

**UNIVERSITÉ DE NANTES**  
**UFR DE MÉDECINE**  
**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES**

**Diplôme d'État de Sage-femme**



**UNITÉS KANGOUROU :**  
**Évaluation de l'unité Kangourou de l'Hôpital**  
**Mère-Enfant de Nantes**

**Marion ANDRIEUX**

**Directeur de mémoire : Bernard Branger**

**Promotion 2002-2006**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1 Contexte.....	2
1.1 Historique de l'unité Kangourou .....	2
1.1.1 Origine colombienne du concept.....	2
1.1.2 Adaptation du concept en France .....	2
1.1.3 Importance du maintien du lien mère-enfant après l'accouchement ....	3
1.1.4 Description de l'unité de Clamart .....	4
1.2 L'unité Kangourou de Nantes.....	6
1.2.1 Projet de l'unité Kangourou .....	6
1.2.2 Implantation géographique et description de l'unité.....	7
1.2.3 Objectifs de l'unité Kangourou de Nantes .....	9
1.2.4 Personnel de l'unité de Nantes .....	10
1.2.5 Organisation du fonctionnement de l'unité.....	11
2 Enquête.....	13
2.1 Méthode .....	13
2.1.1 Objectifs .....	13
2.1.2 Moyens .....	13
2.1.2.1 Choix et distribution de l'enquête.....	13
2.1.2.2 Caractéristiques du questionnaire .....	14
2.2 Résultats.....	14
2.2.1 Description .....	14
2.2.1.1 Données générales .....	14
2.2.1.2 L'accueil dans le service.....	17
2.2.2 Description des « mécontentes ».....	23
2.2.3 Aspect qualitatif des réponses .....	27

2.2.3.1 Remarques et suggestions .....	27
2.2.3.2 Témoignages .....	28
3 Discussion .....	31
3.1 Rappel des points importants.....	31
3.1.1 Satisfaction .....	31
3.1.2 Les visites .....	32
3.1.3 Les nuisances.....	34
3.1.4 Isolement .....	35
3.2 Proximité mère-enfant au sein de l'unité Kangourou.....	36
3.3 Mise en perspective .....	38
3.4 Rôle de la sage-femme en unité Kangourou.....	39
3.5 Propositions, axes d'amélioration.....	43
CONCLUSION .....	45
ANNEXE 1.....	49
ANNEXE 2.....	50

Mesure n°12 du plan gouvernemental de périnatalité 1995-2000 : « Limiter la séparation mère-enfant ».

# INTRODUCTION

L'idée de ce mémoire m'est venue après deux expériences vécues respectivement dans le service de suites de couches de la maternité du CHU de Nantes lors de ma première année d'étude, où il n'existait alors pas encore d'unité « mère-enfant », et dans le service de suites de couches de la maternité du CHR d'Evry, la même année, où j'ai découvert une unité dite « unité Kangourou ». Dans le premier service, les mamans se voyaient séparées de leur enfant dès l'apparition du moindre « problème » à la naissance, que ce soit une petite prématurité, un poids de naissance insuffisant, ou bien des anomalies plus sévères. Dans le deuxième service, le contact mère-nouveau-né était préservé dans les cas où l'enfant nécessitait une simple surveillance ou des soins spécifiques ne mettant pas en jeu son pronostic vital, grâce, justement, à l'existence de cette unité particulière.

Apprenant la création d'une unité Kangourou au sein de la nouvelle maternité de Nantes en 2004, mon intérêt pour ce type d'unité a encore grandi. Après avoir acquis des connaissances générales sur l'origine du concept des unités Kangourou, et m'être assurée du bon fonctionnement et du succès de celles qui étaient déjà instaurées dans de nombreuses villes de France, j'ai voulu, dans ce travail, m'intéresser à la très récente unité de Nantes, plus particulièrement à la perception de cette unité par les premiers concernés, les parents. J'ai alors réalisé un questionnaire qui leur a été adressé dans le cadre d'une enquête de satisfaction, afin de savoir si l'unité Kangourou, telle qu'elle a été créée à Nantes, permet d'assurer aux parents un environnement où la proximité et la sécurité de leur enfant sont réunies.

