

SOMMAIRE

Abréviations.....	6
Introduction.....	7
Généralités	8
1. Histoire de la Méthode Mère-Kangourou (MMK)	8
1.1 Naissance et principe	8
1.2 Des bénéfices incontestables	9
1.2.1 Bénéfices médicaux	9
1.2.2 Un allaitement maternel favorisé	10
1.2.3 Intérêts économiques	11
1.2.4 Toutefois, quelques limites	11
1.3 La MMK : bien plus qu'un peau à peau	12
1.4 La MMK Dans le monde : quelques exemples	13
2. Les Unités Kangourous en France : vers une humanisation des services de néonatalogie	14
2.1 Introduction et adaptation de la méthode	14
2.2 Un objectif davantage relationnel que médical	15
2.3 Sur le plan législatif	16
3. L'unité Mère-Enfant du CHU d'Angers	18
3.1. Création et objectifs	18
3.2. Description de l'unité	20
3.2.1 Situation.....	20
3.2.2 Locaux	20
3.2.3 Le personnel	21
3.2.4 Critères d'hospitalisation dans l'unité	22
3.3. Une journée "type" dans l'Unité Mère-Enfant	23
3.4. Projets	25
Méthodologie	26
1. Objectifs.....	26
2. Type d'étude	26
3. Méthode	26

Résultats..... 28

1. Données générales	28
2. L'accueil dans le service	33
3. Le confort hôtelier	38
4. Les soins	39
5. Les informations données	42
6. Aspect qualitatif des réponses.....	42
6.1. Commentaires positifs	43
6.2. Points négatifs/à améliorer	44
7. Remarques et suggestions	45
8. Témoignages.....	46

Discussion 48

1. Points fort/points faibles de l'étude	48
2. La population étudiée.....	49
2.1. L'âge maternel.....	49
2.2. Les professions	49
2.4 Situation familiale.....	50
2.5 Gestité/parité	50
2.6 Le type de grossesse	50
2.7 L'accouchement	50
3 La satisfaction globale	51
4 Les motifs d'insatisfaction	52
4.1 L'hôtellerie	52
4.2 Le sentiment d'isolement	52
4.3 L'organisation du service	53
5 Perspectives	54
5.1 Une salle commune.....	54
5.2 Le "papa accompagnant"	55
5.3 Les puéricultrices en 12 heures ?	55
5.4 Augmenter le nombre de lits.....	56
6 La place de la Sage-Femme dans l'UME	56
6.1 Le paradoxe de l'UME	56
6.2 Les difficultés rencontrées	57
6.3 La Sage-Femme de l'UMPSP	59
6.4 Propositions	60

Conclusion 61

Bibliographie 62

Annexes 64

Abréviations

MMK: Méthode Mère-Kangourou

UME: Unité Mère-Enfant

ONG : Organisation Non Gouvernementale

NIDCAP: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

UMPSP : Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité

SA : Semaines d'Aménorrhée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ET: Ecart Type

VMax: Valeur Maximale

VMin: Valeur Minimale

ENP : Enquête Nationale en Périnatalité

ESPL : Enquête de Satisfaction des mères et des couples dans un réseau de santé en périnatalité dans les Pays de la Loire

Introduction

En 1987 à l'hôpital Antoine Béchère de Clamart est créée la première « Unité Kangourou » française (appelée Unité Mère-enfant dans les textes réglementaires). Elle s'inspire de la méthode colombienne dite « Méthode Mère Kangourou » née dix ans auparavant, correspondant à la mise en peau à peau précoce, prolongée et continue d'un nouveau-né de faible poids, qu'il soit prématuré ou à terme, contre la poitrine de sa mère, permettant de pallier au manque de couveuses dans les pays en voie de développement. Les bénéfices recherchés en France sont évidemment plutôt d'ordre psychologique et affectif, car cette méthode permet d'empêcher une séparation précoce de la mère et de son nouveau-né, souvent source d'angoisse et d'inquiétude pour elle. Comme nous l'explique Michèle Vial, pédiatre précurseur de l'adaptation de la méthode en France : « l'intérêt n'est pas de « faire du kangourou » à tout prix, mais de travailler au mieux-être des enfants et de leurs parents ».

C'est en 2001 que l'équipe de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, sensible à ce nouveau mode de prise en charge crée sa propre « Unité Kangourou » au sein même du service des suites de couches, évitant ainsi à de nombreuses patientes d'être séparées prématurément de leur enfant.

Si ces unités semblent faire l'unanimité auprès du public accueilli dans de nombreux centres hospitaliers français, l'Unité Mère-Enfant de l'hôpital d'Angers répond-elle aux attentes de ces parents pour qui la naissance de leur enfant n'a pas été tout à fait « comme les autres » ?

Généralités

1. Histoire de la Méthode Mère-Kangourou (MMK)

1.1. Naissance et principe.

En 1978 à Bogota, les services de néonatalogie sont confrontés à un manque important de matériel et notamment de couveuses, et à un taux élevé de morbidité et de mortalité néonatales chez les enfants hypotrophes et prématurés (en Colombie, 20% des enfants naissent avant 37 Semaines d'Aménorrhée, et dans de nombreux cas un retard de croissance intra-utérin est surajouté). Deux pédiatres colombiens, Edgar Rey Sanabria et Hector Martinez Gomez s'inspirent alors des marsupiaux, chez qui la mère joue le rôle de couveuse pour son petit jusqu'à ce qu'il soit mature et autonome. Ils proposent donc aux mères de porter leur nouveau-né prématuré et/ou de faible poids peau contre peau, 24 heures sur 24, leur apportant ainsi chaleur, l'allaitant à la demande jusqu'à ce qu'il ait pris suffisamment de poids : le concept « mère-kangourou » est né.

On retiendra trois éléments fondamentaux de cette méthode :

- La position de l'enfant : position verticale stricte, peau à peau contre la poitrine de l'un de ses parents
- L'allaitement maternel comme mode de nutrition de l'enfant (exclusif dans l'idéal, mais pouvant être complété par du lait artificiel)
- La sortie précoce de l'hôpital

L'enfant prématuré ou de petit poids de naissance, une fois les risques vitaux écartés c'est-à-dire que l'enfant a seulement besoin de chaleur et d'être nourri, peut être mis en position kangourou sur sa maman. A l'hôpital, les jeunes "mamans kangourous" sont encadrées et guidées par les infirmières et épaulées et conseillées par les "mamans kangourous" plus expérimentées. Elles apprennent à extraire leur lait manuellement si leur bébé ne prend pas encore le sein, à le nourrir à l'aide d'une sonde, ainsi que les autres soins de maternage (change, bain...). Le retour à la maison est envisagé lorsque

l'enfant tête correctement et reprend du poids, et que la mère est à l'aise avec la position kangourou et les soins de son bébé.

Mais le suivi du couple mère-enfant ne s'arrête pas là. Ils doivent revenir tous les jours pour une visite avec le pédiatre (dans la mesure du possible, en effet certaines familles habitent loin de l'hôpital et ne disposent pas forcément de moyens de transport pour s'y rendre facilement) dans les premiers temps puis une fois par semaine. Ce suivi ambulatoire est très important, il permet de dépister d'éventuelles complications et de soutenir les parents dans leur démarche kangourou. Une ligne téléphonique est également à disposition des parents 24 heures sur 24 en cas d'inquiétude ou tout simplement s'ils ont des questions. C'est l'enfant lui-même qui décide d'arrêter le portage par ses protestations montrant que désormais il a besoin de plus d'espace. Les "enfants kangourous" sont suivis régulièrement pendant leur première année de vie [1-2].

1.2. Des bénéfices incontestables.

Pendant la première décennie de l'application des soins kangourous, la méthode a été très peu évaluée, et le peu d'études qui s'y intéressaient étaient incomplètes ou s'appuyaient sur un trop petit nombre de patients. A partir de 1989, l'équipe colombienne soutenue par une ONG suisse, peut enfin étudier et évaluer méthodiquement et rigoureusement le programme kangourou. De nombreuses études sur la Méthode Mère Kangourou ainsi que sur le peau à peau, notamment américaines suivront et démontreront les nombreux bienfaits de la méthode [3-8].

1.2.1. Bénéfices médicaux.

○ La température :

La chaleur transmise par la mère lorsque son enfant est nu contre sa peau est équivalente voir supérieure à celle apportée par une couveuse traditionnelle (Bauer et al., Mondlane et al.). La thermorégulation est donc optimale en position kangourou et l'hypothermie, risque important de la prématurité et des nouveau-nés hypotrophes est donc traitée ainsi.

- La morbidité et la mortalité :

Aucune différence de survie entre la **Méthode Mère Kangourou** et les soins classiques dans des pays à faible revenu n'aurait été démontrée. Toutefois, Rey et Martinez constatent dans leur premier compte-rendu un accroissement de la survie de 30 à 70% chez les nouveau-nés pesant de 1000 à 1500g, et que la méthode réduit également fortement le taux d'abandon de ces enfants fragiles. Cependant, la plupart des auteurs sont d'accord sur le fait qu'il manque encore d'études randomisées plus larges pour affirmer que la MMK réduirait significativement les taux de morbidité et de mortalité.

- Les infections nosocomiales :

Le partage d'incubateurs est parfois une obligation dans les services de néonatalogie disposant de peu de matériels, sans parler du manque parfois d'hygiène des couveuses. La MMK en éliminant cet obstacle fait chuter de façon significative le taux d'infections nosocomiales, risque d'autant plus grave lorsque l'enfant est prématuré.

Sans oublier que l'éducation des parents quant à l'hygiène corporelle fait partie intégrante du programme kangourou et permet aussi de faire diminuer ce taux d'infections.

1.2.2. Un allaitement maternel favorisé :

En effet, l'enfant en position kangourou est tout proche du sein nourricier de sa mère et tête quand il en a besoin. La stimulation est à la fois textuelle et olfactive, même lorsque l'enfant au démarrage ne réussit pas forcément à téter et est nourri par une sonde.

D'autre part, ce contact peau contre peau constant ou quasi-constant (car une autre personne peut prendre le relais de la maman) stimule énormément la lactation et aide à sa mise en place, ce qui est en général une difficulté supplémentaire lors d'un accouchement prématuré.

1.2.3. Intérêts économiques :

Dans certains pays très pauvres, les services de néonatalogie ne possèdent pas suffisamment de couveuses ou parfois même pas du tout, et la MMK reste la seule alternative pour prendre en charge ces enfants extrêmement fragiles.

Et pour les services limités en matériel, les soins kangourous permettent de libérer les incubateurs pour des enfants dont le pronostic vital est engagé, et qui n'auraient peut-être pas pu être pris en charge faute de place.

De plus la méthode kangourou est par définition une économie en elle-même, de par le fait qu'elle ne nécessite pas de couveuses, car les enfants pris en charge selon ses principes n'ont besoin que d'être réchauffés et nourris, ce que les mères, seules, peuvent apporter.

1.2.4. Toutefois, quelques limites.

○ La croissance :

Sur ce point, les études se contredisent, certaines affirmant que le contact peau à peau et la stimulation permanente qu'il entraîne améliore le développement psychomoteur et la croissance du nourrisson, d'autres constatant qu'au bout d'un an de suivi des enfants kangourous qu'ils sont de plus petite taille que les enfants restés en incubateur.

○ Les difficultés de mise en place du programme.

En Colombie comme ailleurs, les professionnels souhaitant instaurer la MMK dans leurs services de néonatalogie ont rencontrés différents obstacles notamment de restructuration des locaux, mais en particulier vis-à-vis des soignants.

Tout d'abord, la dispersion des enfants dans les chambres de leur mère rend plus difficile la surveillance pour les soignants habitués aux chambres vitrées des services de pédiatrie classiques, créant un sentiment d'insécurité, surajouté à la plus grande fatigue physique et psychologique entraînée par le grand nombre de va et vient dans chaque chambre et d'échanges avec les mères.

Ensuite vient la difficulté pour les soignants de travailler en présence des parents, en particulier la peur d'être jugé voire critiqué peut entraîner une tension supplémentaire.

D'autre part, la méthode implique une participation totale de la mère aux soins, ce qui prend beaucoup plus de temps aux soignants pour lui expliquer les soins lorsqu'elle n'est pas encore habituée à les réaliser. Et seuls restent pour les soignants les gestes douloureux (prise de sang,...), réduisant leur activité à ces soins "désagréables" ce qui peut les frustrer dans une certaine mesure [9].

- Les dérives possibles:

Comme le souligne Nathalie Charpak dans son ouvrage, la MMK ne doit pas être utilisée comme une excuse pour ne pas chercher à obtenir plus de matériels médicaux indispensables pour certaines situations: "la MMK ne saurait remplacer la néonatalogie, elle ne fait que la compléter"[1].

De même il est très important que les professionnels souhaitant mettre en place la MMK dans leur structure soient rigoureusement formés à ce programme et élaborent des protocoles spécifiques à leur unité, afin d'éviter toute complication liée à une mauvaise application de la méthode.

1.3. La MMK : bien plus qu'un peau à peau.

Outre les bienfaits médicaux et économiques de la MMK, il est reconnu aujourd'hui que ce type de soins a des effets positifs quant à la mise en place du lien entre la mère et son enfant et à son rôle maternant qu'elle a à jouer face à cet enfant fragile.

Les soins kangourous positionnent la maman (les parents) comme premier(s) acteur(s) dans la prise en charge de son (leur) enfant, le soignant étant alors présent comme auxiliaire ou comme un guide pour acquérir les soins. Les parents accomplissent pleinement leur rôle ce qui est une source de satisfaction, et ils se sentent ainsi plus compétents en tant que tels. Le fait que la mère prenne en charge en totalité son enfant développe sa confiance dans ses capacités à être mère, elle se sent ainsi plus sûre d'elle-même et valorisée dans son rôle maternant.

Un accouchement prématuré ou la naissance d'un bébé plus chétif que la normale peut entraîner chez la maman un sentiment d'échec puis de culpabilité (car elle n'a pas su mener sa grossesse à terme, elle n'a pas été capable de mettre au monde un bébé en bonne santé). Le portage kangourou permet de déculpabiliser et de diminuer les

angoisses de la maman, qui est alors tout à fait compétente pour prendre soin intégralement de son enfant.

La mère en contact permanent avec son enfant ressent et distingue d'autant mieux ces différents besoins, elle est attentive à ses différentes manifestations (mouvements, pleurs...) et découvre ainsi la personnalité de son bébé.

Mis à part les avantages psycho-affectifs maternels des soins kangourous, ils apportent également un bien-être à l'enfant. Né prématuré (ou pas d'ailleurs), il retrouve, placé sur la poitrine de sa mère, son odeur, sa chaleur, il entend les battements de son cœur, le son de sa voix, il ressent tous ses mouvements quotidiens, en bref c'est comme s'il n'avait jamais quitté le ventre de sa mère, ce qui favorise un sentiment de sécurité chez lui.

1.4. La MMK dans le monde: quelques exemples.

Constatant les avantages médicaux et humains considérables des soins kangourous, le ministère de la santé colombien publie un guide pratique de la Méthode Mère Kangourou exposant le fait que : « la MMK doit être considéré comme le traitement de la séparation initiale de l'enfant prématuré avec sa mère, séparation souvent nécessaire mais toujours douloureuse. De plus, la durée d'hospitalisation diminue, les incubateurs se libèrent et peuvent accueillir les enfants les plus malades, c'est une utilisation plus rationnelle des ressources disponibles qui ne devrait pas intéresser seulement les pays en voie de développement. » [1]

Ainsi, les équipes de nombreux pays, en premiers lieux les pays en développement, s'intéressent à cette méthode et partent se former en Colombie auprès de la Fondation Kangourou. Créée en 1994 en Colombie, elle a pour mission la promotion de la MMK dans le monde, mais également son évaluation et la diffusion des résultats de ces recherches [10].

