur enfant. La suite de l'accouchement est marquée chez les patientes par de l'asthénie et des douleurs post-opératoires ou de post-partum, 42,3% des patientes de la population ont ainsi exprimé le besoin d'aide à l'accompagnement pendant l'hospitalisation. En additionnant les patientes souhaitant être accompagnées et celles souhaitant un accompagnement uniquement le premier jour, 22 patientes (62,8%) ont nécessité une aide à l'accompagnement pour se rendre en service d'unité pédiatrique.

Pour augmenter l'autonomie des patientes pendant leur hospitalisation : l'autorisation d'accès aux ascenseurs entre les deux ailes de maternité, réservé ordinairement aux professionnels, permettrait un accès en réanimation-néonatalogie plus rapide. En effet les patientes décrivent ce trajet comme étant facilité par l'utilisation d'ascenseur.

L'aide à l'accompagnement en unité pédiatrique doit donc continuer à être proposée aux patientes pour faciliter l'accès à l'enfant, notamment le premier jour d'hospitalisation.

Le besoin abordé par la suite est un besoin spécifique aux parents dont l'enfant est hospitalisé en unité pédiatrique, c'est le besoin d'être relayé auprès du nouveau-né, soit par l'équipe médicale ou le conjoint. Ce point ne fait pas avancer l'analyse de ce travail.

Le repos est nécessaire aux patientes pour un bon rétablissement. Pour cela un service calme et une organisation journalière entre les différents services est indispensable.

85,7% des patientes, soit 30 sur 35, décrivent le service comme étant « calme » à très « calme ». Cependant 34,4% des patientes se sont exprimées spontanément sur le fait de ressentir des sentiments péjoratifs vis-à-vis du fait d'entendre ou de voir les couples mère-enfant en maternité. Ce sentiment est également exprimé par les patientes envers les couples mère-enfant au travers de la description de l'organisation des professionnels, tournée vers les couples mère-enfant en maternité et moins vers les accouchées sans enfant.

Un mémoire publié en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, sur l'« influence du séjour en grossesse pathologique, sur le séjour en maternité » rapporte également ce sentiment exprimé par les patientes. [45]

La solution adaptée à cette plainte serait peut-être d'hospitaliser les patientes séparées de leur enfant hors de la maternité (dans le service de gynécologie ou de grossesse pathologique) ou dans une partie plus isolée du service comme par exemple de l'aile D. Cela permettrait en outre une proximité essentielle à plusieurs disponibilités comme le tire-lait et les ascenseurs. Cette expérience a été réalisée mais au vu de l'activité soutenue des naissances et la capacité d'accueil du service de maternité ceci a été difficilement réalisable : le projet a finalement été abandonné.

L'organisation des patientes au sein de la structure hospitalière est décrite comme « facile » par 68,7% des patientes, soit 25 d'entre elles. Cette dernière est facilitée au travers de

l'adaptation et de la disponibilité des équipes soignantes, qui est fréquemment soulignée à l'occasion de multiples questions pendant les entretiens.

Les raisons exprimées par les patientes leur permettent de qualifier leur organisation de « facile » (68,7%) ou de « difficile » (31,4%) sont identiques dans les deux groupes. Les raisons exposées sont :

- Le nombre de visites extérieures.
- Les horaires de soins en réa-néonatalogie.
- Le temps passé auprès de l'enfant.

Les patientes soulignent un rythme « soutenu » entre les différents lieux ; avec la difficulté de réaliser les choses attendues : comme l'allaitement maternel, la présence aux soins de l'enfant ou la présence aux repas. Leur organisation permet tout de même à pratiquement toutes les patientes de s'adapter à leur nouveau-né. Néanmoins on observe que 10 patientes n'ont pas voulu participer à l'étude, dont certaines expliquant ne pas avoir de temps.

Une meilleure transmission d'informations entre les différents services de maternité et d'unités pédiatriques spécialisées permettrait une organisation journalière favorisant la présence des mères lors des soins.

Le repos est essentiel pour les patientes ; pour cela il est nécessaire d'avoir une organisation journalière coordonnée entre les différents services.

Par la suite ce sont les besoins d'intimité et de soins qui sont abordés par les patientes. Selon ces dernières ces besoins sont satisfaits.

Tout comme la qualification des repas, la question portant sur les besoins matériels (le matériel hôtelier disponible dans la chambre) n'apporte rien à la progression de l'analyse pour l'amélioration de l'hospitalisation, d'autant plus qu'elle est très subjective. Néanmoins le service veille à l'amélioration des chambres et l'acquisition de tables de nuit réfrigérées est envisagée.

Le dernier besoin exprimé est le besoin d'autonomie, dont les patientes rapportent être satisfaites. La classification des besoins est donc non en accord avec la hiérarchisation de A. Maslow.

Les autres catégories abordées ne sont pas stipulées dans la classification, néanmoins ces thèmes présentent une importance non négligeable.

Les patientes ont décrit l'hôpital comme étant sécurisé de par la présence de vigils, la fermeture des différents services la nuit mais surtout l'accès strictement réservé et surveillé des unités d'hospitalisation de l'enfant.

14,3% des patientes notent le besoin de rencontrer une assistante sociale pendant le séjour. De plus, les interrogations portant sur ce versant « administratif » sont pour quatre patientes leur principale interrogation et pour deux d'entre elles leur principale difficulté. En effet les équipes soignantes abordent peu ce thème. Malgré leur faible nombre, voici leurs interrogations à ce sujet :

- Une patiente évoque des interrogations sur la déclaration de naissance, son déroulement...

L'Archet II est la seule maternité de niveau III du réseau PACA-EST. Des accouchées de toute la région peuvent se déplacer, isolées de leur famille, dans un environnement et une ville qui peuvent être inconnus.

Pour pallier cette demande : des maternités en France proposent un bureau d'état civil directement dans le périmètre ou l'enceinte de l'hôpital. Permettant une déclaration de naissance facilitée et dans un délai imparti.

- Plusieurs patientes s'interrogent sur le déroulement des congés maternités, ou d'autres questionnements portant sur l'administration. Ces informations pourraient être inscrites dans une fiche d'accueil en maternité.

Néanmoins des réunions « soutien maternage » vont être mises en place à partir de Juillet 2019. Une fois par mois, des réunions permettant d'orienter les patientes sur les questions administratives avec plusieurs intervenants vont avoir lieu.

- Dernièrement les patientes isolées de leurs familles et ne pouvant pas retourner dans leurs logements aimeraient rencontrer une assistante sociale pour connaître les propositions d'hébergement sur Nice.

La maison du Bonheur permet d'accueillir les couples de parents dont l'enfant est hospitalisé en réa-néonatalogie sous réservation et selon la disponibilité des locaux.

Des avis divergents existent sur la pratique d'un culte à l'hôpital. La Charte de la personne hospitalisée énonce que les soins doivent être pratiqués sans discrimination, dans le respect des croyances, des convictions de chacun. L'expression d'un culte ne doit pas porter atteinte ni au

fonctionnement ni à la qualité des soins. Les patientes soulignent le respect de ces préconisations par les équipes. Des affiches au mur permettent aux patientes d'obtenir des informations concernant différentes pratiques à l'hôpital. Malgré cela des patientes déclarent manquer d'information. Néanmoins d'autres patientes (33,3%) ne pratiquant pas de croyance ont déclaré que la signalétique était visible. Pour une meilleure transmission d'information ceci pourrait être intégré au livret d'accueil.