# 1 Contexte

## 1.1 Historique de l'unité Kangourou

### 1.1.1 Origine colombienne du concept

Le programme mère-kangourou a débuté en 1979, sur l'initiative de deux pédiatres colombiens, Edgar Rey et Hector Martinez Gomez, dans leur maternité de l'hôpital San Juan de Dios à Bogota. Leur objectif était de faire face aux difficultés financières entre autres et donc aux difficultés de fonctionnement de leurs unités pédiatriques [6;13]. Ils ont eu l'idée de s'inspirer des kangourous chez qui la mère joue le rôle de couveuse pour son petit jusqu'à ce qu'il soit mature et autonome, proposant alors aux mères colombiennes de porter leur nouveau-né prématuré en « peau à peau », 24h sur 24 (le père pourra évidemment prendre le relais dans la journée), tout en l'allaitant à la demande, jusqu'à ce que celui-ci ait pris suffisamment de poids. Ceci avait pour but de pallier le manque important de matériel, notamment d'incubateurs. Le programme Kangourou incluait le suivi médical et psychologique des enfants et des familles, même après le retour au domicile.

Le concept de « mère-kangourou » est alors né, et il sera repris et adapté dans le monde entier, notamment dans les pays industrialisés, où le but premier n'est alors plus de remplacer du matériel manquant, mais de faciliter le maintien du lien entre les parents et leur enfant prématuré ou affaibli, lien souvent difficile à instaurer lorsque l'enfant est transféré dans une unité de néonatalogie juste après la naissance.

### 1.1.2 Adaptation du concept en France

C'est à Clamart, à l'hôpital Antoine Béclère, qu'est née la première unité Kangourou française, au mois de mai 1987. Et c'est la pédiatre Michèle Vial qui en est à l'origine ; elle insiste sur l'intérêt distinct de la méthode dans les pays en développement et industrialisés. Dans les seconds, il reste d'ordre essentiellement psychologique et affectif.

Il est ici important de préciser une chose qui représente, aujourd'hui encore, une source de confusion : « méthode » Kangourou et « unité » Kangourou n'ont pas la même signification.

La méthode Kangourou se définit comme étant un portage du nouveau-né peau à peau contre la poitrine de sa mère (ou un autre membre de la famille), 24h sur 24.

L'unité Kangourou, appelée « unité mère-enfant » dans les textes réglementaires [29], est une adaptation de la méthode Kangourou : elle est une unité de néonatalogie à part entière (même équipement, même personnel), intégrée au service de suites de couches. Sa particularité vient du fait que la couveuse de l'enfant est installée dans la chambre de sa mère, et que les soins de l'enfant y sont également réalisés. Les soignants se déplacent vers la mère, et non l'inverse. Cette unité a pour intérêt majeur de préserver la dyade mère-enfant, de maintenir l'enfant à sa place physiologique, c'est-à-dire près de sa mère, tout en assurant une sécurité médicale. La méthode Kangourou peut, bien sûr, être proposée au sein de ces unités : dans les pays industrialisés, du fait des différences culturelles quant au concept du corps par rapport à certains pays en développement, elle est réduite à quelques heures par jour.

### 1.1.3 Importance du maintien du lien mère-enfant après l'accouchement

Donald W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, a beaucoup contribué à cette prise de conscience de l'importance du respect du couple mère-nourrisson. Trois notions qu'il a développées sont fondamentales [17] :

Tout d'abord celle de « préoccupation maternelle primaire », qui fait référence à la « mère ordinaire normalement dévouée » (ordinary devoted mother). C'est « *un état psychiatrique* » spécifique qui se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue à la fin de la grossesse et qui dure quelques semaines après l'accouchement. La mère se trouve alors dans un état d'hypersensibilité, « (...) *elle fait preuve d'une étonnante capacité d'identification à son bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux (...)* ». Elle est exclusivement préoccupée par son enfant.

Les deux notions suivantes apparaissent dans la façon de communiquer entre la mère et l'enfant d'après Winnicott. En effet, ce dernier insiste sur la façon de porter son bébé (=holding) et celle de le manier (=handling), qui sont les deux composantes essentielles de la

communication. Il ajoute à cela que la mère communique avec son enfant par sa respiration, les battements de son cœur et enfin par son adaptation à l'évolution progressive de ses besoins. Une rupture dans ce domaine correspond, pour lui, à des troubles somatiques.