La conception du lien mère-enfant à la naissance et la notion de pudeur quant à la nudité étant différentes selon les cultures, la MMK est parfois difficile à mettre en place, bien qu'elle s'adapte aisément à la population, l'environnement, et aux moyens du pays dans lequel elle se développe. Par exemple, à Douala, la plus grande ville du Cameroun, le climat chaud et humide a été un des principaux obstacles à l'application de la méthode, d'autant plus que l'hôpital ne dispose pas de systèmes de climatisation et

de ventilation. D'autre part, les mamans ne trouvaient pas « pratique » de porter leur enfant en peau à peau contre elle lorsque qu'elles retournaient chez elle, elles revenaient à la consultation avec leur bébé enveloppé dans un tissu. Mais au prix de nombreux efforts et d'une grande persuasion, les mamans camerounaises ont finalement totalement adhéré à la méthode. Par la suite d'autres pays africains s'y ont mis et notamment l'Afrique du Sud qui se positionne en leader et diffuse la MMK sur tout le continent.

En Asie, des pédiatres vietnamiens et indiens remarquent que c'est une solution appréciable pour limiter l'occupation des incubateurs. En effet, les maternités des grandes villes asiatiques réalisent un nombre astronomique d'accouchements (30000 par an pour la plus grande maternité de la ville d'Ho Chi Minh au Vietnam) entraînant une surcharge permanente des services de néonatalogie.

En Europe et en particulier dans les pays nordiques qui s'y sont très rapidement intéressés, la technique mère-kangourou permet de travailler en collaboration avec la famille. Il s'agit là évidemment d'une méthode complémentaire de soins, le matériel et les techniques médicales modernes de néonatalogie étant disponibles. En Suède notamment l'application de la MMK est devenue une routine, des appartements sont même mis à disposition des parents et de leur enfant encore en couveuse pour leur permettre de vivre ensemble dès les premiers jours de vie de leur enfant. L'apparition de la MMK en France est plus timide, mais elle s'ouvre peu à peu à cette conception de prise en charge, notamment par la pratique de plus en plus courante du peau à peau et du NIDCAP, nouvelle conception de soins de développement qui correspond à l'ensemble des stratégies environnementales et comportementales afin de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré [11].

2. Les Unités Kangourous en France : vers une humanisation des services de néonatalogie.

2.1. Introduction et adaptation de la méthode.

A partir des années 80, la collaboration des services de pédiatrie avec les maternités et les progrès scientifiques fulgurants en néonatalogie permettent une

meilleure prise en charge des nouveau-nés en situation à risque et contribuent à diminuer la morbidité et la mortalité néonatales. Or dans beaucoup de maternités, l'unité de pédiatrie ne possède pas de service de réanimation néonatale, ce qui implique un transfert de ces nouveau-nés nécessitant des soins spécifiques. Parmi eux, un certain nombre est transféré pour des critères de terme de naissance, de poids de naissance ou de pathologie relativement bénigne (ictère, infection, hypoglycémie sans signes cliniques...) sans risque vital, car la maternité ne dispose pas de structures pouvant assurer ces soins en toute sécurité. C'est dans ce contexte, avec la création des niveaux de soins, que commencent à apparaître les unités kangourou/mère-enfant en France. La pratique habituelle est ainsi inversée: ce n'est plus le patient, en l'occurrence le nouveau-né qui est amené vers la structure de soins, mais les soignants qui se déplacent vers lui, qui reste à sa place "normale", c'est-à-dire auprès de sa mère [12-18].

En France, il n'existe pas de textes officiels définissant clairement l'Unité Mère-Enfant, il y a donc de nombreuses différences de point de vue concernant les pratiques, l'organisation et le fonctionnement, le personnel nécessaire et les objectifs de prise en charge. Le plus souvent, ces unités se situent dans une maternité de niveau III, les chambres sont situées dans le service de suites de couches, certaines pouvant accueillir l'enfant encore dans sa couveuse. Le peau à peau y est pratiqué mais généralement moins de deux heures par jour, et la place du père est moins favorisée qu'en Colombie. Seules les UME des maternités des hôpitaux de Marseille, Saint-Brieuc et Strasbourg offrent la possibilité aux pères de remplacer totalement la mère pour les soins. L'UME de l'hôpital de Valenciennes est la seule qui propose le peau à peau 24 heures sur 24 [19].

Le but de la prise en charge en unité « Kangourou » en France, bien éloignée de la méthode colombienne n'est évidemment pas d'améliorer la qualité technique des soins, mais de préserver la relation de l'enfant avec sa mère, facteur essentiel de son développement physique et mental ultérieur, tout en maintenant une sécurité et une qualité de soins optimales.

2.2. Un objectif davantage relationnel que médical.

Le lien mère-enfant à la naissance est une préoccupation relativement récente qui a donné lieu à une très importante progression de ces connaissances, notamment grâce aux travaux du psychanalyste anglais J. Bowlby qui a développé la théorie de

l'attachement, processus interactif entre le nouveau-né et sa mère qui ensemble se stimulent l'un l'autre créant ainsi un lien fondamental pour le développement harmonieux de l'enfant [20]. D. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais s'est intéressé également à la relation précoce de la mère avec son enfant et ses perturbations. Il met en avant deux concepts principaux: celui de la "mère ordinaire normalement dévouée", qui permet à la mère de répondre de manière adéquate aux besoins de son bébé, et celui du "holding" et du "handling", qui sont respectivement la façon dont l'enfant est porté par sa mère et la manière dont l'enfant est manipulé. Si ces deux notions sont présentes et appropriées, l'enfant pourra élaborer sa construction psychique normale. Or ces deux mécanismes ne peuvent être mis en place que si la mère reste auprès de son enfant en continu depuis sa naissance [21].

Il a donc été clairement démontré l'importance des premiers liens qui se constituent entre l'enfant et sa mère et les perturbations potentiellement graves qui peuvent survenir lorsque la mise en place de ces liens est entravée, notamment par une séparation précoce. Les UME sont donc en quelque sorte une concrétisation de cette non-séparation maman-bébé [22-23].

2.3. Sur le plan législatif.

Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983:

" On sait aujourd'hui qu'un enfant ne peut se développer normalement que dans un climat de continuité et de sécurité affective. Il a besoin pour cela de maintenir une relation personnelle étroite à la fois précoce et ininterrompue avec quelques personnes proches: sa mère [...] Une relation mal engagée avec sa mère après la naissance [...] entraîne toujours des effets néfastes. Dans l'immédiat, elle est vécue douloureusement par l'enfant: à moyen et long terme, elle peut avoir un retentissement profond sur son équilibre. Elle risque de perturber ses relations ultérieures avec sa famille. Dans les cas les plus graves, elle peut même déclencher un processus d'intolérance réciproque aboutissant à de nouveaux traitements."

Plan de périnatalité en janvier 1994:

Etabli par le Haut Comité de Santé Publique, les mesures adoptées préconisaient en particulier de limiter la séparation mère-enfant afin de prévenir les troubles affectifs ultérieurs (mesure n°12).

Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 [24]:

Article D.712-88: "Afin de privilégier la relation mère-enfant, les soins de courte durée aux enfants nés dans l'unité d'obstétrique et qui sont atteints d'affection sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie, peuvent être réalisés dans le secteur d'hospitalisation dès lors que les conditions définies au présent article sont remplies. Ces nouveau-nés doivent en tant que de besoin, pouvoir être isolés des nouveau-nés bien portants, traités et surveillés en permanence dans un local de regroupement ou, lorsqu'elle est individuelle et aménagée à cet effet, dans la chambre de leur mère. De plus, le pédiatre est disponible sur appel 24 heures sur 24, et assure une visite quotidienne. Au minimum, une sage-femme ou une infirmière diplômée d'état, spécialisée en puériculture ou expérimentée en néonatalogie est présente tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, auprès des enfants, quand des nouveau-nés atteints de ces affections sont présents dans l'unité."

Article D.712-94: "Afin d'éviter la séparation de la mère et de l'enfant, les soins de néonatalogie et la surveillance des enfants qui ne nécessitent pas de soins intensifs ou de réanimation peuvent être affectés dans la chambre de leur mère, si les locaux et l'organisation de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie le permettent. Ces lits sont compris dans les lits autorisés de l'unité de néonatalogie. Dans ce cas, la conception, la disposition et la surface des locaux, les matériels et les dispositifs médicaux sont adaptés à la dispensation sur place des soins de néonatalogie par un personnel expérimenté en néonatalogie."

Ce texte montre qu'éviter la séparation mère-enfant est une priorité pour tous les acteurs de soins périnataux. Les nouveau-nés sont maintenus à leur place normale, c'est-à-dire près de leur mère dans sa chambre.

Plan de périnatalité 1995-2000:

Madame Simone Veil alors ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, déclare lors de la conférence de presse du 12 avril 1994 présentant ce plan de périnatalité: "les hôpitaux seront donc incités à créer des chambres mère-enfant dans les services de gynécologie-obstétrique – ce que l'on appelle les unités kangourous [...] de façon à limiter les séparations entre la mère et le nouveau-né."

Comme nous l'évoquions précédemment, il n'a jamais été rédigé en France de texte réglementaire définissant précisément l'Unité Mère-Enfant, le nombre de places obligatoirement disponibles, les critères d'hospitalisation (terme d'accouchement, poids de naissance...), etc...

Au niveau international, le seul texte de référence pour les professionnels de santé concernant la MMK est le guide pratique édité par l'Organisation Mondiale de la Santé, document précis définissant la méthode et décrivant ses modalités d'application [25].

3. L'Unité Mère-Enfant du CHU d'Angers.

3.1. Création et objectifs.

L'Unité Mère-Enfant a été créée en 2001 et n'a pas subi de modifications depuis en termes de structure (le nombre de lits disponibles reste inchangé) et de personnel.

La plupart des objectifs de l'unité sont similaires à ceux du service de néonatalogie (sauf le premier point) et se divisent en deux temps :

- Les objectifs vis-à-vis des parents-enfants :
 - Ne pas séparer l'enfant de sa maman pour permettre un suivi de grossesse
 - Favoriser le lien parent-enfant
 - Permettre d'intégrer l'enfant dans sa famille
 - Favoriser l'allaitement maternel
 - Permettre une autonomie des parents pendant le séjour et en vue de la sortie

- Les objectifs de l'équipe de l'Unité Mère-Enfant :
 - Satisfaire l'enfant et sa famille au maximum
 - Assurer la formation des nouveaux agents pour une même continuité de soin

Outre ces objectifs de prise en charge assez généraux, il a été rédigé par l'équipe de l'unité un chapitre englobant les soins et leur conception au sein de cette unité. On

retrouve d'ailleurs la plupart de ces aspects de la conception de soins dans la charte de la personne hospitalisée de 2007 [26]. Il s'agit:

- De valeurs telles que :
 - Le respect : de la triade maman-papa-bébé, de leur rythme de vie, mais aussi des croyances, de la religion, des convictions, « Tout en respectant l'enfant, il faut faire les soins »
 - La tolérance et la souplesse d'esprit : aux différentes religions, aux visites (notamment pour les hospitalisations longues), aux horaires d'alimentation (beaucoup plus libres qu'en néonatalogie)
 - La discrétion, la considération de la maman en la faisant participer le plus rapidement possible aux soins de son enfant afin de lui rendre sa dignité de parent, liberté des parents dans la prise en charge de leur bébé
 - La famille : inclure le papa (qui a son rôle dans les soins) mais aussi la fratrie, créer un lien familial (la triade maman-papa-bébé)
 - La confidentialité (secret professionnel)
 - La conscience professionnelle : faire le maximum dans la prise en charge de l'enfant, savoir travailler en équipe ou « l'esprit d'équipe »
 - L'écoute : être à l'écoute (des parents mais aussi entre professionnels), prendre le temps d'écouter fait partie du soin
 - L'observation de la triade et individuellement de la maman, du papa et du bébé

- Les soins de base à proprement parlé :
 - Pratique du bain enveloppé pour les nouveau-nés hypotrophes
 - Pratique du portage kangourou à l'aide de tissus élasthanne appartenant à l'unité
 - Pratique du peau à peau
 - L'allaitement maternel est favorisé notamment par l'utilisation de techniques comme le DAL (administrer le lait maternel à l'aide d'une sonde fixée à l'auriculaire mimant le mamelon maternel) ou la tasse (administration du lait maternel avec une tasse ou une petite cuillère)

- La communication parents-soignants :
 - ✓ Le soignant vient comme « visiteur » auprès du bébé et de la maman (des parents) et non pas l'inverse, c'est-à-dire que la puéricultrice n'est pas dans le soin direct à l'enfant, mais plutôt dans un accompagnement des parents dans la réalisation des soins. Elle est comme une partenaire des parents pour prendre soin de leur enfant.
 - ✓ Cette éducation des parents se fait par une adaptation du discours qui leur est délivré. La prise en charge doit être adaptée selon l'état psychologique de la maman (et du papa).

3.2. Description de l'unité.

3.2.1. Situation

L'Unité Mère-Enfant est située dans la maternité du CHU, au deuxième étage, dans le service de suites de couches réservé aux patientes ayant accouché par césarienne. Le service fait partie de la néonatalogie, mais appartient géographiquement à la maternité. L'enfant dépend administrativement du service de néonatalogie et sa mère du service des suites de couches physiologiques. Ce clivage dans la prise en charge du couple mère-enfant n'est pas uniquement géographique car l'unité dépend de deux cadres de santé distincts, et le suivi médical pendant l'hospitalisation est sectorisé mais nous y reviendrons.

3.2.2. Locaux

Cinq chambres individuelles sont prévues pour accueillir les patientes et leur(s) bébé(s), et l'unité peut prendre en charge 6 enfants au maximum. Les chambres à l'origine réservées aux "mamans kangourous" peuvent en cas de surcharge du service des suites de couches physiologiques être occupées par des mamans ayant accouché à terme et dont le bébé ne nécessite pas de soins particuliers. Les chambres « kangourous » disposent d'un dispositif d'aspiration et de distribution d'oxygène en cas d'urgence.

Les puéricultrices de l'unité disposent de leur bureau, dans lequel elles font leurs transmissions, rangent les dossiers médicaux des enfants, conservent tous les documents relatifs à l'unité (protocoles de soins, fiche d'information portage kangourou...). Mais ce lieu sert également de salle de soins pour réaliser les différents examens des enfants (prise de sang, pose de voie veineuse...) et de nurserie.

La réserve de matériel est commune au service de suites de couches, mais les infirmières puéricultrices de l'unité disposent de leur propre chariot de soins, de leur pharmacie ainsi que d'une valise d'urgence. Le matériel de réanimation de base (aspiration et oxygène) est situé dans la nurserie du service.

La biberonnerie est située dans le service de néonatalogie. C'est une auxiliaire de puériculture de ce service qui amène les commandes de lait de l'UME dans le service.

3.2.3. Le personnel

Sont présents en permanence dans l'unité :

- Une infirmière puéricultrice : une le matin, une le soir et une la nuit.