En remarquant que sur les 11 patientes déclarant nécessiter des informations au vu de la pratique d'un culte ; 8 soit 72,7% prétendent que l'information est insuffisante ou absente. L'augmentation de la signalétique ou la modification de l'emplacement des affiches pourrait peut-être améliorer leur visibilité.

2.2 Réponses des hypothèses

Les différentes hypothèses sont citées et validées ou invalidées en fonction des analyses des résultats.

Les conditions socio-économiques modifient la satisfaction des besoins des accouchées

La satisfaction des patientes était comparée en fonction de leur âge, du niveau d'études, de leur situation familiale, de leur profession, et de leur origine. D'après les tableaux en annexes l'hypothèse est invalidée : les conditions socio-économiques n'ont pas d'influence sur la satisfaction des besoins des accouchées.

Les patientes ayant eu recours à une césarienne sont les seules à nécessiter un accompagnement en unités d'hospitalisation spécialisées

Pour répondre, les patientes ayant nécessité au moins une fois, pendant leur séjour d'un accompagnement ont été classées dans la catégorie « nécessitant un accompagnement pendant l'hospitalisation ». Les autres patientes ont été placées dans la catégorie « ne nécessitant pas d'accompagnement pendant l'hospitalisation. »

L'histogramme suivant met en évidence que 27,3 % des accouchées voie basse nécessitent une aide à l'accompagnement en réanimation pendant leur hospitalisation.

Cette hypothèse est invalidée. Les patientes ayant accouché par voie basse nécessitent également un accompagnement en unité de réanimation néonatale ou en néonatalogie pendant leur séjour en maternité, néanmoins se sont principalement les patientes ayant bénéficié d'une césarienne qui nécessitent cette aide à l'accompagnement. En effet seulement l'une des patientes ayant bénéficiées d'une césarienne ne nécessite pas d'accompagnement pendant le séjour.

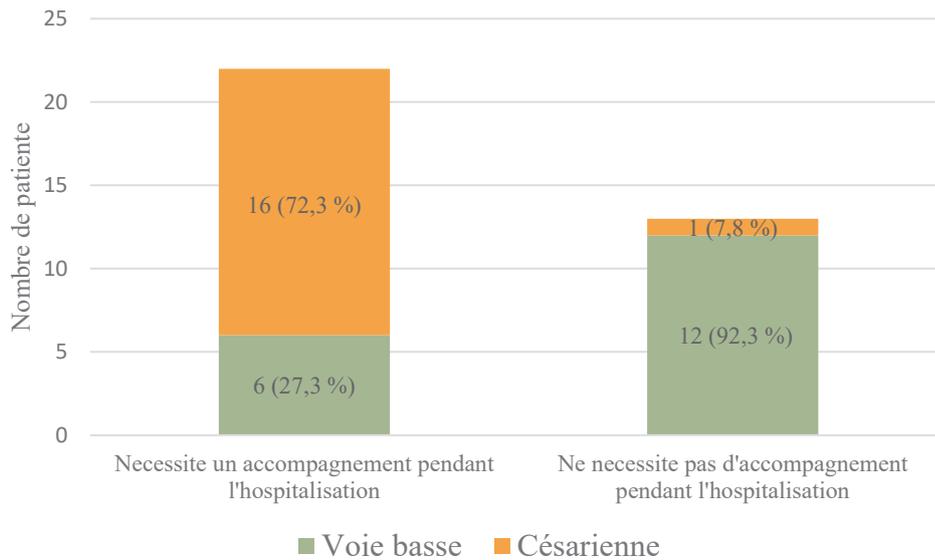


Figure XIII : comparaison de la voie d'accouchement et du souhait d'un accompagnement en réanimation néonatale.

La parité influence l'organisation journalière des accouchées, la rendant plus difficile

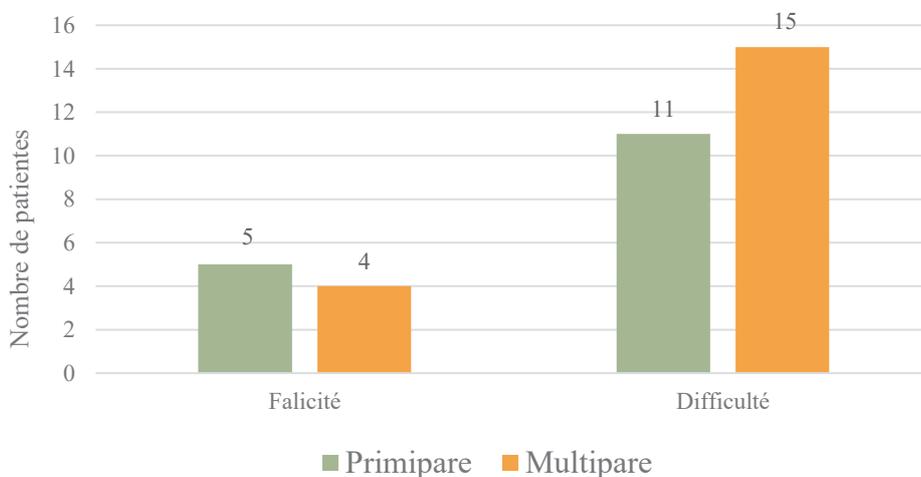


Figure XIV : comparaison entre la parité et l'adaptation à l'organisation dans le service de maternité.

Cette hypothèse est invalidée ; les deux groupes de la population sont similaires. La parité influence peu l'organisation journalière des patientes. En effet le groupe de patientes caractérisant l'organisation de « facilitée » est équivalent pour les primipares ou les multipares. Cependant la prévalence des patientes caractérisant l'organisation journalière de difficile est légèrement plus importante chez les multipares. En effet, pendant les entretiens, 55,6% des multipares le soulignent. Néanmoins l'effectif n'est pas suffisant pour établir une différence significative entre les deux groupes.

La sévérité est inversement proportionnelle à la mise en place du lien mère-enfant ; c'est-à-dire que plus la sévérité est grande, plus le lien entre la mère et l'enfant est difficile.

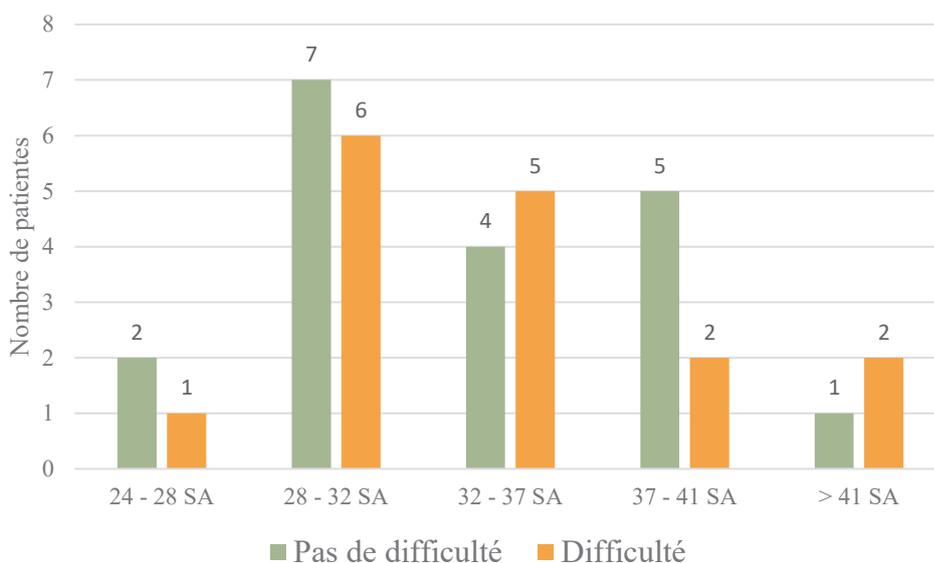


Figure XV : comparaison de la sévérité de la prématurité et de la mise en place du lien avec l'enfant.