*« Un bon holding et un bon handling facilitent le processus de maturation alors qu'un mauvais holding provoque des interruptions répétées de ces même processus, en raison des réactions du bébé aux défaillances de l'adaptation. »*

Ainsi, on comprend bien qu'une mère séparée de son enfant hospitalisé dans une unité « classique » de néonatalogie, n'est pas en mesure de fournir à son enfant cet « environnement facilitant », si nécessaire au développement psycho-affectif des deux intéressés. C'est la raison pour laquelle la société reconnaît aujourd'hui l'intérêt majeur des unités Kangourou ou « mère-enfant », et que leur développement est encouragé. Nous verrons même par la suite que les autorités gouvernementales reconnaissent l'importance de ces structures.

Notons enfin que d'après Winnicott, *« c'est la compétence des sages-femmes, fondée sur la connaissance scientifique des phénomènes physiologiques, qui donne confiance à leurs patientes. »*

Même si la sage-femme, en Angleterre, et à l'époque de Winnicott, n'a pas exactement le même rôle que la sage-femme en France, cette réflexion est tout à fait essentielle. La sage-femme se doit de comprendre ses patientes en tant qu'êtres humains. Elle doit tenir son rôle médical tout en en donnant confiance au couple mère-nourrisson qu'elle prend en charge, en n'interférant pas dans leur relation. Ce sont justement les capacités exigées chez les soignants au sein des unités Kangourou...

#### 1.1.4 Description de l'unité de Clamart

L'unité de Clamart est intégrée au service de suites de couches. Elle est composée de chambres individuelles dotées d'un lit maternel et, à son côté, d'une couveuse. La surveillance et les soins sont pratiqués dans la chambre de la maman, en présence des parents et avec leur participation s'ils le désirent. Ils peuvent participer comme ils le souhaitent aux soins non médicaux. L'allaitement maternel est favorisé et encouragé, mais sans dogmatisme. L'incubateur est remplacé dès que possible par d'autres moyens. Une attention particulière est portée à l'ambiance sonore et lumineuse, représentant une importante source d'agression pour

les enfants. La durée d'hospitalisation de la mère peut être prolongée dans les limites de la prise en charge prévue par la Sécurité Sociale (12 jours), de façon à permettre aussi souvent que possible le retour commun au domicile. Les visites de la famille sont libres.

Il s'établit ainsi, dans cette unité, une relation triangulaire entre l'enfant, sa mère et les soignants. Les besoins de l'enfant sont pris en compte et les soins ajustés à son rythme. La mère, entourée par les soignants, s'occupe de son bébé et reprend confiance en elle après le sentiment d'échec provoqué par cette naissance. Le rôle des soignants, dans ce contexte, devient principalement celui d'un encadrement technique et psychologique.

Michèle Vial reconnaît beaucoup d'avantages et quelques difficultés à cette méthode. Tout d'abord, les bénéfices évidents sont le maintien du contact physique entre l'enfant et sa mère, la sérénité de la mère, la dédramatisation de la pathologie, le bien-être de l'enfant ainsi que le vécu social et familial de la naissance (il est important de veiller à la place du père notamment en l'impliquant selon ses disponibilités dans les soins). Quelques difficultés apparaissent ensuite du côté des soignants : le sentiment d'insécurité, les enfants étant dispersés dans les chambres de leur mère, l'augmentation du temps de réalisation des soins due au fait de laisser participer la mère, le respect du couple parents-enfant (il faut éviter de s'appropriier l'enfant comme on pouvait le faire dans les unités classiques de néonatalogie), et enfin la reconnaissance et l'individualisation de l'enfant (privilégier l'humanisation et ne pas réaliser les soins de façon systématique) [16].

Il n'existe pas de liste répertoriant toutes les unités Kangourou de France mais elles se sont répandues progressivement, rencontrant parfois, selon le Docteur Vial, des réticences de la part des soignants. Leur rôle et leurs habitudes de travail se modifient largement, ce qui nécessite de leur part un effort certain d'adaptation à une nouvelle méthode.