Dix puéricultrices en tout travaillent à l'unité (5 en poste fixe et 5 travaillant en maternité mais pouvant tourner sur l'UME lors de formations ou de congés). Elles doivent obligatoirement avoir une expérience d'au moins trois ans en néonatalogie, et le poste est d'une durée fixe de 3 ans sans reconduction possible (ce sont en effet des postes très recherchés et il est nécessaire pour les puéricultrices de l'UME de remettre leurs connaissances à jour au niveau de la réanimation néonatale).

- Une sage-femme présente 24 heures sur 24 (une le jour et une la nuit)
- Un pédiatre référent de l'UME, en alternance tous les deux mois avec un autre pédiatre
- Le pédiatre de néonatalogie présent 24 heures sur 24 (appelé lorsque les deux pédiatres référents sont absents)
- Deux auxiliaires de puéricultures (ou aides-soignantes) la journée (deux équipes de deux) et une la nuit, s'occupant en priorité des enfants non kangourous

- Les agents hospitaliers, notamment ceux de néonatalogie qui sont amenés à aider les puéricultrices de l'UME pour aller porter des bilans sanguins au laboratoire par exemple

La cadre de néonatalogie s'occupe naturellement aussi de l'UME, mais une puéricultrice détachée est également présente spécifiquement pour ce service et est la référente de l'unité. Outre l'organisation du service, la gestion des plannings, les réflexions sur la prise en charge des patientes et de leur enfant, elle effectue depuis octobre 2007 un travail quant à l'UMPSP (Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité), organisme pluridisciplinaire encadrant les femmes (et les couples) en situation très précaire sur les plans physique, psychique, économique et social, et pour qui l'UME est tout à fait indiquée, puisqu'elle permet un encadrement de ces mamans pour qui la mise en place de liens d'attachement avec leur bébé est souvent difficile.

La cadre du deuxième étage de la maternité joue également son rôle dans l'UME puisque c'est elle qui a la responsabilité des mamans hospitalisées dans le service.

Différents professionnels interviennent ponctuellement selon les besoins des patientes et des enfants :

- Une infirmière puéricultrice référente en allaitement
- Une psychomotricienne
- Un kinésithérapeute rattaché à la néonatalogie
- Un pédopsychiatre
- Trois psychologues (présents pour toute la maternité, et suivant particulièrement les mamans hospitalisées dans le service des grossesses pathologiques et les mamans prises en charge dans le cadre de l'UMPSP)
- Une assistante sociale (s'occupant aussi de la maternité)

3.2.4. Critères d'hospitalisation dans l'unité

Il s'agit avant tout de critères de terme et de poids de naissance: l'enfant doit être né à 35 semaines d'aménorrhée au moins, et doit peser au moins 1800 grammes. En dessous de ces critères l'enfant sera automatiquement hospitalisé en néonatalogie, même s'il est stable et autonome sur le plan respiratoire.

Principaux motifs d'hospitalisations:

- prématurité sans complications majeures
- Infection Materno-Fœtale sans signes cliniques
- Ictère sans gravité
- Troubles d'alimentation, de thermorégulation
- Malformation bénigne (cardiaque, rénale, fente labio-palatine...)
- Surveillance d'un syndrome de sevrage (éthylisme maternel, toxicomanie, traitements anti-épileptiques, anti-dépresseurs...)
- Jumeaux (en particulier en cas d'allaitement maternel)
- Contexte familial, social, psychologique nécessitant un encadrement de la maman après la naissance
- Maman relevant de l'UMPSP

Sans oublier la motivation et l'adhésion des parents aux principes de l'unité, matérialisées par leur signature du "contrat d'admission" (annexe 2) précisant les conditions de prise en charge dans le service.

3.3. Une journée « type » dans l'UME.

Plutôt que d'exposer sous forme de liste peu représentative de la réelle organisation de ce service et des enjeux qui s'y jouent, j'ai choisi de raconter une vraie journée en passant douze heures à l'UME.

Lorsque j'arrive dans le service à sept heures trente, les transmissions du matin viennent de se terminer. Aujourd'hui, quatre mamans et cinq enfants occupent l'unité. Une fois le chariot de soins rempli (biberons, tétines, linge...), C. la puéricultrice du matin débute son tour : approvisionnement dans les chambres des mamans en matériel (compresses, cotons...), biberons (aujourd'hui aucun bébé n'est allaité au sein), et relevé des horaires des derniers biberons de la nuit. C'est aussi l'occasion d'organiser la matinée avec les mamans et de répondre à leurs éventuelles interrogations.

La maman de P. et C., jumeaux d'une semaine, donne désormais le bain toute seule. C. lui propose de faire du portage kangourou dans la journée mais la maman a des

visites cet après-midi et préfère consacrer le reste de la journée à préparer ses valises pour le retour à la maison prévu pour le lendemain.

La maman d'I. (relevant de l'UMPSP) a de nombreuses questions sur l'organisation des soins à la maison. Elle confie ses angoisses et sa nostalgie de la grossesse, qu'elle dit avoir « pourtant mal vécue ».

L., née à trente-six Semaines d'Aménorrhée, a eu un bilan sanguin tôt ce matin, afin de contrôler son ictère. C. transmet les résultats, qui sont satisfaisants, à la maman, rassurée. Elles organisent ensemble le moment du bain, car le papa de L. désire y assister aujourd'hui, puis faire du portage kangourou avec sa fille.

A cet instant, le portable sonne : c'est la maman d'A. qui appelle pour le biberon. Ayant accouchée hier, elle a besoin d'aide pour le lui donner.

En sortant de la chambre, nous croisons la psychologue qui prend des nouvelles de la maman d'Inès avant son rendez-vous avec elle. Entre les appels des mamans, C. la puéricultrice administre son traitement antirétroviral à A. ; sa jeune maman de dix-huit ans a découvert sa séroposivité au VIH à l'occasion de sa grossesse.

A dix heures et demie, le pédiatre arrive et la visite des couples maman-bébé commence. Accompagné de la puéricultrice, il passe voir chaque maman et prescrit les régimes (type de lait, quantité et fréquence des biberons) et les éventuels traitements. La visite est ponctuée par plusieurs discussions réunissant la puéricultrice, le pédiatre, la sage-femme, la psychologue concernant l'accompagnement personnalisé des mamans (en particulier les mamans d'A. et d'I.) et le lien d'attachement qu'elles créent avec leur enfant.

Entre temps, la puéricultrice de PMI interpelle C. dans le couloir pour lui faire part des mamans qu'elle a rencontrées, afin d'assurer un suivi après la sortie de la maternité. Après les bains, les différents soins, les appels des mamans pour les biberons et la pause déjeuner, l'heure des transmissions de l'après-midi arrive vite.

Une fois celles-ci terminées, V., la puéricultrice de l'après-midi va se présenter à chaque maman, assez rapidement car certaines ont des visites, et d'autres profitent d'être seules avec leur bébé pour se reposer. L'après-midi est entre autre consacré aux « conseils de sortie » pour les mamans quittant le service le lendemain.

La maman de P. et C. est heureuse de rentrer chez elle, elle se sent à l'aise avec les soins, mais demande des précisions concernant le suivi par la PMI, l'inclinaison du lit, l'alimentation de ses jumeaux. V. récapitule avec elle tous les soins (le bain, la

toilette du visage, le soin de cordon...), le couchage et les biberons, les ordonnances de sortie ont déjà été données et expliquées par le pédiatre.

La maman d'I. rentre aussi chez elle demain, elle a quelques interrogations auxquelles V. répond, en présence du papa. Elle semble plus sereine que ce matin et satisfaite des conseils donnés.

Ne pouvant effectuer plus de douze heures consécutives, je quitte le service à dix-neuf heures trente, laissant V. continuer à répondre au portable, administrer des traitements, apporter des biberons, accompagner les mamans dans les soins en attendant la puéricultrice de nuit pour les transmissions du soir.

3.4. Projets

Une formation sur l'observation du lien mère-enfant est actuellement en cours à laquelle participent les puéricultrices et les sages-femmes. Elle a débuté en mai 2010 par l'aspect théorique, et la partie plus pratique est toujours en cours. Il s'agit d'apprendre à observer l'enfant et son comportement dans sa relation avec sa mère. Deux pédopsychiatres passent chaque semaine dans l'UME, le lundi midi, afin de discuter des couples mère-enfant et de ceux qui ont besoin d'une prise en charge particulière, et le mercredi matin, afin d'observer les soins avec la puéricultrice.

Il est actuellement question d'intégrer des auxiliaires de puéricultures dans l'UME afin de décharger les puéricultrices de certains soins afin de pouvoir privilégier le portage kangourou et le peau à peau, souvent mis à l'écart faute de temps.

Une puéricultrice s'est formée aux touchers/massages et les intègre dans la mesure du possible dans les soins qu'elle prodigue.

Méthodologie.

1. Objectifs.

L'objectif de mon étude est d'évaluer la satisfaction des parents (et plus particulièrement des mamans) quant à l'environnement de l'Unité Mère-Enfant du CHU d'Angers et leur prise en charge dans cette unité.

2. Type d'étude.

Cette étude a eu lieu à l'Unité Mère-Enfant du CHU d'Angers et s'est déroulée du 1^{er} juin au 31 octobre 2010.

Elle incluait toutes les patientes hospitalisées dans l'Unité Mère-Enfant durant cette période quelques soit leur âge, leur terme d'accouchement et leur parité.

L'étude excluait les patientes non francophones ou présentant une pathologie psychiatrique.

3. Méthode.

Un questionnaire a été choisi comme méthode d'investigation.

Le questionnaire était organisé en cinq parties.

Tout d'abord, il était demandé aux mamans quelques précisions concernant leur situation : âge, profession, nombre d'enfants, déroulement de la grossesse, poids du (des) bébé(s)...

Ensuite elles étaient interrogées sur l'accueil dans l'unité, le confort hôtelier, les soins et les informations qu'elles ont reçues pendant le séjour (certaines questions concernant directement le papa).

Enfin, leur appréciation générale sur leur séjour dans l'unité leur était demandée sous forme d'une note sur 10, et des questions ouvertes à la fin du questionnaire leur permettaient d'exprimer les points forts et les points faibles du service, mais aussi leurs remarques et suggestions quant à l'amélioration de l'unité kangourou d'après leur vécu.

Le questionnaire a été distribué du 1^{er} juin au 31 octobre 2010 par mes soins, excepté du 26 juillet au 31 août, période pendant laquelle, étant absente, ce sont les puéricultrices qui l'ont distribué. Je me rendais dans l'unité trois fois par semaine, et le distribuais aux mamans directement à partir du deuxième jour après leur accouchement, après avoir demandé au préalable aux puéricultrices si la maman était disponible et correspondait aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.

Sur 80 questionnaires distribués (sur 91 patientes admises dans l'unité pendant la période d'étude), 73 ont été récupérés, ce qui montre l'intérêt réel porté à cette unité.

En cours d'exploitation, nous avons décidé d'exclure un questionnaire car il était incomplet.

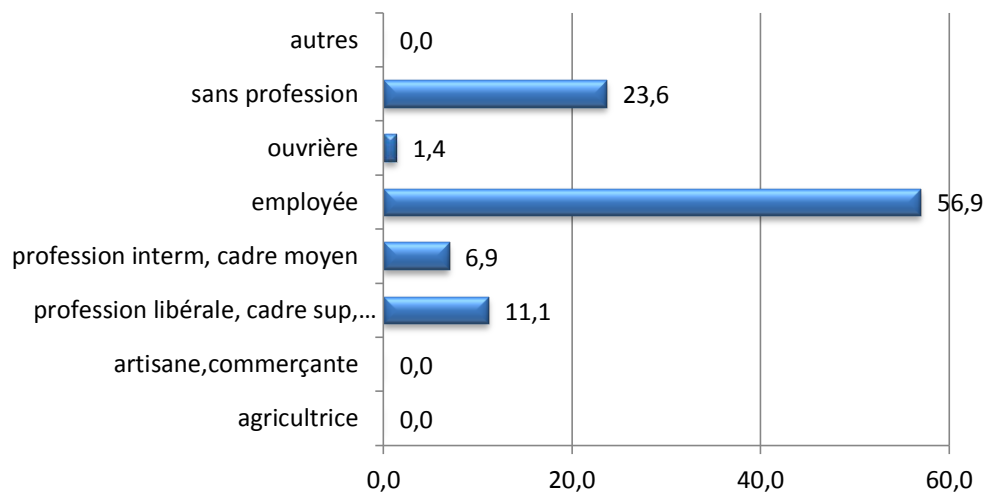
Les résultats ont été obtenus à l'aide d'un masque de saisie effectué sur le logiciel Excel. Pour l'analyse statistique des données, nous avons utilisé le logiciel Epi-info.

Résultats.

1. Données générales

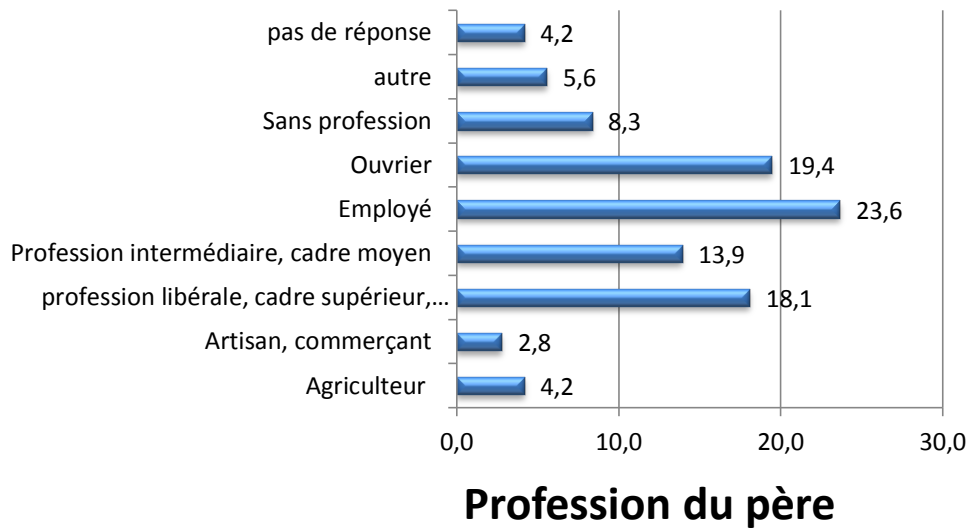
- L'âge moyen des patientes était de 29,7 ans (ET=6,17 ; VMax=43 ; VMin=15).
 - 2 patientes étaient mineures
 - 1 patiente était âgée de 18 ans
 - 7 patientes étaient âgées de 40 ans ou plus

- Profession de la mère :

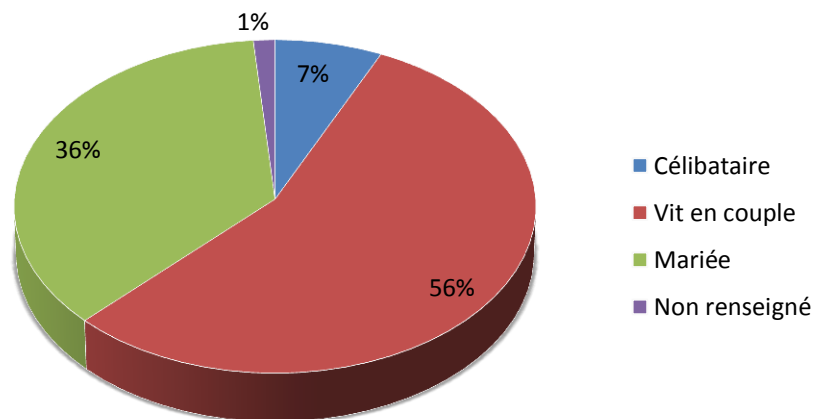


Profession de la mère

- Profession du père :