Dans l'échantillon obtenu chaque catégorie de prématurité n'a pas permis d'obtenir une différence significative entre la présence de difficulté ou non à la mise en place du lien avec le nouveau-né. La prévalence dans les deux groupes reste similaire.

La seule différence observée concerne l'enfant à terme, sur un échantillon de sept patientes. Cinq d'entre elles n'ont pas eu de difficultés à la mise en place du lien avec l'enfant. Le lien semblerait donc plus aisé à terme. Ce qui est probablement permis grâce à la capacité d'un enfant à terme d'interagir avec son entourage.

La mise en place du lien mère-enfant est à surveiller car 45,7 % de la population observée rapporte avoir des difficultés. Le tableau montre l'absence d'une population plus à risque de difficultés de mise en place du lien qu'une autre. L'hypothèse est donc invalidée, on peut quand même supposer une facilité de relation avec les enfants à terme.

L'encadrement de l'allaitement est suffisant.

Dans la population étudiée 88,6% des patientes allaitent, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (66% en 2016). [3] Les patientes énoncent les bienfaits du lait, motivant certaines à allaiter l'enfant. Cet encadrement est décrit par les patientes de « suffisant » pour 83,3% d'entre elles. Néanmoins seulement 26,6% des patientes déclarent ne pas avoir de difficultés avec leur allaitement et 8,7% énoncent l'allaitement comme leur principale difficulté pendant le séjour en maternité. Un encadrement est nécessaire pour permettre une bonne mise en place de l'allaitement (avec l'évitement de douleur ou d'angoisse qui sont sources de difficultés pour les patientes) et la pérennisation de ce dernier lors du retour à domicile. La prise en charge de l'allaitement en maternité peut permettre aux patientes de se concentrer sur leur nouveau-né lors de leurs visites en réanimation néonatalogie : le peau-à-peau, les soins...et de tirer leur lait en autonomie auprès de l'enfant.

Une disparité de discours est décrite par deux patientes (6,6%) mais cela peut être provoqué par l'adaptation des professionnels à la situation.

Plusieurs patientes rapportent des difficultés matérielles avec la présence d'une seule salle d'allaitement avec un seul tire-lait. Ce qui est source d'attente, et d'asthénie (concernant le trajet) pour les patientes. La présence de plusieurs tire-laits étaient auparavant disponibles dans le service mais la disparition de ces derniers n'a pas permis de continuer ce libre-service. Cependant l'ordonnance d'un tire lait peut être proposée précocement, permettant à la patiente de se procurer le sien rapidement.

L'hospitalisation est satisfaisante.

En effet cette hypothèse est validée ; l'hospitalisation est satisfaisante. D'après les résultats obtenus par le tableau 15. Les scores ramenés en pourcentage sont tous supérieurs à 75% : 80% pour la qualification des repas, 83,3% pour le matériel hôtelier, 93,3% pour le calme du service, 93,3% pour la sécurité, 76% pour les divertissements et 86,7% pour la communication. D'autant

plus que toutes les patientes recommandent cette structure. Elles sont toutes satisfaites de la qualité des soins, de la prise en charge de la douleur de l'intimité, et de l'hospitalisation en général.

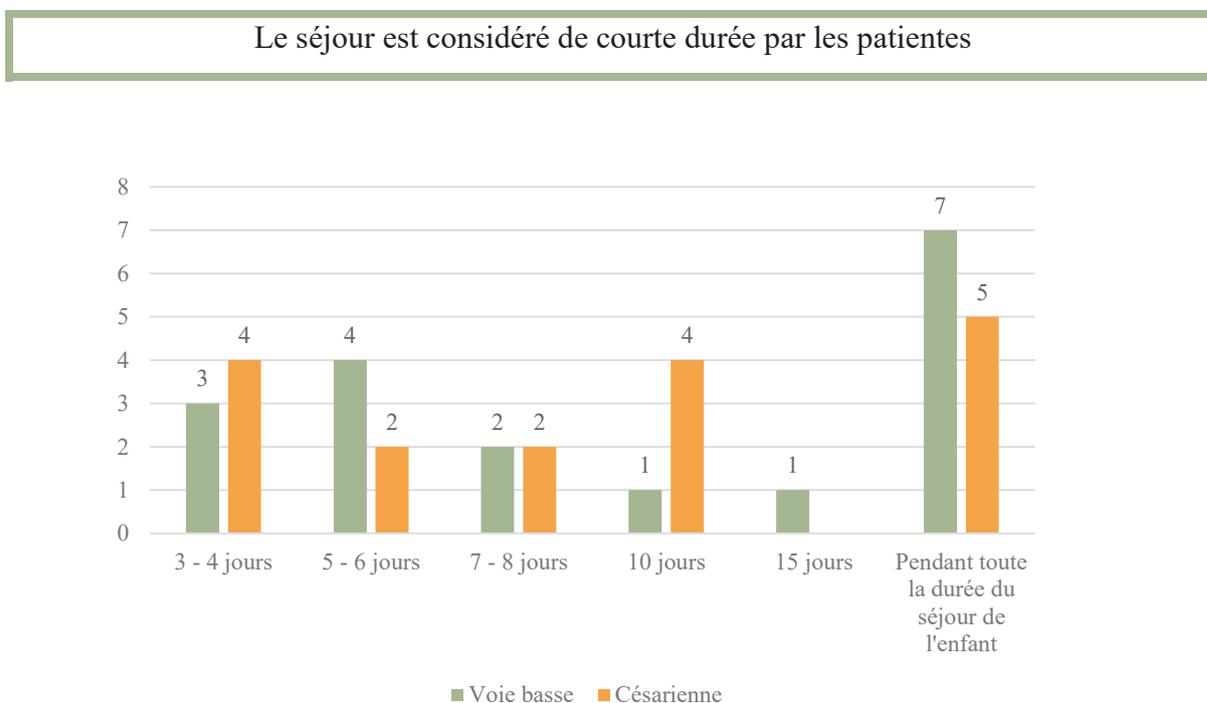


Figure XVI : comparaison de la voie d'accouchement et de la durée idéale du séjour.

D'après cet histogramme, trois accouchées voie basse sont satisfaites de leur durée du séjour. 11 patientes voie basse souhaitent un rallongement de l'hospitalisation, dont cinq d'entre elles pendant toute la durée du séjour de l'enfant.