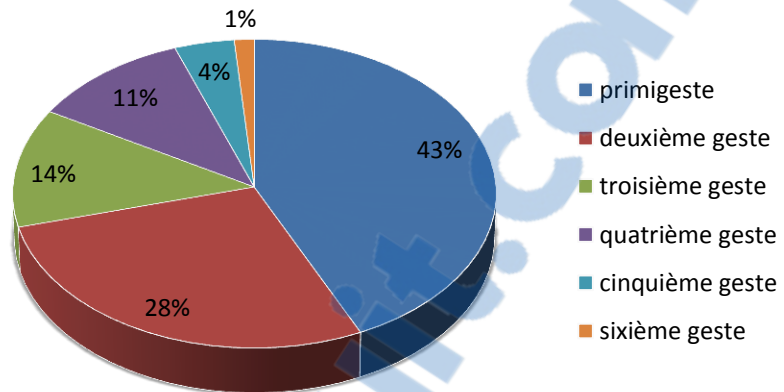


- Situation familiale :



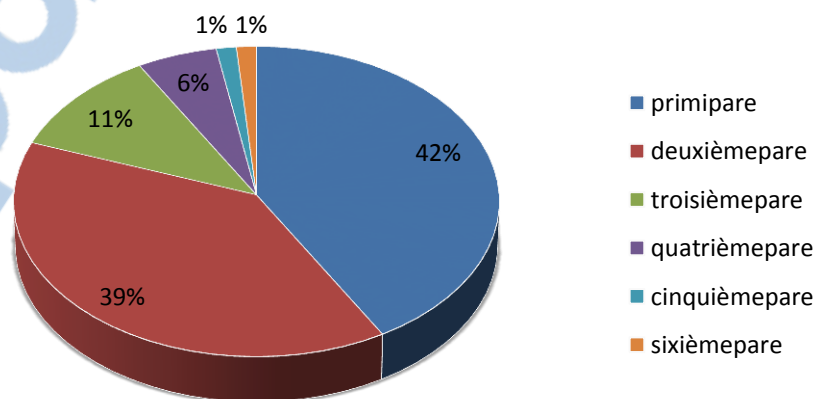
Situation familiale

- Gestité moyenne des patientes : 2,08 (ET=1,26 ; VMax=6 ; VMin=1)



Gestité

- Parité moyenne des patientes : 1,89 (ET=1,06 ; VMax=6 ; VMin=1)



Parité

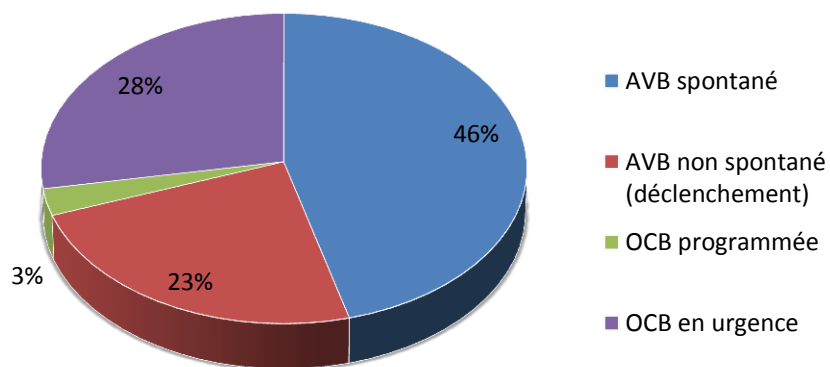
- Le type de grossesse :
 - simple pour 63 patientes soit 87,5%
 - gémellaire pour 9 patientes soit 12,5%
 - pas de grossesse triple

- Déroulement de la grossesse :
 - Normal pour 37 patientes soit 51,4%
 - Pathologique pour 34 patientes soit 47,2%
 - Une patiente n'a pas répondu soit 1,4%

Parmi les pathologies de grossesse relevées :

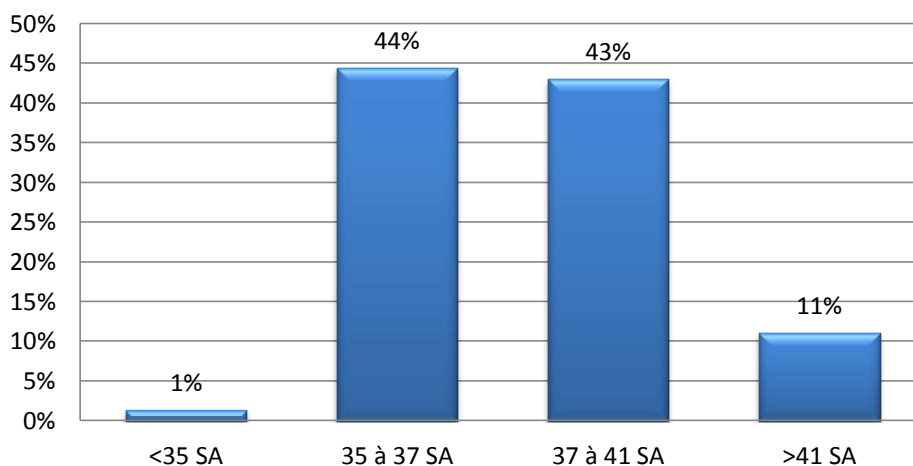
- ✓ 12 patientes ont eu une Menace d' Accouchement Prématuro
- ✓ 9 patientes ont fait de l'hypertension artérielle
- ✓ 6 patientes ont fait un diabète gestationnel
- ✓ 2 patientes ont eu à la fois un diabète et de l'hypertension
- ✓ 1 patiente a eu un diabète compliqué d'un hydramnios
- ✓ 1 patiente a souffert d'un lupus
- ✓ 1 patiente a eu un oligoamnios
- ✓ 1 patiente a eu un cancer du sein compliqué d'un tassement de vertèbres
- ✓ 1 patiente a eu la rougeole pendant son 2^{ème} trimestre de grossesse puis un oligoamnios

- L'accouchement :



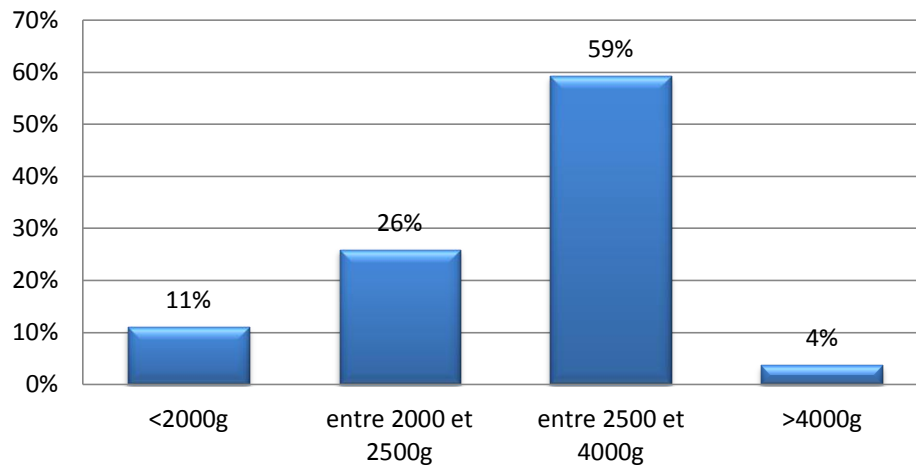
Type d'accouchement

- Terme de l'accouchement :



Terme d'accouchement

- Poids de naissance des nouveau-nés :



Poids de naissance

2. L'accueil dans le service

- Soixante-quatre pour cent (64%) des patientes ne connaissaient pas l'existence des unités kangourous avant leur hospitalisation dans le service.

Pour les patientes connaissant ce type d'unité (36%), cela s'est fait par l'intermédiaire:

- ✓ des médias : 5 patientes
- ✓ de l'entourage (famille proche, amies ayant accouchées au CHU d'Angers...) : 8 patientes
- ✓ de la préparation à l'accouchement : 1 patiente
- ✓ d'une sage-femme du CHU (sans précision) : 1 patiente
- ✓ de la sage-femme du service de grossesses pathologiques du CHU lors de l'hospitalisation : 1 patiente
- ✓ du pédiatre pendant l'hospitalisation dans le service de grossesses pathologiques : 1 patiente
- ✓ du cardiopédiatre lors du diagnostic anténatal : 1 patiente
- ✓ de l'assistante social du CHU : 1 patiente

- ✓ de la formation d'auxiliaire puériculture : 1 patiente
- ✓ d'un stage dans l'unité pendant l'internat de médecine : 1 patiente
- ✓ d'une hospitalisation dans l'unité pour un des enfants précédant : 2 patientes
- ✓ d'une hospitalisation en néonatalogie pour un des enfants précédent : 2 patientes

Sur les 26 patientes connaissant les unités kangourous, 21, soit 80,7%, en connaissaient le principe.

Deux patientes ne connaissant pas les unités kangourous avant leur hospitalisation disaient connaître leur principe.

- Pour 8% des patientes, l'hospitalisation était déjà envisagée pendant la grossesse pour les motifs suivants :
 - ✓ CIV et aorte à cheval
 - ✓ Tétralogie de Fallot
 - ✓ Pathologie rénale
 - ✓ Menace d'accouchement prématuré sévère à 27 Semaines d'Aménorrhée
 - ✓ Pré-éclampsie à 32 Semaines d'aménorrhée avec menace d'accouchement prématuré
 - ✓ Premier enfant placé et deuxième vivant avec son père
 - ✓ Une patiente n'a pas indiqué pourquoi l'hospitalisation en unité mère-enfant était envisagée

- Soixante-huit pour cent (68%) des patientes ont été hospitalisées dans l'unité dès leur sortie de salle de naissance.

Pour les 23 patientes n'ayant pas intégrées le service juste après l'accouchement, les raisons étaient :

- ✓ Pour 9 patientes, leur bébé « allait très bien » à la naissance (Infection Materno-Fœtale sans signes cliniques ou pas encore dépistée,...)
- ✓ Pour 7 patientes, il n'y avait pas de place dans l'unité juste après l'accouchement

- ✓ Pour 3 patientes, les enfants ont d'abord été placés en néonatalogie (1 patiente devant subir une intervention de neurochirurgie, les 2 autres patientes ne précisant pas la raison)
 - ✓ 4 patientes ne précisent pas la raison
- Le motif d'hospitalisation dans l'unité a été expliqué à 67 patientes soit 93% de l'effectif.

Cinquante-cinq patientes ont précisé ce motif :

- ✓ Prématurité : 31%
 - ✓ Infection Materno-Fœtale : 24%
 - ✓ Retard de Croissance Intra-Utérin/Petit poids de naissance : 15%
 - ✓ Difficultés à l'allaitement : 5%
 - ✓ Hypoglycémie : 4%
 - ✓ Hypocalcémie : 2%
 - ✓ Surveillance du bébé/meilleur encadrement : 4%
 - ✓ Césarienne : 4%
 - ✓ Reflux : 2%
 - ✓ Surveillance des reins : 2%
 - ✓ « Bébé malade » : 2%
 - ✓ Surveillance d'une tétralogie de Fallot : 2%
 - ✓ Dépistage d'une maladie infantile contractée pendant la grossesse : 2%
 - ✓ Préparation au retour à domicile après 3 semaines d'hospitalisation : 2%
 - ✓ Fille ainée placée et mari souffrant de troubles bipolaires : 2%
- On a expliqué le fonctionnement du service avant leur entrée dans l'unité à 40% des patientes.
 - Le déroulement du séjour dans l'unité a été expliqué à 93% des patientes (non-réponse : 1%).

Pour les 4 patientes à qui cette explication manquait, une seule a précisé quels éléments auraient pu être éclaircis :

- Perspective de durée d'hospitalisation (même si elle est variable)
- Mode de suivi (réfèrent,...)

- Concernant la disponibilité du personnel, 86% des patientes l'ont trouvé tout le temps disponible et 13% la plupart du temps, donc globalement, 99% des patientes sont satisfaites de la disponibilité du personnel (non-réponse: 1%).

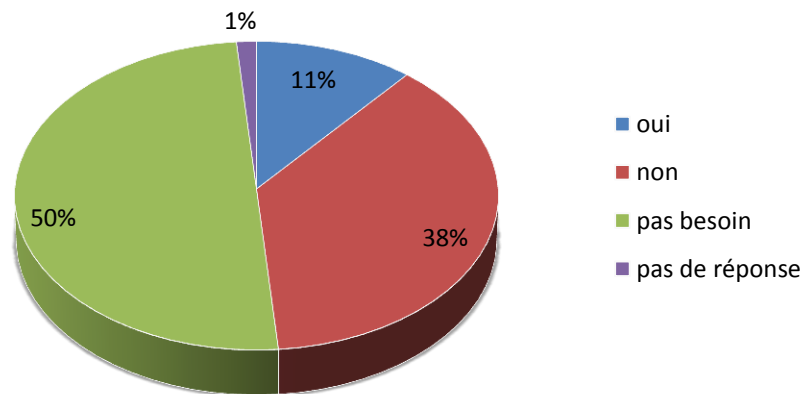
- Relations avec les différents professionnels de santé :
 - Avec les médecins et les sages-femmes : les patientes étaient satisfaites à 100% (1% de non-réponse), 69% étant très satisfaites de leur relation avec les médecins, et 83% très satisfaites de leur relation avec les sages-femmes.
 - Avec les puéricultrices : 98% des patientes étaient satisfaites (89% étant très satisfaite), 1% était peu satisfaite, et 1% n'ayant pas répondu.
 - Avec les autres professionnels : 95% des patientes étaient satisfaites (56% étant très satisfaites), 3% peu satisfaites, et 2% n'ayant pas répondu.

- Le changement fréquent des équipes soignantes a dérangé 7% des patientes (2% de non-réponse).

4% des patientes (soit 3 patientes) ont eu une réponse intermédiaire (« oui et non »).

Pour 87% des patientes, ce changement n'était pas gênant, une patiente précisant cependant que le changement fréquent de sages-femmes l'a dérangé plus que les autres professionnels.

- Rencontre avec un psychologue pendant le séjour :



Rencontre avec un psychologue

- Les visites :

Soixante-dix-neuf pour cent (79%) des patientes n'auront pas souhaité un accès limité pour les visites pendant leur séjour (7% de non-réponse).

Pour les 10 patientes (soit 14%) ayant demandé une limite des visites, 9 patientes ont été satisfaites (1 patiente n'a pas répondu). Une patiente précise que sa demande a été satisfaite, « mais un peu tard, je ne pensais pas que les visites seraient pénibles ».

Deux patientes n'ont pas répondu car elles ont limité elles-mêmes leurs visites.

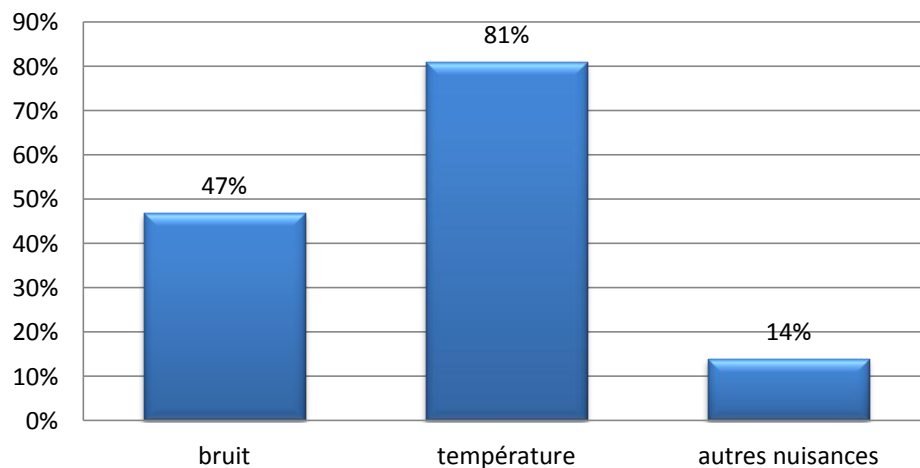
Une patiente n'a pas répondu et précise qu'elle recevait peu de visites à cause de la distance.

3. Le confort hôtelier.

- Concernant la chambre, 53% des patientes étaient satisfaites, voire très satisfaites pour 42% de son confort. 4% étaient peu satisfaites et 1% (soit 1 patiente) pas du tout satisfaite.

Certaines patientes non satisfaites par le confort de la chambre en ont précisé les raisons :

- Lit qui grince
 - Lit non changé en 5 jours
 - Matelas trop dur
 - Salle de bain inadaptée
- Pour 100% des patientes, l'équipement de la chambre était adapté à la proximité mère-enfant.
- Les nuisances ayant dérangé les patientes :



Nuisances

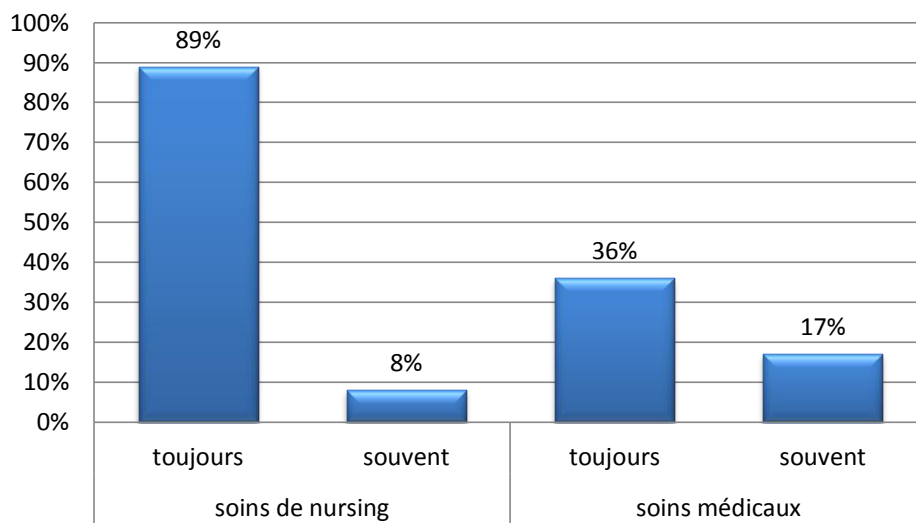
- ✓ Les bruits ayant dérangés les patientes étaient :
 - Les travaux à l'extérieur de la maternité : 53% des patientes
 - Les bruits dans le couloir (notamment les conversations) : 6%
 - Les conduits d'eau : 3%

- Les appareils médicaux (alarmes des scopes...) : 3%

✓ Trente-trois pour cent (33%) des patientes ont été incommodées par la chaleur dans les chambres.

4. Les soins.

- Pour les soins donnés à la maman, 100% des patientes étaient satisfaites, dont 65% très satisfaites.
- Les soins prodigués à l'enfant durant le séjour ont satisfait 71 patientes soit 99%, 59 d'entre elles (soit 65%) étant très satisfaites de ces soins. Une patiente (1%) était à la fois satisfaite et peu satisfaite.
- Concernant la prise en charge, 100% des patientes la trouvait adaptée au regard de leurs attentes.
- La participation aux soins :



Participation aux soins

- Concernant les difficultés ressenties par les mamans pour participer aux soins de leur enfant, 93% des patientes n'en ont pas éprouvées (1% de non-réponse).

4 patientes ont eu des difficultés quant à la participation aux soins, 2 précisant que c'était due à une mobilité réduite suite à une césarienne pour l'une, et à cause de sa forme physique pour l'autre.

- Soixante-seize pour cent (76%) des pères se sont sentis impliqués dans les soins donnés à leur enfant.

Huit pour cent (8%) ne se sont pas sentis impliqués et 13% soit 9 papas ne se sentaient pas concernés (3% de non-réponse).

- A propos de l'encadrement des soins, 100% des patientes se sont senties suffisamment encadrées.
- Quatre-vingt-huit pour cent (88%) des patientes ne se sont pas senties isolées pendant leur séjour (1% de non-réponse).

Une patiente a répondu doublement (« oui et non ») à cette question concernant ce sentiment d'isolement précisant qu'elle était « à distance du domicile familiale.

Les 7 patientes (soit 10%) ayant clairement éprouvées cette impression d'isolement en ont précisé les motifs :

- Le manque de sortie
- Le manque du conjoint
- Le manque de la vie familiale
- L'impression d'enfermement à cause des volets fermés (car travaux à l'extérieur et chaleur)
- Etre à distance du domicile
- Difficultés la nuit, « baby-blues »

- L'allaitement :

Soixante-sept pour cent (67%) des patientes ont allaité leur enfant.

Pour 94% de ces patientes, les informations concernant l'allaitement étaient adaptées à leurs besoins.

Soixante-dix-sept pour cent (77%) d'entre elles ont totalement reçu l'aide nécessaire au bon déroulement de leur allaitement ; 19% disent avoir reçu en partie cette aide (2% de non-réponse).

Une patiente (soit 2%) n'a pas du tout reçu l'aide nécessaire pour son allaitement.

- Concernant la durée du séjour, il est adapté pour 92% des patientes (1% de non-réponse).

Cinq patientes (soit 7 %) trouvaient l'hospitalisation trop longue.

Pour 2 de ces patientes (soit 40%) une situation alternative a été proposée :

- Pour l'une, des autorisations de sortie ont été proposées
- Pour l'autre patiente, il a été proposé un retour à domicile en hospitalisant son enfant en néonatalogie

- Quatre-vingt-dix pour cent (90%) des patientes se sont senties en sécurité tout le temps du séjour, et 10% la plupart du temps.

Une patiente précise cependant que la nurserie pour elle a été source d'inquiétude, l'enfant n'étant pas constamment sous surveillance.

- Le retour à domicile :
 - ✓ 93% des patientes se sont senties prêtes à retourner chez elle lorsque la sortie a été envisagée.
 - ✓ 89% des patientes estimaient avoir reçu suffisamment de conseils pour le retour à domicile (11% de non-réponse).
 - ✓ 78% des patientes ont été mis en relation avec un service de suivi à domicile (PMI, sage-femme libérale...) (10% de non-réponse).

Une patiente ayant répondu par la négative à cette question précise qu'elle a elle-même pris contact avec la sage-femme libérale qui lui donnait ses cours de préparation à l'accouchement, celle-ci étant disponible pour son suivi.

5. Les informations données.

- Quatre-vingt-dix-huit pour cent (98%) des patientes disaient avoir été régulièrement informées sur leur état de santé et 100% sur l'état de santé de leur(s) bébé(s).
- Les soins du nouveau-né ont été expliqués à 100% des mamans.
- Quatre-vingt-dix-neuf pour cent (99%) des mamans disaient avoir reçu les explications concernant les examens qu'on éventuellement subi leur enfant et les traitements donnés.
- Quatre-vingt-quinze pour cent (95%) des pères sont satisfaits des informations qu'ils ont reçues, 49% étant d'ailleurs très satisfaits (6% de non-réponse).
- Aucune patiente n'aurait souhaité une prise en charge séparée, la maman dans une unité d'obstétrique et l'enfant dans un service de néonatalogie.
- Soixante-dix mamans (soit 97%) ont apprécié pleinement la présence de leur enfant à leur côté pendant leur séjour.

Deux patientes ont répondu par la négative à cette question : l'une à cause du passage en néonatalogie de son enfant, et l'autre qui aurait souhaité d'avantage d'autonomie.

- La note moyenne d'appréciation générale de l'unité est de 9.22/10 (ET=0,89 ; VMax=10 ; VMin=7)

La note la plus basse est de 7/10, trois patientes ayant attribuées cette note.

6. Aspect qualitatif des réponses.

Soixante-huit patientes ont émis des commentaires, remarques et suggestions.

6.1. Commentaires positifs.

❖ Concernant le lien mère-enfant (et même parent-enfant) :

- 29 patientes ont apprécié de ne pas être séparées de leur bébé après la naissance.
- 4 patientes ont aimé leur participation aux soins de leur enfant et la participation à son alimentation (notamment le DAL)
- Le peau à peau ainsi que le portage en écharpe ont été appréciés par 2 patientes
- 2 patientes ont réellement apprécié que le papa ait pu être accompagnant (c'est-à-dire qu'il ait la possibilité de passer la nuit dans la chambre de la maman, un lit lui y étant installé), sachant que cette situation est exceptionnelle.

❖ Concernant le personnel soignant :

- 36 patientes ont souligné la grande disponibilité du personnel et notamment des puéricultrices.
- 23 patientes ont apprécié ses qualités d'écoute.
- 11 patientes ont qualifié le personnel d'agréable, gentil et doux.
- 8 ont trouvé les conseils (soins, alimentation...) de qualité et adaptés.
- 5 patientes ont été bien accueillies dans le service.
- 5 patientes ont trouvé le personnel rassurant.
- 6 patientes ont apprécié la prise en charge personnalisée, respectant le rythme et de la maman et du bébé.
- 7 patientes ont dit avoir eu un bon accompagnement (dans les soins, dans l'alimentation de leur enfant) ainsi qu'un réel soutien moral dans les moments plus difficiles.
- 1 patiente a souligné l'humanité du personnel.
- 2 patientes ont apprécié la convivialité du personnel.

❖ A propos de la prise en charge médicale :

- 13 patientes l'ont trouvé bonne et 2 ont souligné le professionnalisme de l'équipe.
- 6 patientes ont évoqué le fait qu'elles ont pu poser toutes les questions qu'elles souhaitent et que le personnel y a toujours répondu.
- 3 patientes ont trouvé les transmissions entre les différents membres de l'équipe (médecins, puéricultrices, sages-femmes...) bien faites.

❖ Concernant les services particuliers proposés aux mamans :

- 2 patientes ont apprécié la nurserie.
- 1 patiente a aimé la présence d'une personne (puéricultrice) spécialisée dans l'allaitement.
- 1 patiente a été satisfaite que les visites soient limitées (« avec preuve à l'appui »).

❖ Concernant les locaux :

- 1 patiente les a trouvés accueillants et adaptés à leurs besoins.
- 2 patientes ont trouvé la structure sécurisante.
- 6 patientes ont apprécié la chambre individuelle et le calme.

6.2. Points négatifs/à améliorer.

❖ Concernant le personnel soignant :

- 4 patientes ont trouvé qu'il y avait des contradictions dans le discours des différentes puéricultrices concernant les soins du bébé et le peau à peau.

« Il n'y a pas toujours d'uniformité dans la façon d'agir des puéricultrices, chacune donne le DAL d'une façon différente et la mère et l'enfant doivent s'adapter à 3 personnes par jour » Maman d'A. né à 39 SA et 4 jours

- 1 patiente a trouvé le personnel peu disponible.
- 1 patiente aurait souhaité plus rapidement son autonomie quant aux soins de son enfant.
- 3 patientes ont été dérangées par les changements d'équipe.
- 1 patiente a trouvé le contact difficile avec les agents hospitaliers.
- 3 patientes jugent le nombre de personnels insuffisant.

❖ Concernant la prise en charge :

- 1 patiente a trouvé que le peau à peau n'était pas assez souvent proposé.
- 1 patiente aurait souhaité un contact plus rapide avec la Leache League (association ayant pour but de promouvoir l'allaitement maternel et de soutenir les mamans qui allaitent leur enfant).

❖ Concernant l'organisation du service :

- 5 patientes ont été dérangées par le trop grand nombre de passages dans la chambre par les professionnels tout au long de la journée.
- 4 patientes ont trouvé les temps de visites trop courts.
- 2 patientes auraient aimé avoir plus de sorties autorisées.
- 5 patientes ont évoqué la mauvaise qualité des repas (horaire de service, goût, consistance)
- 1 patiente a trouvé le démarchage (photos, « p'tites empreintes ») trop important.

❖ Concernant le matériel et les locaux :

- 2 patientes ont trouvé que le ménage de la chambre n'était pas réalisé régulièrement.
- 1 patiente a trouvé que les draps de leur lit n'étaient pas changés assez souvent.
- 2 patientes ont trouvé la hauteur des toilettes inadaptée.
- 1 patiente a trouvé la douche mal adaptée quand la mobilisation est difficile (notamment après une césarienne).
- 1 patiente a trouvé le matériel en mauvais état (lit inconfortable, meubles détériorés et mise en place du lit difficile).

❖ Cinq patientes n'ont signalé aucun point négatif ou à améliorer.

7. Remarques et suggestions.

- Cinq patientes suggèrent de grouper le passage des différents soignants et auxiliaires pour diminuer le nombre de passage ; 1 patiente propose que la maman puisse convenir d'une heure avec l'équipe pendant laquelle aucun passage ne serait possible, lui assurant au moins une heure de repos.
- Trois patientes souhaiteraient un endroit, une pièce où les mamans (elles ne précisent pas s'il s'agit uniquement des « mamans-kangourou » ou de toutes les mamans hospitalisées en suites de couches) pourraient se retrouver le soir (quand le papa est parti) pour discuter, partager son (ses) expérience(s), ...

- Une patiente propose également une pièce à part, avec des jouets afin de réunir toute la famille, d'accueillir les aînés.
- Une patiente suggère d'augmenter le nombre de sages-femmes le dimanche en maternité.
- Une patiente souhaiterait un matériel plus récent, notamment les scopes.
- Trois patientes souhaiteraient plus de lits pour l'unité kangourou.
- Une patiente suggère de montrer une photo de bébé avec une sonde nasogastrique avant de l'appliquer au bébé.

8. Témoignages.

« On est très bien encadré. Le personnel soignant est vraiment très disponible, agréable et discute en même temps. C'est mon premier enfant, j'angoissais un peu, mais cette structure est très sécurisante et permet d'avoir confiance en soi. L'apprentissage sur les soins et le rythme du bébé est fait avec qualité. On peut poser toutes les questions au personnel soignant, ils prennent le temps de tout expliquer clairement. »
Maman de M. né à 36 Semaines d'Aménorrhée

La Maman de G. née à 36 SA et 2 jours souligne la « très grande implication des puéricultrices qui sont de plus très à l'écoute de ses questions, ses doutes et qui sont très rassurantes », pour elle c'est une « petite unité calme et tranquille, une sorte de cocon protecteur très appréciable et très apprécié des bébés comme des mamans ».

La maman de N. né à 36 SA et 1 jour retient la « disponibilité des puéricultrices et des sages-femmes toujours à l'écoute et les explications détaillées sur l'état de santé de N. » qu'elle a reçues.

« L'Unité Kangourou devrait être proposée à toutes les mamans sans exception dans toute la maternité car le suivi du bébé et de la maman est très appréciable et soutenu » Maman d' A. née à 40 SA et 1 jour

« Le fait de ne pas être séparée de son enfant est vraiment vraiment primordial et le meilleur des traitements » Maman de S. née à 41 SA et 1 jour

Maman d'E. né à 38 SA et 6 jours a apprécié « être près de son enfant », ayant été séparée de son aîné pendant ses 10 premiers jours de vie.