Six accouchées par césarienne sont satisfaites de leur durée du séjour. 11 d'entre elles souhaitent un rallongement de l'hospitalisation dont cinq pendant toute la durée du séjour.

26 patientes (soit 74,3%) souhaitent le rallongement de leur séjour en suites de couches.

La durée du séjour peut être prolongée en cas de nécessité médicale. Au vu de la prise en charge par la sécurité sociale, le forfait hospitalier comprend 12 jours pour un accouchement voie basse et 21 jours pour une césarienne. [46] Les raisons économiques ne sont pas les seules causes de difficulté du prolongement de la durée du séjour : la capacité d'accueil du service est également mise en cause. En outre, la durée du séjour augmente les risques d'infections nosocomiales ou thrombo-emboliques.

Même si le retour à domicile est source d'angoisse pour les mères, 74,3% pensent avoir tous les outils à leur retour à domicile. Une information précoce est importante, permettant l'anticipation chez les patientes. Mais l'absence de l'enfant et l'absence d'apprentissage des soins ainsi que l'éloignement mère-enfant sont source d'angoisse.

Cette hypothèse est validée. Le séjour est considéré de courte durée par la majorité des patientes.

2.3 Validité de l'étude

2.3.1 Points forts de l'étude

Cette étude a été menée au travers d'entretiens semi directifs dans la chambre des patientes. Ceci a permis, contrairement au questionnaire écrit, d'obtenir des réponses spontanées et variées sur leur avis et le ressenti de l'hospitalisation, dans un environnement calme et privé permettant une réponse sans jugement de personnes extérieures.

L'entretien, mené pendant l'hospitalisation à partir du deuxième jour (afin d'acquérir une expérience suffisante) a permis d'avoir des avis sur l'hospitalisation en cours, sans risque d'oubli de la part de la patiente.

L'échantillon obtenu a permis d'analyser une population comparable à la population d'accouchée française en matière d'âge, de niveau d'études, mais avec certaines spécificités notamment concernant l'origine, ou la voie d'accouchement des patientes. Les catégories socio-professionnelles et la parité des patientes de l'échantillon sont variées. Ceci permet d'observer de multiples avis des patientes.

2.3.2 Limites

Cette étude n'a été réalisée que sur un établissement : l'Archet II (seul centre de niveau III du réseaux périnatalité de PACA-EST), permettant l'obtention d'une plus grande population de mères séparées de leur nouveau-né. Par ailleurs l'inclusion de plusieurs maternités aurait introduit des biais du fait des différentes structures architecturales, des habitudes de service ou

des activités proposées. Ne permettant pas d'extrapoler les résultats à d'autres maternités pour les mêmes raisons.

La population évaluée est spécifique de la région, permettant une extrapolation nationale difficile.

Les critères d'inclusions, d'exclusions, ou de non inclusions ont permis de réaliser 35 entretiens analysables. Aucun tirage au sort de la population n'a été réalisé, permettant d'obtenir un plus grand échantillon. Néanmoins, ce faible effectif ne permet pas de réaliser des statistiques ayant une portée significative sur toute la population de mères séparées de nouveau-nés en maternité. Par ailleurs, dix patientes ont refusé de participer à l'étude, déclarant pour certaines ne pas avoir le temps à consacrer à l'entretien. Uniquement les patientes francophones ont été admises dans l'étude, permettant l'analyse des données. Ainsi, malgré la richesse du contenu des entretiens, la petite taille de l'échantillon limite la représentation de la population et ne permet pas d'extrapoler les résultats obtenus à toute la population.

2.3.3 Biais

Le choix de réaliser des entretiens pour l'étude est un biais de par le questionnement de l'investigateur qui peut influencer les réponses des interrogées. Ensuite les entretiens ont également été analysés avec des femmes francophones et volontaires, c'est-à-dire que cela ne nous permet pas d'observer les besoins chez toute la population.

2.4 Propositions de prise en charge et axes d'améliorations

2.4.1 Proposition de prise en charge

La prise en charge dépend toujours de la patiente et de ses besoins exprimés, qui sont subjectifs.

Proposition de prise en charge de la patiente pendant le séjour :

- Maintenir l'information apportée en salle de naissance par le pédiatre, ainsi que la visite des services d'hospitalisation lors de la sortie de salle de naissance des patientes.

- Renforcer la communication inter-service sur l'état de santé du nouveau-né et son installation pendant les premières heures de vie de l'enfant, permettant de faciliter la présence aux soins, la prise de connaissance de tout transfert inter-service...
- Augmentez le nombre de visites des soignants les premières heures après la naissance pour s'assurer de la bonne adaptation maternelle à la nouvelle situation.
- Proposition systématique des horaires différés des repas.
- Proposition de rencontrer un psychologue pendant le séjour.
- Accompagnement en service de réanimation néonatalogie systématique le premier jour. Puis proposition systématique.
- Maintenir l'adaptation de l'équipe soignante au rythme de la patiente.
- Explication des bienfaits et encouragement de la méthode kangourou au travers le peau-à-peau, la réalisation des soins.
- Continuer la sensibilisation des professionnels à travers les ateliers consacrés aux prématurés.
- Proposer précocement une ordonnance de tire-laits aux mères allaitantes.
- Poursuivre la prévention des infections avec les conseils d'hygiène et la proposition de vaccination.
- Poursuivre l'information précoce et l'accompagnement de la patiente sur le retour à domicile.

2.4.2 Axes d'améliorations

Les points qui ont pu être mis en évidence au cours de ce travail sont déjà en cours de prise en charge, avec la mise en place dans le service de maternité de modifications d'organisations pour favoriser l'accompagnement de la parentalité, avec la création de l'aile API depuis début Janvier 2019 (les horaires de différé, favorisant l'autonomie...). Une organisation qui se généralisera bientôt sur l'aile D de maternité. D'autres modifications apparaissent telles que la création de l'unité néonatalogie au sein des ailes de maternité ou des réunions pour favoriser l'information des patientes.

Des axes d'améliorations ont été établis au vu des conclusions de l'étude :

- Favoriser l'hospitalisation dans une partie plus isolée des ailes de maternité : comme au sein de l'aile D, à proximité des ascenseurs et du tire-lait.

- Création d'une unité kangourou.
- Mise en place d'une fiche d'accueil permettant aux patientes d'acquérir des informations variées (sur les repas différés, les congés maternités, la maison du bonheur, la possibilité de rencontrer une assistance sociale...)
- Autorisation d'utilisation des ascenseurs privés permettant un accès aux services d'hospitalisation de l'enfant.
- Installation d'un bureau d'état civil dans le périmètre de l'hôpital.
- Cours de préparation à la méthode kangourou pour les populations à risques et visites de la réanimation-néonatalogie.
- Mise en place de baby phones vidéo.
- Augmenter le nombre d'affiches sur les croyances.
- Prolonger les séjours selon les capacités du service.

CONCLUSION

L'organisation en réseau permet de diminuer la morbi-mortalité des enfants naissant dans une structure adaptée à la sévérité ou la gravité maternelle ou fœtale en évitant la séparation mère-enfant du fait de l'hospitalisation des deux patients dans le même établissement. Quelles sont les besoins spécifiques de ces mères hospitalisées en maternité sans leur enfant ?