« Disponibilité du personnel, clarté des explications et mise en autonomie progressive sans pour autant laisser la mère et son enfant livrés à eux-mêmes lorsque les soins et l'alimentation ont été assimilés. » Maman de M. né à 38 SA et 5 jours

« J'ai connu la néonate pendant un mois pour mon premier bébé. Il a reçu les soins dont il avait besoin avec une équipe formidable mais rentrer chez soi sans son enfant est très difficile et occasionne une fatigue supplémentaire. L'Unité Kangourou est formidable pour cela. J'ai pu apprécier les premiers jours de vie de mon bébé et rester à ses côtés tout en pouvant me reposer vu l'aide apportée pendant le séjour. » Maman de T. né à 35 SA et 4 jours

« Un soutien moral dans les moments difficiles en l'absence du papa (raisons professionnelles) et pas de jugement au moment du changement du mode d'alimentation. » Maman de Z. né à 38 SA et 2 jours

« Bravo à tous ces professionnels pour leur dévouement, leur patience, leur gentillesse, leur sensibilité... Je me ferais une grande joie de raconter tout ça à A. quand elle comprendra. Merci. » Maman d'A. née à 35 SA et 6 jours

« Merci beaucoup à toute l'équipe. Merci d'avoir créé cette unité mère-enfant qui nous a permis de démarrer une nouvelle vie à trois sereins, réconfortés. » Maman de S. né à 35 SA et 5 jours

« Juste un grand merci à tous et à toutes : je garderai un excellent souvenir de mon séjour. » Maman d'E. né à 38 SA et 6 jours

« Merci à toute l'équipe de puéricultrices et de sages-femmes qui se sont très bien occupées de nous ! » Maman de L. née à 36 SA et 1 jour

« Merci à tout le service pour votre gentillesse et votre écoute, des moments difficiles à passer mais qui sont beaucoup plus supportables grâce à cette unité et à son équipe. Merci les kangourous !! » Maman de T. né à 35 SA et 4 jours

Discussion.

1. Points forts/points faibles de l'étude.

Le taux de réponse à notre étude est de 91,1% ce qui montre l'intérêt réel porté à l'Unité Mère-Enfant, et ce fort taux rend les résultats d'autant plus significatifs.

Au cours de l'étude, une puéricultrice de l'unité m'a fait part de l'incompréhension de certaines patientes quant à la question 18 concernant la participation aux soins médicaux. Le terme « dextro » était incompris et donc les patientes répondaient par la négative, ce qui peut en partie expliquer le faible taux de participation à ces soins, alors que la plupart (selon les puéricultrices et aussi de par mon expérience lors d'un stage dans cette unité) sont réalisés dans la chambre en présence de la maman (seuls les bilans sanguins et les poses de voie veineuse sont réalisés dans la salle de soins de l'unité).

Autre point à souligner, le taux de non-réponse reste très fréquent. Il concerne en effet dix-sept questions sur les trente-huit que comporte le questionnaire. Peut-on alors se demander pourquoi certaines questions restent sans réponse ? Peut-être est-ce dû à nouveau à un problème d'incompréhension ou bien le questionnaire n'était pas assez « aéré ». Nous pouvons également imaginer que les jeunes mamans, ayant accouché pour certaines dans les deux jours précédents la distribution du questionnaire, n'étaient pas suffisamment disponibles, ou alors trop fatiguées pour y répondre de manière attentive. Les plus forts taux de non-réponse (10 et 11%) concernent les questions sur le retour à domicile (questions 27 et 28). L'hypothèse est que le questionnaire ait été donné trop tôt par rapport à la sortie et les patientes ont oublié de finir de le rédiger, ces questions étant situées au milieu du questionnaire.

Enfin dernier point et non des moindres, la période d'étude s'étendait de juin à octobre, donc pendant la saison estivale, période pendant laquelle était construit le nouveau bâtiment adossé à la maternité. Trois « chambres kangourous » sur les cinq donnaient directement sur l'emplacement des travaux. Les résultats des questions concernant les nuisances qui ont gênées les patientes au cours de leur séjour (81% incommodées par la chaleur et 47% par le bruit) sont donc en partie biaisés.

2. La population étudiée.

Comparaison avec :

- Enquête Nationale de Périnatalité de 2003 (ENP) [27]
- Enquête de Satisfaction des mères et des couples dans un réseau de santé en périnatalité dans les Pays de Loire en 2009 (ESPL) [28]

2.1. L'âge maternel.

On observe une différence statistiquement significative ($p=0.01$) entre les deux populations. Notre population étudiée est soit plus jeune soit plus âgée que la population générale (pour les femmes de moins de vingt ans : 4,2% versus 2,7% dans l'ENP de 2003; et pour les femmes de plus de quarante ans : 9,7% versus 2,7% dans l'ENP de 2003). On retrouve cette même différence significative dans l'enquête réalisée dans les Pays de la Loire en 2009. Cela peut s'expliquer par le fait que les patientes mineures sont préférentiellement dirigées vers l'UME puisque l'encadrement y est plus important. D'autre part, les femmes comprises dans ces tranches d'âge (<20 ans et >40 ans) sont plus à risque de développer une pathologie de la grossesse (comme la prématurité ou certaines malformations), pouvant être prise en charge ultérieurement en UME.

2.2. Les professions.

Pour les professions maternelle et paternelle, on retrouve une plus grande population sans profession par rapport à la population générale : 23,6% versus 0,9% dans l'ENP pour les femmes, et 8,3% versus 0,3% dans l'ENP pour les hommes. Ces résultats sont statistiquement très significatifs ($p=0,000$) et on observe la même différence dans l'ESPL de 2009. Une hypothèse d'explication est que l'UME prend en charge de plus en plus de patientes en situation précaire, notamment celles dépendant de l'UMPSP. De plus, la proportion de patientes mineures est plus importante et en général ces femmes n'ont pas de profession.

2.3. Situation familiale.

Les résultats sont comparables à ceux de la population générale avec une grande majorité de patientes vivant en couple (comprenant les femmes mariées).

2.4. Gestité/parité.

En ce qui concerne la gestité, on observe une légère différence (43% versus 34,3% dans l'ENP pour les patientes primigestes).

Concernant la parité, les deux populations sont identiques avec 42% de patientes primipares dans notre population versus 43,7% dans l'ENP. On retrouve les mêmes résultats dans l'ESPL de 2009 : 42,2% de patientes primipares.

2.5. Le type de grossesse.

On observe un plus grand nombre de grossesses multiples dans notre population que dans la population générale : 12,5% versus 3,5% dans l'ENP de 2003. Ces résultats sont statistiquement significatifs ($p=0,0009$ et $RR=3,94$ [1,97-7,88]) et sont comparables à ceux obtenus dans l'ESPL (1,2% de grossesses multiples). On a donc 4 fois plus de probabilité de rencontrer une grossesse multiple dans l'UME que dans un service de suites de couches classique. Cela s'explique aisément : les grossesses multiples sont plus à risque de complications telles que la prématurité ou l'hypotrophie fœtale.

2.6. L'accouchement.

La proportion de césariennes est plus importante que dans la population générale : 31% versus 20,2% dans l'ENP de 2003, ces résultats étant statistiquement significatifs ($p=0,03$). On retrouve la même différence lorsque que l'on compare nos résultats avec l'ESPL de 2009 (20,3% de césariennes). Là encore ces résultats s'expliquent facilement : l'UME accueille des patientes ayant eu une grossesse

pathologique (grossesse multiple, prématurité, hypotrophie fœtale...) qui ont donc un risque plus important d'accoucher par césarienne.

En ce qui concerne le terme d'accouchement et le poids de naissance des nouveau-nés, on retrouve évidemment une plus grande proportion d'accouchements avant 37 Semaines d'Aménorrhée (45% versus 7,3% dans l'ENP) et d'enfants pesant moins de 2500 grammes (37% versus 8% dans l'ENP), ce qui paraît logique puisque l'UME est destinée à accueillir entre autres les enfants prématurés et/ou les nouveau-nés hypotrophes.

3. La satisfaction globale.

Malgré un certain nombre de commentaires négatifs émis par les patientes interrogées, globalement la grande majorité est très satisfaite de son séjour dans le service et de sa prise en charge. La note moyenne d'appréciation générale de 9,22/10 en témoigne, et est supérieure à la note moyenne obtenue dans l'ESPL de 2009 qui était de 7,88/10. Doit-on attribuer cela à une prise en charge plus personnalisée du couple maman-bébé ? Ou bien au fait que la puéricultrice soit disponible et/ou joignable 24 heures sur 24 ? Cela rassure probablement les mamans d'avoir quelqu'un, en l'occurrence un professionnel, sur lequel se reposer à tout moment, elles se sentent alors plus entourées et plus encadrées. N'oublions pas que 42% des mamans interrogées sont des primipares, qui souvent sont envahies de questions. Cela n'est pas le cas dans le service classique de maternité où l'auxiliaire de puériculture a en charge le plus souvent le double de bébés. Mais cette prise en charge particulière n'est réellement possible que parce que l'unité accueille un nombre limité de mamans et d'enfants.

4. Les motifs d'insatisfaction.

4.1. L'hôtellerie.

Les douze patientes insatisfaites quant à l'hôtellerie le sont pour diverses raisons : entretien de la chambre irrégulier, mobilier inadapté à une mobilisation réduite, repas (horaires inappropriés, mauvaise qualité...), température dans la chambre,...

Or ces éléments ne sont pas spécifiques à l'UME. L'unité, en faisant partie intégrante du service de suites de couches, est soumise aux mêmes règles que celui-ci. Il paraît tout de même important de souligner ces appréciations étant donné qu'elles peuvent concerner toutes les patientes du service. Par exemple, la douche inadaptée lorsque la mobilisation est difficile, ce qui est le cas après une césarienne, n'est pas seulement un obstacle pour les patientes de l'UME mais pour toutes les patientes ayant accouché par césarienne.

4.2. Le sentiment d'isolement.

Pour quatre patientes, les temps de visite étaient trop courts. Or, Il serait difficilement envisageable de rallonger ces horaires de visites puisqu'ils sont les mêmes que ceux du service de suites de couches classique : de midi à vingt heures (excepté pour le papa qui peut venir 24 heures sur 24). Cette fourchette est estimée suffisante pour la visite de la famille et des proches et suffisamment courte pour ne pas déranger la mère et son enfant dans leur intimité. Dans certaines UME les horaires de visites sont bien plus courts, notamment dans celle de l'Hôpital Mère-Enfant de Nantes où les visites ne sont autorisées que de seize à vingt heures [29]. En revanche, ils peuvent être limités à la demande de la maman ou si l'équipe soignante l'estime nécessaire pour son bien-être ou celui de son enfant. Neuf patientes ont d'ailleurs apprécié cette possibilité.

Cinq patientes trouvaient l'hospitalisation trop longue. Il est vrai que l'hospitalisation se prolonge nécessairement plus que dans le service des suites de couches physiologiques, que ce soit pour l'enfant (s'il a besoin d'un traitement, de reprendre du poids...) ou pour le couple maman-bébé (surveillance de la mise en place du lien mère-enfant). Mais des solutions sont proposées aux mamans pour lesquelles

cette hospitalisation prolongée est mal supportée. Des sorties ponctuelles sont autorisées, le service prenant en charge l'enfant en nurserie. Les mamans peuvent ainsi sortir de l'hôpital une partie de l'après-midi ou le temps d'un repas. Deux patientes réclamaient justement d'avantage de sorties. On peut comprendre qu'il est parfois difficile pour les patientes de rester confinées dans leur chambre, loin de leur domicile, de leur famille, de leurs repères (points soulignés par sept patientes), d'autant plus lorsque la naissance est précédée d'une hospitalisation plus ou moins longue dans le service de grossesses pathologiques. Mais autoriser plus de sorties pour les mamans serait contradictoire avec l'un des objectifs principaux de l'UME (mais aussi de tout service de suites de couches) qui est de favoriser l'établissement du lien mère-enfant. L'essence même de l'unité serait perdue si les mamans laissaient leur enfant aux soignants de manière répétée et/ou prolongée. Dans ce cas pourrait-on envisager d'autoriser la maman à sortir avec son enfant quelques heures comme cela se pratique régulièrement en néonatalogie dans le cadre d'une préparation à la sortie? Ou bien imaginer un suivi à domicile pour faciliter le passage de l'unité où la prise en charge est quasi-permanente à la maison où les parents peuvent parfois se sentir isolés. Ce suivi pourrait être effectué par les puéricultrices de l'unité dans le cadre d'une hospitalisation à domicile pour une prise en charge continue du couple mère-enfant, ou par une sage-femme libérale (ou même de l'hôpital) dont les compétences (nous reverrons ce point prochainement) conviennent tout à fait pour ce type de suivi.

4.3. L'organisation du service.

Cinq patientes ont signalé un trop grand nombre de passages dans la chambre tout au long de la journée. Les mamans hospitalisées dans l'UME sont effectivement soumises à plus de visites des soignants que les autres patientes. En plus de l'équipe médicale et paramédicale (puéricultrice, sage-femme et élève sage-femme, pédiatre, obstétricien), les auxiliaires de puériculture et aides-soignantes de l'étage viennent pour refaire le lit et distribuer les repas. Ces nombreux allers-retours dans la chambre ne sont évidemment pas propices au repos de la maman et de son enfant. Afin de les limiter, certaines tâches effectuées par les auxiliaires de puériculture pourraient être réalisées par la puéricultrice (ou la sage-femme), comme par exemple la réfection du lit de la maman. Les passages pourraient également être groupés au maximum dans la mesure

du possible (proposition faite par cinq patientes). Les soins de la sage-femme auprès de la maman pourraient être réalisés pendant que la puéricultrice s'occupe de l'enfant. Mais tout ceci nécessite une organisation rigoureuse de la part de l'ensemble de l'équipe soignante, mais surtout une communication « inter-soignants » qui souvent semble manquer.

Concernant ces nombreux passages, une patiente proposait de convenir d'une heure par jour avec les soignants pendant laquelle elle ne recevrait aucune visite et donc serait sûre de pouvoir se reposer de manière optimale. Cette idée est intéressante et paraît tout à fait réalisable, mais là encore elle nécessite des transmissions plus importantes entre chaque membre de l'équipe soignante.

5. Perspectives.

5.1. Une salle commune.

Trois patientes ont suggéré la création d'un endroit où pourraient se retrouver les mamans le soir afin de discuter et d'échanger sur leur vécu. Cette proposition nous rappelle la pièce commune dans laquelle se retrouvent les mamans kangourous colombiennes afin que les mamans les plus expérimentées transmettent aux plus jeunes.

Malheureusement, la mise en place d'un tel endroit rencontre deux obstacles. Le premier est géographique: il n'existe actuellement aucun espace libre à proximité de l'UME. L'unité de néonatalogie dispose d'une pièce destinée aux visiteurs des enfants hospitalisés, mais elle est trop éloignée de l'UME et non adaptée pour accueillir plusieurs jeunes accouchées pour l'utiliser comme lieu de rencontre entre les mamans de l'UME. Le second obstacle est d'ordre relationnel. Certaines patientes hospitalisées dans l'UME sont parfois dans des situations difficiles (précarité sociale, psychologique et parfois troubles psychiatriques). Être confronté à des femmes vivant une situation différente serait-il réellement bénéfique pour les unes comme pour les autres? Il est vrai qu'à la base elles sont toutes mamans, mais toutes ne le vivent certainement pas de la même façon. Et il paraîtrait impensable de décider quelles mamans peuvent se rencontrer dans cette salle commune et par là d'en exclure d'autres.

5.2. Le « papa accompagnant ».

Il s'agit d'autoriser le père à rester dormir dans la chambre de la mère pour qu'il l'aide dans les soins de leur enfant et lui permette ainsi de plus se reposer la nuit. C'est un système intéressant car il permet de créer avant le retour à domicile la triade maman-papa-bébé. Les parents se sentiront sans doute plus rassurés lors du départ de la maternité car ils auront déjà vécu ensemble avec leur enfant plusieurs heures (voir plusieurs jours) et commencé à prendre leurs repères quant à la future vie à trois qui les attend. Peut-être cela permettrait-il également une plus grande implication du père dans les soins de son enfant : dans notre étude, 8% des pères ne se sentaient pas impliqués et 13% non concernés par les soins prodigués à leur enfant.

Ce dispositif qui paraît idéal fait face à plusieurs difficultés. D'une part les pères ne peuvent bénéficier des repas servis par l'hôpital, ils doivent donc sortir à l'extérieur pour tous leurs repas, ce qui évidemment n'est pas pratique. D'autre part, le service de suites de couches ne dispose pas de lit accompagnant, il emprunte lorsque cela est possible celui du service de grossesses pathologiques. De plus, les pères devraient, pour pouvoir rester 24 heures sur 24 à la maternité, prendre sur leur congé paternité. Or, bien souvent ces congés doivent être prévus à l'avance alors que l'hospitalisation dans l'UME est imprévue la plupart du temps (prématurité, pathologie non dépistée...). Ainsi, on comprend mieux pourquoi cette alternative reste très exceptionnelle.

5.3. Les puéricultrices en 12 heures ?

Dans le service de néonatalogie, un travail est actuellement en cours entre les membres de l'équipe sur la mise en place de nouveaux horaires de travail des puéricultrices, qui travailleraient non plus sur huit heures mais sur douze. Ce nouveau planning présente plusieurs avantages pour l'UME. Il permet de réduire de moitié les changements d'équipe soignante (les changements fréquents ont dérangé trois patientes). Il permet un gain de temps dans la journée car les transmissions du midi sont supprimées, ou alors sur cette même plage horaire la puéricultrice peut assister aux transmissions avec toute l'équipe du service (sage-femme, infirmière, auxiliaire de puériculture, aide-soignante). En suivant les couples maman-bébé sur une journée complète, les puéricultrices assurent une continuité dans les soins, ce qui ne peut être que bénéfique pour les mamans et leur enfant.

5.4. Augmenter le nombre de lits.

C'est le souhait émis par trois patientes. En effet, on constate que la demande à l'UME n'a cessé de croître depuis sa création, et est d'autant plus importante depuis la mise en place de l'UMPSP en 2007. Et notre étude confirme ce nombre insuffisant de lits, 30,4% des patientes n'ayant pas intégré l'UME juste après l'accouchement n'y ont pas été hospitalisé faute de place.

Mais là encore, les locaux ne se prêtent pas à une augmentation du nombre de lits. Il n'est pas envisageable de transformer les chambres de suites de couches physiologiques en "chambres kangourous", car la demande est là aussi très importante et constante. Et la création de nouvelles chambres est géographiquement impossible.

De plus, si on augmente le nombre de lits dans l'UME, on augmente le nombre d'enfants hospitalisés. Donc il faudra très certainement une puéricultrice de plus présente 24 heures sur 24, ce qui d'un point de vue économique est pour le moment difficilement concevable.

6. La place de la Sage-Femme dans l'UME.

La sage-femme est au cœur même de la relation mère-enfant. Elle est présente tout au long de la grossesse (suivi et cours de préparation à la naissance), aide la maman à mettre au monde son enfant (qu'il soit prématuré ou non), puis les entoure tous les deux dans leur découverte mutuelle après la naissance et dans les mois suivants. Sa place au sein d'une **Unité Mère-Enfant** semble donc évidente, mais qu'en est-il réellement dans l'UME du CHU d'Angers ?

6.1. Le paradoxe de l'UME.

L'UME du CHU d'Angers est depuis sa création géographiquement intégrée au service des suites de couches, montrant une volonté d'unifier ce service à celui de la néonatalogie. Or on constate finalement que la prise en charge de la maman et de son enfant au sein de l'UME reste sectorisée, à l'image d'une prise en charge séparée

lorsque l'enfant est hospitalisé en néonatalogie et sa mère dans le service de grossesses pathologiques.

D'une part la sage-femme s'occupe de la mère sur le plan médical, relationnel et psychologique, et d'autre part la puéricultrice prend en charge l'enfant, ses soins, son alimentation. Le rôle de la sage-femme est donc centré principalement sur la mère, laissant à la puéricultrice la dimension relationnelle mère-enfant puisque c'est essentiellement elle qui l'accompagne dans les soins et l'allaitement de son enfant.

Par ailleurs, rappelons que le principal objectif de l'UME est de ne pas séparer la mère de son enfant après la naissance, permettant ainsi une prise en charge globale du couple mère-enfant. L'accompagnement et la prise en charge (même médicale) de ce couple ne devraient-ils donc pas être aussi globaux et non dissociés comme c'est actuellement le cas ?

6.2. Les difficultés rencontrées.

Une contrainte géographique relative.

L'UME dispose de son propre bureau (qui est également la salle de soins) distinct de celui des suites de couches, ce qui bien sûr ne facilite pas la communication entre les membres de l'équipe soignante et accentue donc cette séparation dans la prise en charge des patientes. Cependant, cette séparation reste relative puisqu'une seule pièce (la nurserie) sépare les deux bureaux.

L'absence de transmissions.

Il n'y a pas de temps de transmissions prévu entre les sages-femmes (et les autres membres de l'équipe soignante) et les puéricultrices de l'UME dans l'organisation de la journée, si bien que la plupart du temps la sage-femme obtient des nouvelles sur l'état de santé de l'enfant par l'intermédiaire de la maman. Il y a tout de même quelques échanges entre les professionnels (notamment lors des discussions pluridisciplinaire associant le pédiatre, la sage-femme, l'assistante sociale, la psychologue...) mais ils sont dépendants de la volonté de chaque soignant et de la charge de travail. Pendant un temps, les puéricultrices participaient aux transmissions du midi avec toute l'équipe dans le bureau des suites de couches, mais le système a vite

été abandonné. Le bureau est effectivement trop petit pour accueillir décemment tous les membres de l'équipe, et les transmissions pour les enfants de l'UME, qui souffrent souvent de pathologie plus ou moins importantes, prolongeaient la durée des transmissions générales.

La formation professionnelle.

Selon les textes réglementaires fixant le programme des études de sage-femme, l'étudiant sage-femme doit effectuer 480 heures de stages durant sa première phase lui « *permettant d'acquérir la maîtrise de la prise en charge globale mère/enfant dans les services de suites de couches normales, d'unités mère-enfant, et de néonatalogie* ». Durant sa deuxième phase il effectue 240 heures de stages « *lui permettant de participer à la prise en charge et au suivi des enfants nés avant terme ou issus de grossesses pathologiques dans les services de néonatalogie, réanimation pédiatrique en priorité puis PMI, consultations pédiatriques ou autres* ». Concernant la partie théorique, les objectifs des enseignements de « *puériculture, néonatalogie et pédiatrie* » sont entre autres les suivants : « *surveillance du nouveau-né en maternité avec les différentes situations indiquées : enfant de faible poids (prématuré ou hypotrophe), enfant « différent » (fente labio-palatine...), pathologies courantes de la période néonatale, ictère...* » [30].

Le *Référentiel métier et compétences des Sages-Femmes*, rédigé par le Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes en octobre 2007 précise que la sage-femme dans les suites de couches et jusqu'à la visite post-natale « *effectue un suivi et assure la continuité de la prise en charge en accompagnant le développement du lien mère-enfant...* » et rappelle les savoir-faire techniques et la maîtrise des gestes professionnels dans « *la surveillance et la prise en charge des accouchées et du nouveau-né à terme ou **prématuré*** » [31].

Les sages-femmes semblent donc au vu de leur formation initiale tout à fait compétentes pour prendre en charge les nouveau-nés hospitalisés dans l'UME. Pourquoi alors ont-elles des difficultés pour trouver leur place au sein de cette unité ? Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. La première concerne la charge de travail souvent importante en suites de couches, empêchant la sage-femme de s'investir davantage dans la prise en charge des enfants de l'UME. La seconde raison envisagée est le manque

d'expérience des sages-femmes vis-à-vis de la prise en charge de nouveau-nés « à risque » qui souvent nécessitent des soins techniques particuliers (pose de voie veineuse, pose de sonde naso-gastrique, prélèvements veineux...), soins que les sages-femmes n'ont souvent pas pratiqué depuis plusieurs années (parfois depuis leur année de diplôme). La troisième explication concerne les conditions d'emploi des puéricultrices dans l'UME. Comme nous l'avons vu précédemment, trois ans d'expériences professionnelles dans un service de néonatalogie sont requis pour travailler dans l'UME, ce qui n'est évidemment pas le cas des sages-femmes.

6.3. La Sage-Femme et l'UMPSP.

Nous avons évoqué dans une première partie l'Unité **Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité**, cet organisme pluridisciplinaire accompagnant les femmes et les couples en détresse sociale, psychologique, physique. Ces couples mère-enfant sont hospitalisés dans l'UME, car la prise en charge peut y être plus « encadrante », et représentent en moyenne deux patientes par mois (sur seize patientes en moyenne par mois hospitalisées dans l'UME). Mais ces nouveau-nés ne sont souvent pas « à risque » sur le plan médical, donc ne nécessitent pas de soins techniques, mais plutôt une prise en charge essentiellement relationnelle, dans laquelle la sage-femme trouve facilement sa place.

En outre, le suivi de la grossesse des patientes dépendant de l'UMPSP est effectué par une sage-femme, qui fait le lien entre les différents intervenants (psychologue, assistante sociale, centre maternel...). Cela permettrait donc une meilleure continuité dans la prise en charge, et une conservation des repères si le couple mère-enfant était toujours accompagné par une sage-femme dans les jours suivant la naissance.

6.4. Propositions.

- Proposer une remise à niveau pour les sages-femmes dans la prise en charge pédiatrique des nouveau-nés « à risque » par un stage en néonatalogie
- Définir un temps de transmission entre la sage-femme et la puéricultrice et l'inclure dans l'organisation de la journée: le moment le plus approprié semble être juste après les transmissions de la mi-journée
- Hospitaliser les patientes dépendant de l'UMPSP dans le service de suites de couches pour ne pas occuper les places des enfants prématurés répondant aux critères d'hospitalisation de l'UME
- Adapter le poste de sage-femme (dans l'idéal en créer un supplémentaire) pour qu'elle puisse totalement prendre en charge le couple mère-enfant UMPSP

Rapport-Gratuit.com

Conclusion.

L'enquête a mis en évidence l'unanime satisfaction des patientes hospitalisées dans l'Unité Mère-Enfant du CHU d'Angers, puisqu'aucune n'aurait souhaité une prise en charge la séparant de son enfant. Cependant, à l'exception de plusieurs motifs de mécontentement non dépendants de l'unité (horaires des visites, entretien et confort de la chambre...), certains éléments pourraient être améliorés pour davantage optimiser l'accompagnement des parents avec ce nouveau-né « fragile ». Pour cela, il faudrait mettre à disposition plus de lits accompagnants, pour pouvoir accueillir les papas demandeurs et les inclure totalement dans la démarche de soins de leur enfant, et proposer plus de sorties ponctuelles avec l'enfant afin de pallier à ce sentiment d'isolement que ressentent plusieurs patientes. Concernant les professionnels de santé, les profils de poste pourraient être réenvisagés dans le but d'assurer une prise en charge globale et continue des couples mère-enfant. Cela passerait notamment par une adaptation des horaires des puéricultrices, qui favoriserait nettement la communication entre chaque membre de l'équipe soignante, et impliquerait les sages-femmes qui malgré leurs compétences adaptées à ce type de prise en charge, restent encore en retrait de l'activité de l'unité.

Bibliographie

- 1- N CHARPAK, G CHARPAK. Bébés kangourous : materner autrement. Ed Odile Jacob 2005
- 2- C HURAUX-RENDU. La méthode kangourou, ou comment soigner les nouveau-nés fragiles avec leur mère. Article disponible sur le site www.dev.sante.org
- 3- T DZUKOU, A de la PINTIERE, P BETREMIEUX, G VITTU, M ROUSSEY, F TIECHE. Les unités et soins kangourou : revue bibliographique sur les attitudes actuelles, leurs intérêts et leurs limites. Archives de pédiatrie 11 (2004) 1095-1100
- 4- L VAIVRE-DOURET, E PAPIERNIK, JP RELIER. Méthode et soins kangourous. Archives de pédiatrie 1996 ; 3 :1262-1269.
- 5- V PIERRAT, H BOMY, C COURCEL, S DUMUR, V CAUSSETTE, N BOUCKENHOVE, N CASEN, A-C ROMBAUT. Le peau à peau dans la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance. Journal de pédiatrie et de puériculture 17 (2004) 351-357
- 6- N L SLOAN, S AHMED, S N MITRA, N CHOUDHURY, M CHOWDHURY, U ROB, B WINIKOFF. Community-based Kangaroo Mother care to prevent neonatal and infant mortality: a randomized, controlled cluster trial. Pediatrics 2008;121;e1047-e1059
- 7- R TESSIER, M CRISTO, S VELEZ, M GIRON, J G RUIZ-PALAEZ, Y CHARPAK, N CHARPAK. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. Pediatrics 1998 ;102 ;e17
- 8- R FELDMAN, AI EIDELMAN, L SIROTA, A WELLER. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. Pediatrics 2002;110;16-26
- 9- M VIAL-COURMONT. Les unités « mères-kangourous » : soigner les nouveau-nés auprès de leur mère en maternité. Article disponible sur le site www.lesjta.com
- 10- Site de la Fondation Kangourou <http://kangaroo.javeriana.edu.co>
- 11- LS FRANCK et G LAWHON. Les soins en développement à l'hôpital. Article disponible sur le site <http://www.perinat-france.org>
- 12- BARON B. Les soins et les unités kangourou. Mémoire Diplôme d'Etat de Sage-Femme Nantes 2001
- 13- MACAIGNE Elise. L'unité kangourou: un nouveau mode de prise en charge? Mémoire Diplôme d'Etat Sage-Femme université de Rouen 2005
- 14- LAROCHE D. Une école de tendresse: l'unité kangourou. Eviter la séparation pour que demeurent les liens mère-enfant après la naissance. Mémoire Diplôme d'Etat Sage-Femme Bordeaux 2000
- 15- GALL A-L. Méthode kangourou: bénéfice médical? Bénéfice humain? Revue de la littérature. Mémoire Diplôme d'Etat de Sage-Femme Strasbourg 2004

- 16-F COLD, MH BLOND, C LIONNET, I DE MONGOLFIER. Pédiatrie en maternité, réanimation en salle de naissance. Collections Abrégés. Troisième édition.
- 17-E MAURIER, J-C PICAUD. Soins en unité « kangourou », soins en développement : attention à la sémantique ! Lettres à la rédaction/ Archives de pédiatrie 12 (2005) 470-476
- 18- R DAVANZO. Care of the low birth weight infants with the kangaroo mother method in developing countries. Trieste, Istituto per l'Infanzia 1993
- 19- J FORNALCZYK. La méthode kangourou en France : état des lieux. Mémoire Diplôme d'Etat Sage-Femme Reims 2008
- 20- R ZAZZO. L'attachement. Ed Delachaux et Niestlé 1992
- 21- D WINNICOTT. Le bébé et sa mère. Ed. Payot 1992
- 22- G BINEL. Prématurité et rupture du lien mère-enfant : la naissance inachevée. Ed G. Morin 2000
- 23- T BERRY BRAZELTON, B CRAMER. Les premiers liens: l'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre. Ed. Calmann-Lévy 1991
- 24- Journal Officiel n° 235 du 10 octobre 1998 page 15344 disponible sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 25- La méthode kangourou- guide pratique. Département Santé et recherche génésiques- Organisation Mondiale de la Santé- Genève
- 26- La charte de la personne hospitalisée disponible sur le site <http://www.sante-sports.gouv.fr>
- 27- Résultats de l'Enquête Nationale en Périnatalité de 2003.
- 28- LE COZ Flore. Satisfaction des mères et des couples dans un réseau de santé en périnatalité. A propos de 424 patientes dans 22 maternités des Pays de la Loire. Mémoire Diplôme d'Etat de Sage-Femme Angers 2010
- 29- M ANDRIEUX. Unités kangourou : Evaluation de l'unité kangourou de l'hôpital mère-enfant de Nantes. Mémoire Diplôme d'Etat de Sage- Femme Nantes 2006
- 30- Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de Sages-Femmes, publié dans le Bulletin Officiel du 26 janvier 2002, n°2002-2, disponible sur le site <http://legifrance.gouv.fr>
- 31- Référentiel métier et compétences des Sages-Femmes, réalisé par le Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) et le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, octobre 2007.