Une étude menée dans la maternité de niveau III du réseau PACA-EST, interrogeant les patientes de cette population a permis de prendre note de leurs besoins spécifiques, les classant selon l'ordre de leur priorité, et de leur satisfaction sur le séjour en suites de couches.

Les patientes en service de maternité dont l'enfant est hospitalisé dans un service spécialisé (au vu de la nécessité d'assistance médicale) ont des besoins spécifiques du fait de cette séparation, comme le besoin d'aide à l'accompagnement. Néanmoins ces patientes sont des accouchées et nécessitent l'aide de l'équipe de maternité pour répondre à leurs besoins physiologiques du post-partum. L'accompagnement est très performant à travers l'écoute et la disponibilité des équipes, permettant aux patientes de s'adapter au mieux à la situation. La communication, avec des informations claires et individualisées, est satisfaisante mais peut encore bénéficier d'améliorations avec notamment la communication inter-service ou des informations sur la spécificité du séjour. Les équipes de maternité doivent poursuivre la pratique d'un accompagnement personnalisé pendant le séjour en s'adaptant aux patientes en fonction de leurs besoins exprimés.

D'après la classification des besoins, qui sont dans l'ordre : de proximité, de communication, de soutien, d'apprentissage, de l'alimentation maternelle... ces derniers se regroupent surtout dans les thèmes portant autour de l'enfant et l'accompagnement psychologique.

Ces patientes sont d'autant plus à risques de complications du fait de leur contexte clinique. L'accompagnement avec l'encouragement de la méthode kangourou et le suivi pendant le séjour, avec la proposition de rencontrer un psychologue, est important. Les patientes sont satisfaites de leur hospitalisation en maternité et souhaiteraient pour la plupart un prolongement de leur séjour.

Une liste de propositions d'accompagnement type et plusieurs axes d'amélioration ont été établis pour améliorer le vécu et la satisfaction de ces patientes pendant leur séjour en suites de

couches. Cependant des modifications organisationnelles des services permettent déjà d'augmenter la satisfaction de ces patientes quant à leur hospitalisation.

Néanmoins cette étude comporte des difficultés d'extrapolation à la population atteinte par les critères d'inclusions au vu des différentes structures hospitalières, des habitudes de service, ou la présence d'unité kangourou.

Ce travail m'a permis d'apporter une réflexion sur l'accompagnement de ces patientes à risque. Les adaptations des services permettraient peut-être une satisfaction suffisante des patientes. Mais l'hospitalisation en suites de couches impliquerait toujours ce « sentiment » des patientes envers les couples mère-enfant. Quelle est la prévalence de ce sentiment envers les couples mère-enfants en maternité ? Comment faire pour le diminuer ? Quelle est, d'après les patientes, la solution ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. 96p.
- [2] Dugnat M. Prévention précoce, parentalité et périnatalité. Erès, 2004. 254p.
- [3] Rapport rédigé par L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de Statistique. Enquêtes nationale Périnatale. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017. 317p.
- [4] Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Journal officiel de la République Française n°235 du 10 octobre 1998. 98-900.
- [5] Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. Du 30 mars 2006. n° 2006-151. Consulté sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm>, en Janvier 2019
- [6] Réseau Méditerranée, réseau de périnatalité PACA, Corse, Monaco. Les maternités [en ligne]. Consultable sur : <http://www.reseaperinatmed.fr/documentation/typesdematernites/>. En Janvier 2019
- [7] Fabrice Pierre. Les maternités au sein du réseau périnatal : organisation actuelle et enjeux à venir. Décembre 2007-Mars 2008 ;161 : 62p.
- [8] HAS, Femmes enceintes ayant une complication au cours de la grossesse : transfert en urgence entre les établissements de santé, recommandations. Novembre 2012. 70p.
- [9] Loi Kouchner. Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Du 4 mars 2002. n° 2002-303. Consulté sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>. En Décembre 2018.
- [10] Protocole de fonctionnement n°2 du réseau de périnatalité méditerrané. Orientation des nouveau-nés malades. 19p. Consulté sur : <http://www.reseaperinatmed.fr/zone-de-telechargement/#1460985309185-e31a5284-7597>. En Janvier 2019.
- [11] HAS, Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014. 36p.
- [12] Article L4151-1. Loi n°2016-41 modifié au 26 janvier 2016. « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. »
- [13] Marpeau L. Traité d'obstétrique. Elsevier Masson. 2 ème édition. 657p.

- [14] Dictionnaire Larousse. Consulté sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907?q=besoin#8842>. En Aout 2018
- [15] National agency of innovation and research, luxinnovation, Pyramide de Maslow : Hierarchisation des besoins
- [16] D. L. Mias, Grilles des 14 besoins de Virginia Henderson, Septembre 1993.
- [17] HAS. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Décembre 2017. Consulter sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820763/fr/accueil-du-nouveau-ne-en-salle-de-naissance. Janvier 2019. 2p.
- [19] HAS. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Décembre 2011. Consulté sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2795633/fr/enjeux-et-specificites-de-la-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adolescents-en-etablissement-de-sante. En Janvier 2019.
- [20] Déclaration conjointe de l’OMS et du FISE. Protection, encouragement et soutien de l’allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité. 36p. Consulté en Janvier 2019.
- [21] Dageville C., Cassagrande F., De Smet S., Boutté P. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archive de Pédiatrie*. 2011. 994 – 1000.
- [22] Rigour V., Aubry S., Tasseau A., Gobalakichenane P., Kieffer F., Assaf Z., Nicloux M., Magny J.-F.. Allaitement maternel : bénéfiques pour la santé de l’enfant et de sa mère. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2013 ; 26 :90 – 99.
- [23] Monjoux-Régis N., Gazeau M., Raynal F., Casper C. Allaitement maternel du prématuré. *Archive de Pédiatrie*. 2009 ; 16 : 833 – 834.
- [24] Ministère du travail et de la Santé. Programme national de nutrition santé. 2011 – 2015. Consulté sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels> . En Décembre 2018. 66p.
- [25] De Vriendt-Goldman C., Durieux M.-P. Réflexions quant à l’accompagnement psychothérapeutique du bébé, de ses parents et des soignants en unité néonatale. *Devenir*. 2005/1 ; 17 : 5 à 37p.
- [26] Mazreku L., Savary V. Expérience vécue par les parents lors de l’hospitalisation d’un très grand prématuré de moins de 28 SA. *Revue de la littérature. Mémoire*. Fribourg. 2014. 192p.
- [27] Guedeney N., Lamas C., Bekhechi V., Mintz A.S., Guédeney A. Développement du processus d’attachement entre un bébé et sa mère. *Archive de Pédiatrie*. 2008 ; 15 : S12 – S19.
- [28] P. Wanquet-Thibault. L’enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l’entourage. Elsevier Masson. 2015. 65 – 99p.
- [29] Haute Autorité de Santé : Mesure de la satisfaction et de l’expérience des patients hospitalisés + 48h en médecine, Chirurgie, obstétrique. Consulté sur :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2728770/fr/mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-48h-en-mco-e-satis-48h-mco. Aout 2018.