Annexe 1

Enquête de satisfaction des parents

Unité Kangourou du CHU d'Angers

Année 2010

Bonjour,

Étudiante sage-femme, je souhaite réaliser, pour mon mémoire de fin d'études, une évaluation de l'Unité Kangourou, créée au CHU d'Angers en 2001.

C'est pourquoi j'ai réalisé ce questionnaire qui vous est destiné.

Je vous remercie d'avance de votre témoignage et du temps que vous voudrez bien consacrer pour répondre à mes questions, votre collaboration étant essentielle à l'amélioration des services hospitaliers.

Lucie VATELOT

QUESTIONNAIRE UNITÉ KANGOUROU

(à destination des patientes accueillies au sein de cette unité du CHU d'Angers)

Cochez la ou les réponses (n'hésitez pas à préciser votre réponse par des commentaires).

QUELQUES PRÉCISIONS SUR VOTRE SITUATION :

Votre âge :

Votre profession :

1. agricultrice
2. artisane, commerçante
3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4. profession intermédiaire, cadre moyen
5. employée
6. ouvrière
7. sans profession
8. autres précisez :

Profession du père de l'enfant :

1. agriculteur
2. artisan, commerçant
3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4. profession intermédiaire, cadre moyen
5. employé
6. ouvrier
7. sans profession
8. autres précisez :

Votre situation familiale :

1. célibataire
2. En couple
3. Mariée

Nombre de grossesses y compris celle-ci :

Nombre d'enfants vivants :

Type de grossesse : 1. Simple 2. Gémellaire 3. Triple

Déroulement de la grossesse :

1. Normal 2. Pathologie : 21. Menace d'accouchement prématuré
22. Hypertension
23. Diabète
24. Autre précisez :

Type d'accouchement : 1. Voie basse spontanée
2. Voie basse non spontanée (déclenchement)
3. Césarienne programmée
4. Césarienne en urgence

Renseignements sur le bébé :

Prénom(s) du (des) bébé(s) :

Date prévue de votre accouchement

Date réelle de votre accouchement :

Poids de naissance

L'ACCUEIL DANS LE SERVICE :

1) Connaissez-vous l'existence des Unités Kangourou avant votre hospitalisation ?

1. Oui 2. Non

Si oui, par quel(s) biais (médias, préparation à l'accouchement, réunion du CHU...) ?

.....
en connaissez-vous leurs principes ?

1. Oui 2. Non

2) Votre hospitalisation dans l'unité était-elle déjà envisagée pendant la grossesse ?

1. Oui 2. Non

Si oui, pour quel motif ?

3) Avez-vous intégré l'Unité Kangourou avec votre enfant dès la sortie de la salle de naissance ?

1. Oui 2. Non

Si non, pour quelle raison ?

4) Vous a-t-on expliqué le motif de votre hospitalisation dans l'unité Kangourou ?

1. Oui 2. Non

Si oui, quel était le motif ?

5) Vous avait-on expliqué le fonctionnement de l'Unité avant votre arrivée ?

1. Oui 2. Non

6) À votre arrivée, vous a-t-on expliqué le déroulement de votre séjour ?

1. Oui 2. Non

Si non, quelles explications vous manquaient ?

7) Le personnel s'est-il montré disponible durant votre séjour ?

1. tout le temps 2. la plupart du temps 3. rarement 4. jamais

8) Avez-vous été satisfaite de votre relation avec :

	1. très satisfaite	2. satisfaite	3. peu satisfaite	4. pas du tout satisfaite
les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les puéricultrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les sages-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Le changement fréquent des équipes soignantes vous a-t-il dérangée ?

1. Oui 2. Non

10) Avez-vous rencontré un psychologue pendant votre séjour ?

1. oui 2. non 3. je n'en avais pas besoin

11) Auriez-vous souhaité un accès limité pour vos visiteurs durant votre séjour ?

1. Oui 2. Non

Si oui, cette demande a-t-elle été satisfaite ?

1. Oui 2. Non

LE CONFORT HÔTELIER :

12) Avez-vous été satisfaite du confort (mobilier, propreté...) de la chambre ?

1. très satisfaite 2. satisfaite 3. peu satisfaite 4. pas du tout satisfaite

13) L'équipement de la chambre était-il adapté à la proximité entre vous et votre enfant ?

1. Oui 2. Non

14) Quelles sont les nuisances qui vous ont gênées pendant votre séjour ?

	1. Oui	2. Non
Bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre nuisance (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS :

15) Êtes-vous satisfaite des soins que vous avez reçus ?

1. très satisfaite 2. satisfaite 3. peu satisfaite 4. pas du tout satisfaite

16) Êtes-vous satisfaite des soins que votre enfant a reçus ?

1. très satisfaite 2. satisfaite 3. peu satisfaite 4. pas du tout satisfaite

17) La prise en charge a-t-elle été adaptée à vous et à votre enfant au regard de vos attentes ?

1. Oui 2. Non

18) Vous a-t-on laissée participer aux soins de votre enfant ?

	toujours	souvent	parfois	jamais
Soins de nursing (bain, changes, alimentation à la cuiller ou tasse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins médicaux (scope, dextros...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 19) Avez-vous ressenti des difficultés à participer aux soins ?
 1. Oui 2. Non
- 20) Le père de l'enfant s'est-il senti impliqué, selon ses disponibilités, dans les soins prodigués à l'enfant ?
 1. Oui 2. Non 3. Non concerné
- 21) En général, avez-vous été suffisamment encadrée lors des soins ?
 1. Oui 2. Non
- 22) Avez-vous eu le sentiment d'être isolée pendant votre séjour ?
 1. Oui 2. Non
 Si oui, pourquoi ?
- 23) Avez-vous allaité votre enfant ?
 1. Oui 2. Non
 Si oui, avez-vous reçu les informations adaptées aux besoins spécifiques de votre enfant lors de l'allaitement ?
 1. Oui 2. Non
 Avez-vous reçu l'aide nécessaire au bon déroulement de votre allaitement ?
 1. totalement 2. en partie 3. rarement 4. non
- 24) La durée du séjour vous a-t-elle paru adaptée à vous et votre enfant ?
 1. oui 2. non, trop courte 3. non, trop longue
 Si non, vous a-t-on proposé une situation alternative ?
 1. Oui 2. Non
 Si oui laquelle ?
- 25) Vous êtes-vous sentie en sécurité avec votre enfant pendant votre séjour ?
 1. tout le temps 2. la plupart du temps 3. rarement 4. jamais
- 26) Lorsque votre sortie du service a été décidée, vous sentiez-vous prête pour sortir à domicile avec votre enfant ?
 1. Oui 2. Non
- 27) Vous a-t-on donné suffisamment de conseils pour votre retour à domicile avec votre enfant ?
 1. Oui 2. Non
- 28) Vous a-t-on mise en relation avec un service de suivi à domicile (PMI, sage-femme libérale...) ?
 1. Oui 2. Non

LES INFORMATIONS DONNÉES :

- 29) Vous a-t-on régulièrement tenue informée sur votre état de santé ?
 1. Oui 2. Non
 sur celui de votre enfant ?
 1. Oui 2. Non
- 30) Vous a-t-on expliqué les soins que l'on prodiguait à votre enfant ?
 1. Oui 2. Non
- 31) Vous a-t-on expliqué les examens pratiqués sur votre enfant ?
 1. Oui 2. Non
- 32) Vous a-t-on expliqué les traitements donnés à votre enfant ?
 1. Oui 2. Non
- 33) Le père de l'enfant est-il satisfait des informations qu'il a reçues ?
 1. très satisfait 2. satisfait 3. peu satisfait 4. pas du tout satisfait

34) Auriez-vous préféré que vous et votre enfant soyez pris en charge séparément, respectivement dans une unité de pédiatrie et dans le service de maternité habituel ?

1. Oui 2. Non

35) Avez-vous pu apprécier pleinement la présence de votre enfant à vos côtés durant ce séjour ?

1. Oui 2. Non

Si non, pourquoi ?.....

36) Pouvez-vous donner votre appréciation concernant l'Unité Kangourou ? Pour cela, donnez une note entre 0 (totalement insatisfaite) et 10 (entièrement satisfaite).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

37) Selon vous quels sont les points positifs de ce service ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

38) D'après vous quels éléments devraient être améliorés dans ce service ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autres remarques et suggestions... :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 2

Contrat d'admission dans le Secteur Mère Enfant

En acceptant l'accueil dans le Secteur Mère Enfant, nous nous engageons à respecter certains principes.

Maman et papa :

assurent les soins de leur bébé, avec l'aide de la puéricultrice si nécessaire
font respecter les horaires et le nombre de visites, pour le bien-être et la santé de bébé

sont consciencieux sur le lavage des mains avant de toucher bébé
réservent les câlins et les bras à eux-mêmes, les frères et sœurs et les grands-parents

Si maman quitte la chambre, elle prévient la puéricultrice

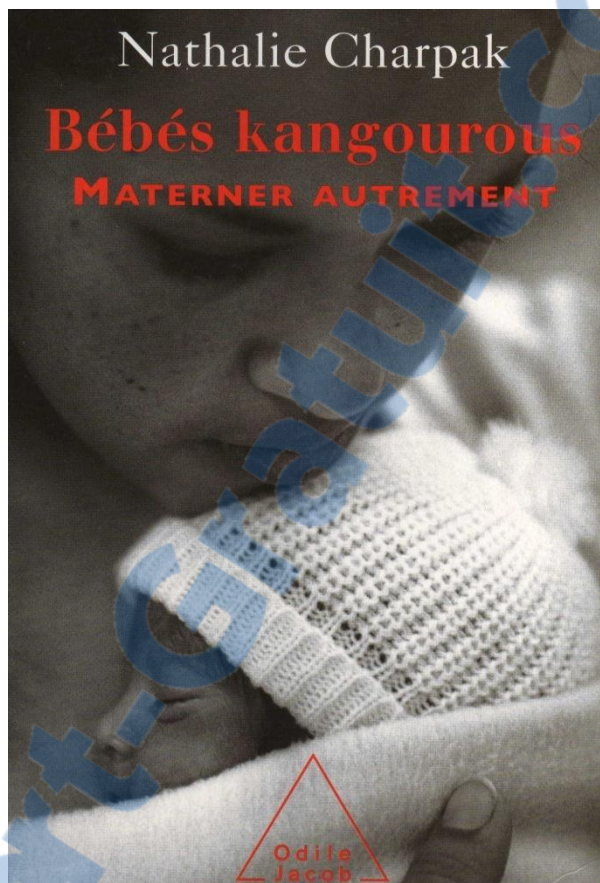
En dernier lieu, il faut que vous sachiez que l'état de santé de votre bébé peut évoluer rapidement. Soit il ne nécessite plus de soins et regagne une chambre de la maternité avec sa maman. Soit il nécessite des soins plus importants et sera hospitalisé dans le service de néonatalogie.

Nous soussignons, parents de l'enfant, avoir pris connaissance de ce contrat d'admission et acceptons de respecter ces conditions.

Angers le

Signature des parents

Annexe 3



Photographie de la page de garde issue de l'ouvrage de Nathalie Charpak,

Bébés kangourous, materner autrement

Résumé

Depuis une vingtaine d'année en France, les « Unités Kangourou », appelées Unité Mère-Enfant dans les textes officiels, apparaissent progressivement. Elles s'inspirent de la méthode colombienne Mère-Kangourou, mise en peau à peau précoce et continue du nouveau-né prématuré ou hypotrophe sur la poitrine de sa mère. Leur but: éviter une séparation précoce du couple mère-enfant lorsque ce dernier nécessite des soins médicaux particuliers sans que son pronostic vital soit engagé.

Objectifs : Notre étude a cherché à évaluer la satisfaction des couples et plus particulièrement des mères hospitalisées dans l'Unité Mère-Enfant de l'hôpital d'Angers créée en 2001 quant à l'environnement et à leur prise en charge dans l'unité.

Méthode : Un questionnaire a été distribué directement à quatre-vingt patientes pendant leur séjour dans le service.

Résultats : Avec un taux de réponse de 91,1%, la satisfaction globale était excellente comme en témoigne la note moyenne d'appréciation générale de 9,22/10. Cependant, quelques points pourraient être améliorés dans l'objectif d'une prise en charge globale à la fois du côté des parents et des professionnels de santé : la possibilité pour les pères d'être « accompagnants », c'est-à-dire de passer la nuit auprès du couple mère-enfant, afin de former la triade maman-papa-bébé avant le retour à la maison, et de diminuer le sentiment d'isolement ressenti par plusieurs patientes, et intégrer davantage les sages-femmes dans la démarche de soins par une révision des profils de poste et de l'organisation du service.

Summary

The Kangaroo Unities, known as Mother-Child Unities in official documents, have been appearing progressively for some twenty years in France. They were inspired by the Colombian Mother-Kangaroo method, placing precociously and continuously premature or hypertrophied newborn young on the mother's chest with skin to skin contact. The aim: to avoid precocious separation of the mother-child couple whenever the latter is in need of particular medical care without a vital prognostic being pronounced.

Objectives: Our study sought to appreciate couples' and more particularly mothers' satisfaction of environment and treatment during hospital care in the Mother-Child Unity which was created in the Angers Hospital in 2001.

Methods: A questionnaire was distributed directly to eighty patients during their stay in the service.

Results: With a reply percentage of 91.1%, global satisfaction was excellent as the average general appreciation mark of 9.22/10 proved. Nonetheless, certain aspects could be improved aiming at a more global all-inclusive procedure for both parents and the professionals: the possibility for fathers to be included, meaning him being able to spend the night in the company of the mother-child couple, in order to constitute the mother-father-baby triad before their return home, to diminish the feeling of seclusion felt by several parents and to integrate the midwives more completely in the treatment procedure by a revision of the different care profiles and of the service protocol.