- [30] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, âge moyen de la mère à l'accouchement en 2018. Données annuelles de 1994 à 2018. Consulté sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-Donnes>. Avril 2019.
- [31] Francoual C., Bouillié J., Parat-Lesbros S. Pédiatrie en maternité. 3^{ème} édition. Médecine-Sciences Flammarion. 2008 : 554 – 558.
- [32] OMS. La méthode « mère kangourou », guide pratique. 2004. 60p.
- [33] Donald S. K., BSc Honsà, Dip/He, RGN, Health Visitor. Critical analyses of the implications of Kangaroo Mother Care on a preterm infant. *Journal of Neonatal Nursing*. 2017 ; 23 : 159 – 168.
- [34] Feldman R., Rosenthal Z., Eidelman A. I. Child physiologic Organization and Cognitive Control Across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry*. 2014 ; 75 : 56 – 64.
- [35] Evereklian M., Posmontier B. The impact of Kangaroo Care on Premature Infant Weight Gain. *Journal of Pediatric Nursing*. 2017 ; 34 : 10 – 16.
- [36] Eun-Shook Cho, Shin-Jeong Kim. Myung Soon Kwon. The effect of Kangaroo Care in Neonatal Intensive Care unit on the Physiological Functions of preterm Infants, Maternal-Infant Attachment, and maternal stress. *Journal of Pediatric Nursing*. 2016 ; 31 : 430 – 438.
- [37] Sxeeney S., Rothstein R., Visintainer P., Singh R. Impact of Kangaroo care on parental anxiety level and parenting skills for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*. 2017 ; 23 : 151 – 158.
- [38] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. 2011. Université Médicale virtuelle Francophone. 12p.
- [39] Goutaudier N., Séjourné N., Bubi E., Chabrol H. Profils psychopathologiques des mères ayant accouché prématurément et impact sur le lien mère-enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2014 ; 27 : 164 – 171.
- [40] Page d'accueil internet de la maternité du Belvédère. Consulté le 20/05/2019
<http://www.ch-belvedere.fr/maternite/sejour/sejour-mater.asp#UNITE%20KANGOUROU>
- [41] Syndrome de stress post-traumatique en maternité. *Eres*. 2008 ; 1 : p 199 - 201
<https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-1-page-199.htm>
- [42] Olde E., Van des Hart O., Kleber R., Van Son M. Posttraumatic stress following childbirth : A review. *Clinical Psychology Review*, 2006 ; 26 : 1 - 16.
- [43] Goutaudier N., Séjourné N., Bui E., Cazenave N., Chabrol H. L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress posttraumatique et variable associées. *Gynécologie, Obstétrique et fertilité*, 2014. ; 42 : 749 – 754.

- [44] Gangi S., Dante D., Bacchio E., Giampetro S., Terrin G., De Curtis M. Posttraumatic Stress Disorder in parents of premature birth Neonates. *Social and Behavioral Sciences*, 2013 ;82 :882 – 885.
- [45] Lebarbey C. Hospitalisation au SIG au CHU de Caen : influence sur le séjour en maternité lors d'une naissance prématurée. Mémoire en vue d'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Caen. 2018. 36p.
- [46] Forfait Hospitalier en maternité. Consulté sur <http://www.ch-arras.fr/Votre-venue/Votre-hospitalisation/Votre-sortie/Les-frais-d-hospitalisation> en Mai 2019.

LISTE DES ANNEXES

<i>Annexe I : liste anonymisée des patientes.</i>	<i>.II</i>
<i>Annexe II : trame d'intervention.</i>	<i>.III</i>
<i>Annexe III : formulaire de consentement.</i>	<i>.VI</i>
<i>Annexe IV : tableaux de comparaison des conditions socio-économique et du score de satisfaction.</i>	<i>.VII</i>

ANNEXES

Annexe I: Liste anonymisée des patientes

Numéro d'entretien	Date de l'entretien	Numéro d'entretien	Date d'entretien
A	24/10/2018	BB	29/11/2018
C	06/11/2018	CC	02/12/2018
D	27/10/2018	DD	02/12/2018
E	09/11/2018	EE	04/12/2018
F	18/10/2018	FF	06/12/2018
G	12/11/2018	GG	06/12/2018
I	28/10/2018	HH	10/12/2018
K	24/10/2018	II	11/12/2018
L	01/11/2018	JJ	11/12/2018
M	16/11/2018	KK	15/12/2018
O	18/11/2018	LL	15/12/2018
P	16/11/2018	MM	15/12/2018
R	01/11/2018	NN	17/12/2018
T	19/09/2018	OO	21/12/2018
U	19/11/2018	PP	21/12/2018
V	28/10/2018	QQ	21/12/2018
Y	23/10/2018	RR	21/12/2018
Z	16/11/2018		

Annexe II : trame d'intervention

Pouvez-vous me donner votre date de naissance ?
De quel pays êtes-vous originaire ?
Quel est votre niveau d'étude ?
Quelle est votre profession ?
Quelle est votre situation familiale ?
Combien d'enfant vivant au foyer avez-vous ?
Quelle était votre terme théorique ? Terme de l'accouchement à calculer :
Accouchement : Voie basse / Césarienne
Quel est le service d'hospitalisation du nourrisson :

Les besoins physiologiques de la mère hospitalisée en SDC séparée de son enfant sont-ils satisfaits ?

- Qu'avez-vous pensé de l'accueil dans le service de maternité ?
- Alimentation et hydratation.
 - ➔ Que pensez vous des repas ou de l'hydratation proposé par le service d'hospitalisation ?
 - les horaires de délivrance
 - la présentation - gout
 - ➔ Mesure de la Satisfaction des repas/ de l'hydratation
- Se mouvoir et maintenir une bonne posture.
 - ➔ Concernant vos déplacements :
 - Avez-vous besoin d'un accompagnant pour aller en réanimation/néonatalogie ?
 - Comment trouvez-vous l'accès à votre enfant ?
 - Que pensez-vous de la proximité avec l'enfant ?
 - Pouvez-vous aller voir votre enfant autant de fois que vous le désirez ?

- Ressentez-vous le besoin d'être relayée auprès de votre enfant ?
- Dormir et se reposer.
 - ➔ Êtes-vous satisfaite du matériel hôtelier mis à disposition pendant votre séjour ?
 - Le confort,
 - La propreté,
 - Température
 - ➔ Mesure de la satisfaction du matériel hôtelier
 - ➔ Le service est-il assez calme pour vous permettre de vous reposer/ dormir :
 - En général.
 - Les visites (des professionnels ou personnelles) ne sont pas trop perturbantes ?
 - ➔ Mesure de la satisfaction du repos dans le service
 - ➔ Arrivez-vous à vous organiser dans la journée, à avoir un rythme journalier :
 - En général dans le service de maternité (c.-à-d. avec extérieur conjoint / autre enfant)
 - Entre la maternité et la réanimation/néonatalogie.
 - Que pensez-vous de l'autonomie pendant votre hospitalisation ?
 - À la vue de la séparation, arrivez-vous à vous adapter au rythme de bébé/ soin ?
 - ➔ Pensez-vous que l'équipe soignante s'adapte suffisamment à votre rythme ?
- Sécuritaire :
 - ➔ Vous sentez-vous sécuritaire à l'hôpital ?
 - ➔ Sécurité psychique ; vous sentez-vous soutenue moralement ?
 - ➔ Que pensez-vous du relationnel des professionnels de santé ?

- Sécurité économique ; ressentez-vous le besoin de rencontrer une assistante sociale dans le cadre de difficultés économiques ?
Si oui vous l'a-t-on proposé ?
Ressez-vous le besoin d'être aidé au niveau de difficultés avec la fratrie/ conjoint ?
- Mesure de la satisfaction de la sécurité à l'hôpital
- Croyance :
 - Avez-vous noté un manque concernant l'information de la pratique du culte à l'hôpital ?
 - Respect suffisant de votre culture de votre culture
- Communication.
 - Communication avec l'équipe de maternité :
 - L'écoute et disponibilité de l'équipe soignante ?
 - Informations sur votre état de santé et conseils apportés à votre prise en charge (mtn et sortie) suffisants et compréhensibles ?
 - Et concernant votre l'enfant ?
 - Quelles sont/ ont été vos interrogations ?
Vous a-t-on répondu de manière satisfaisante ?
 - Avez-vous parlé de vos besoins à l'équipe hospitalière ? Des choses ont été mises en place ?
L'équipe a anticipé des besoins ?
 - Pensez-vous que le lien de communication verbale entre les 2/3 services (maternité et réanimation / néonatalogie) est suffisant ?
 - Mesure de la satisfaction sur la communication
- Besoin de se recréer / divertir :
 - Que pensez-vous des systèmes pour vous divertir (système téléphonique, wifi) ?
 - Sont-ils suffisants ?
 - Mesure de la satisfaction sur les moyens de se divertir
- Besoin d'apprendre/ autoréalisation :
 - Connaissance sur les capacités de l'enfant ?
 - Etes-vous encadré(pratiqué) sur les soins de développement de votre enfant ?
 - Comment s'est déroulée la séparation et la première rencontre avec votre bébé ?
 - La mise en place du lien avec votre enfant ?
Avez-vous certaines difficultés ? Lesquelles ?
Besoin d'un accompagnement ?
 - Allaitement maternel
 - Vous a-t-on informé, conseillé, encadré ?
 - Avez-vous des difficultés ?
Si oui, lesquelles ?
 - Comment se passe l'utilisation du matériel tel que le tire-lait... ?
 - L'encadrement de l'équipe est-il suffisant ?
 - Classer dans l'ordre de vos priorités 5 besoins ?
 - Besoin de soin vous concernant
 - Besoin de communication – d'information
 - Besoin d'accompagnement
 - Besoin de soutien / être rassurée
 - Besoin de proximité avec votre enfant
 - Besoin de reconnaissance de votre culture
 - Besoin de d'apprentissage / de réaliser les soins de votre enfant
 - Besoin d'intimité
 - Besoin d'autonomie
 - Besoin d'être aidé à gérer les difficultés de la fratrie
 - Besoin matériel

- Besoin d'être relayée auprès de votre enfant
 - Besoin de se divertir
 - Besoin de sécurité
 - Besoin de se reposer / confort
 - Besoin autour de l'alimentation
- Avez-vous des suggestions pour améliorer l'hospitalisation ?
- Parmi ces propositions laquelle/lesquelles auraient pu vous être bénéfiques lors de votre hospitalisation ?
- Consultation avec un psychologue
 - Groupe de parole avec d'autres mamans dans votre situation
 - Consultation allaitement
 - Lit accompagnant
 - Horaires des repas à la demande / bouteille d'eau
 - Livret d'accueil maternité/ en néonatalogie /réanimation
 - Accompagnement en réanimation ou en néonatalogie
 - Rencontre avec une assistante sociale

Le séjour en maternité est trop court ?

- Durée du séjour :
- Que pensez-vous de la durée du séjour ?
 - Quelle serait pour vous la durée idéale du séjour ?
 - Pensez-vous avoir tous les outils nécessaires pour une sortie imminente ? Qu'est-ce qui vous manque ?
- Le séjour de la mère hospitalisée en suites de couches séparée de son enfant est satisfaisant ?
- Etes-vous satisfait de la qualité du soin prodigué par la sage-femme ?
- PEC en la douleur
 - Le respect de l'intimité ?
- Etes-vous satisfait de votre hospitalisation dans sa totalité ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées pendant votre séjour ?
- Recommanderiez-vous cette maternité ?

Annexe III : formulaire de consentement libre et éclairé.

Bonjour.

Je m'appelle Megan Beau Yon de Jonage. Je suis étudiante sage-femme en dernière année. Je réalise un mémoire de fin d'étude pour « Identifier les besoins fondamentaux des patientes hospitalisées en maternité dont l'enfant est hospitalisé dans un autre service ». Je vous contacte pour vous demander de participer à l'étude. Voici quelques informations la concernant, je suis à votre disposition pour toutes informations supplémentaires grâce aux coordonnées inscrites ci-bas.

Ce mémoire est sous la direction de Carine Charlot, Cadre Sage-femme en maternité à l'Archet II. L'objectif de cette étude serait de déterminer les besoins fondamentaux des mères hospitalisées en maternité lors de l'hospitalisation du nouveau-né dans un autre service. Pour faire le point sur cette situation, rechercher des solutions et améliorer la satisfaction du séjour.

Cette étude se déroulerait grâce à des entretiens individuels et anonymisés portant sur votre séjour en maternité. Ces entretiens seront réalisés pendant votre séjour en maternité par moi-même selon votre convenance. Ils seront enregistrés grâce à un appareil électronique et dureront environ une heure. Si vous acceptez, je vous recontacterai une semaine après votre sortie de maternité. Un entretien téléphonique de quelques minutes sera réalisé sur quelques informations sur votre séjour.

En acceptant de consacrer votre temps à cette étude. Vous participerez grandement à la réalisation de ce projet.

Les entretiens ne se dérouleront qu'avec votre accord libre et éclairé. Vous pouvez-vous retirer de l'étude à tout moment sans explication. Aucune conséquence n'en découlera. Les données récoltées seront uniquement utilisées pour ce mémoire.

Pour l'anonymat des entretiens un numéro de code vous sera attribué et aucun nom ou prénom n'apparaîtra dans l'étude.

Les réponses seront ensuite retranscrites sur ordinateur avec exactitude. Il n'existe aucune bonne ou mauvaise réponse et aucun jugement sera réalisé.

Je soussignée....., déclare :

- Avoir lu et compris ce formulaire.
- En avoir reçu un exemplaire.
- Avoir reçu oralement et par écrit les informations nécessaires sur l'intérêt et le déroulement de l'étude.
- Donne mon accord pour l'enregistrement audio des entretiens.
- Avoir été informée que mes données personnelles seront anonymes et demeureront strictement confidentielles.
- Accepte librement et volontairement de participer à l'étude

Fait à Nice le

Signature :

Megan Beau Yon de Jonage

meganbydj@gmail.com

06.25.83.67.09

Carine Charlot

charlot.c@chu-nice.fr

Annexe IV : tableaux de comparaison des conditions socio-économiques et du score de satisfaction

Comparaison entre l'âge maternel et la satisfaction.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Repas</i>	<i>Matériel hôtelier</i>	<i>Calme</i>	<i>Sécurité</i>	<i>Divertissement</i>	<i>Communication</i>
<i><20 ans</i> <i>N = 1 (%)</i>	1 (33,3%)	2 (66,6%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)
<i>20 – 24 ans</i> <i>N = 3 (%)</i>	1,6 (53,3%)	2,6 (87%)	2,6 (87%)	3 (100%)	1,6 (53%)	2,3 (77%)
<i>25 – 29 ans</i> <i>N = 11 (%)</i>	2,4 (80%)	2,2 (73,3%)	2,8 (93,3%)	2,7 (90%)	1,7 (57%)	2,3 (77%)
<i>30 – 34 ans</i> <i>N = 11 (%)</i>	2,4 (80%)	2,4 (80%)	2,8 (93,3%)	2,7 (90%)	2,5 (83%)	2,7 (90%)
<i>35 – 39 ans</i> <i>N = 9 (%)</i>	2,4 (80%)	2,8 (93,3%)	2,7 (90%)	3 (100%)	2,7 (90%)	2,7 (90%)

Comparaison entre la situation maritale et la satisfaction

<i>Situations maritales</i>	<i>Repas</i>	<i>Matériel hôtelier</i>	<i>Calme</i>	<i>Sécurité</i>	<i>Divertissement</i>	<i>Communication</i>
<i>Célibataire</i> <i>N = 3 (%)</i>	2,6 (87%)	2 (66%)	3 (100%)	2,6 (87%)	2,6 (87%)	2,6 (87%)
<i>Concubinage</i> <i>N = 9 (%)</i>	2,3 (77%)	2,6 (87%)	2,8 (93%)	2,7 (90%)	2,5 (83%)	2,7 (90%)
<i>Pacsée</i> <i>N = 7 (%)</i>	2,9 (97%)	2,7 (90%)	3 (100%)	3 (100%)	2,6 (87%)	2,6 (87%)
<i>Mariée</i> <i>N = 17 (%)</i>	2,3 (77%)	2,3 (77%)	2,6 (87%)	2,6 (87%)	1,9 (63%)	2,4 (80%)

Comparaison entre la catégorie professionnelle et la satisfaction

Catégorie professionnelle	Repas	Matériel hôtelier	Calme	Sécurité	Divertissement	Communication
<i>Sans profession</i> N = 5 (%)	1,8 (60%)	2,2 (73%)	2,8 (93%)	2,8 (93%)	1,6 (53%)	2,6 (87%)
<i>Employées</i> N = 7 (%)	2,4 (80%)	2 (66,6%)	2,7 (90%)	2,6 (87%)	2,1 (70%)	2,7 (90%)
<i>Cadre et profession intellectuelle supérieure</i> N = 10 (%)	2,6 (87%)	2,7 (90%)	2,9 (97%)	2,8 (93%)	2,5 (83%)	2,6 (87%)
<i>Profession intermédiaire</i> N = 6 (%)	2,2 (73%)	2,5 (83%)	2,5 (83%)	3 (100%)	2 (67%)	2,5 (83%)
<i>Artisan, commerçante et chef d'entreprise</i> N = 3 (%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	2,6 (87%)
<i>Ouvrières</i> N = 4 (%)	2,3 (77%)	2,5 (83%)	3 (100%)	3 (100%)	2,7 (90%)	2,2 (73%)

Comparaison entre le niveau d'étude et la satisfaction

Niveaux d'études	Repas	Matériel hôtelier	Calme	Sécurité	Divertissement	Communication
<i>Brevet</i> N = 9 (%)	2,3 (77%)	2,5 (83%)	2,7 (90%)	2,8 (93%)	2,2 (73%)	2,6 (87%)
<i>Baccalauréat</i> N = 9 (%)	2,1 (70%)	2,1 (70%)	2,7 (90%)	2,5 (83%)	2 (67%)	2,4 (80%)
<i>Etude supérieure</i> N = 17 (%)	2,5 (83%)	2,6 (87%)	2,8 (93%)	2,9 (97%)	2,4 (80%)	2,5 (83%)

Comparaison entre l'origine géographique et la satisfaction

Origine géographique	Repas	Matériel hôtelier	Calme	Sécurité	Divertissement	Communication
<i>Afrique du Nord</i> N = 10 (%)	1,9 (63%)	2 (66,6%)	2,8 (93%)	2,6 (87%)	1,6 (53%)	2,5 (83%)
<i>France</i> N = 19 (%)	2,5 (83%)	2,6 (87%)	2,8 (93%)	2,9 (97%)	2,6 (87%)	2,6 (87%)
<i>Europe du Sud</i> N = 3 (%)	2,3 (77%)	2,6 (87%)	2,6 (87%)	3 (100%)	2 (66,6%)	2,6 (87%)
<i>Afrique</i> N = 3 (%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	2,6 (87%)

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

Résumé

Titre : Séparation mère-enfant : identifier et classer les besoins des accouchées en maternité dont l'enfant est hospitalisé dans une unité pédiatrique.

Mots-clefs : séparation mère-enfant – maternité – besoins fondamentaux – satisfaction

Introduction : Les accouchées sont hospitalisées en maternité. Pendant ce séjour peut se produire, pour raison médicale, une séparation mère-enfant apportant des modifications des besoins de ces patientes. Leurs besoins sont issus d'une personne hospitalisée, d'une accouchée, et de parents séparés de leur enfant.

Objectifs : Les objectifs sont : l'identification et la classification des besoins de ces patientes permettant une adaptation des prises en charges des professionnels pour un meilleur vécu de leur séjour en maternité.

Méthodes : Etude prospective, semi-quantitative, semi-qualitative. Réalisée dans une maternité de niveau III, à l'Archet II entre le 12/10/2018 et le 21/12/2018. Au travers de 35 entretiens semi-directifs.

Résultats : Des besoins spécifiques sont identifiés. La proximité avec l'enfant est le premier besoin exprimé par les mères. Des sentiments spontanés et récurrents sont décrits par les patientes envers les couples mère-enfant. Le séjour est satisfaisant et permet aux mères d'obtenir tous les outils nécessaires à leur sortie.

Conclusion : des adaptations au sein du service peuvent améliorer le vécu de ces patientes comme l'encouragement de la méthode kangourou. La disponibilité, l'empathie, les informations claires et l'adaptation des équipes soignantes sont nécessaires pour l'accompagnement personnalisé de ces patientes à risques.

Abstract

Title : Mother and child separation : identification and classification of the fundamental needs of patients hospitalised in maternity separated from their newborn.

Key-words : mother and child separation – maternity – fundamental needs – satisfaction

Introduction : After birth, women are hospitalised in maternity units. During which a mother and child separation can occur for medical reasons, causing some modifications to the needs of these patients and their mother role.

Aims : The aims of this study is to identify and classify the special needs of these mothers therefore giving the medical team a better understanding enabling better management.

Methods : A prospective study, semi quantitative, semi-qualitative was carried out in a grade III maternity unit : Archet II. Between the 12/10/2018 and the 21/12/2018 inclusive. 35 interviews were carried out in all.

Results : Specific needs were identified. The most important expressed is the proximity of mother and newborn. Recurrent sentiments were observed towards the mothers accompanied by their child. Overall the patients were satisfied with their stay at the maternity allowing the mothers to obtain all the necessary tools for their future.

Conclusion : Special adaptation in the maternity unit for these patients could make their stay more suitable such as the promoting of the kangaroo method. The disponibility, the understanding, clear information and the adaptation of the medical team is necessary for a personnalized accompaniment of these vulnerable patients.