Comme nous l'avons noté en exergue, c'est en 1994, dans la mesure numéro 12 du plan Quinquennal sur la Périnatalité 1995-2000, dont l'objectif est clairement intitulé « Limiter la séparation mère-enfant », que les pouvoirs publics reconnaissent le bien-fondé de l'action menée à travers l'instauration de quelques unités Kangourou... Il est même signalé dans cette mesure qu'« une circulaire adressée aux hôpitaux encouragera la création de chambres mère-enfant en service de gynécologie-obstétrique (Unité Kangourou) et dans les

unités de néonatalogie, afin de maintenir la relation mère-enfant et de dédramatiser la maladie et les soins » [20].

Ce plan gouvernemental pour la périnatalité était inspiré par le rapport « Sécurité et qualité de la grossesse et de la naissance » établi par le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) ; il préconisait seize mesures pour la périnatalité, correspondant à cinq priorités. La mesure numéro 12 correspondait, elle, à la priorité suivante : « Humaniser les conditions de l'accouchement ». On peut se réjouir ici de l'intérêt porté par les autorités publiques au domaine de la périnatalité.

Ajoutons que le rapport « Plan périnatalité 2005-2007 », rédigé par G. Bréart, professeur de santé publique, F. Puech, professeur d'obstétrique et JC. Rozé, professeur de néonatalogie, confirme, cinq ans plus tard, l'intérêt porté à « l'environnement psychologique de la naissance », puisque ce thème en constitue un chapitre. Il est reconnu dans ce rapport que « *Ces vulnérabilités [touchant les couples en cette période de la naissance] sont en effet de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant, dysfonctionnements qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de maltraitance* ». Il est également expliqué qu'il est primordial d'instaurer un climat de confiance entre les parents et les soignants : notion déjà évoquée précédemment avec le pédiatre et psychanalyste Winnicott.

## 1.2 L'unité Kangourou de Nantes

### 1.2.1 Projet de l'unité Kangourou

Avant l'ouverture de la nouvelle maternité du CHU de Nantes, en septembre 2004, il n'existait pas d'unité Kangourou à Nantes.

L'idée est née des deux cadres de santé des unités de néonatalogie de Nantes, en 1995. En effet, celles-ci regrettaient de voir régulièrement des nouveau-nés hospitalisés, et donc séparés de leur mère, pour une durée inférieure ou égale à six jours. Convaincues, alors, que ces séparations devaient cesser, elles ont réfléchi au problème suivant : comment soigner ces bébés auprès de leur mère ? Pendant cinq mois, une enquête a été effectuée afin de connaître le nombre d'enfants concernés, chaque mois, ainsi que la raison de leur hospitalisation.

Parallèlement, l'équipe médicale est allée visiter les unités Kangourou de Saint-Brieuc (qui était alors récente), Lille, et Montpellier, chacune révélant un fonctionnement et une organisation propres.

Ayant fait la synthèse de toutes ces démarches et des données recueillies, les surveillantes ont alors mis en place le projet architectural de l'unité Kangourou de Nantes au sein du projet de construction de l'HME Bis, nouveaux bâtiments de la maternité.

La création de cette unité émane donc d'un projet élaboré par les cadres de santé et les chefs de service, d'obstétrique et de pédiatrie. La charte de fonctionnement de l'unité a été approuvée par ces mêmes professionnels (les surveillantes à l'origine du projet, ne sont, alors, plus concernées car elles ont, entre-temps, quitté le CHU) ainsi que par le Directeur du pôle mère-enfant et le Directeur général du CHU.

L'unité Kangourou est donc définie comme suit : « Il s'agit d'une unité d'hospitalisation et de soins « mère et enfants ». Elle accueille les nouveau-nés et leurs mères, nécessitant des soins préventifs ou curatifs d'une pathologie bénigne, dans le cadre du séjour en maternité. »

### 1.2.2 Implantation géographique et description de l'unité

Cette unité se situe entre le service de suites de couches et le service de néonatalogie. Elle comprend six chambres mère-enfant, chacune étant dotée d'un box attenant (séparé par une cloison vitrée, équipée d'un store).



**Photo 1 : Chambre mère-enfant (1)**



**Photo 2 : Chambre mère-enfant (2)**



**Photo 3 : Cloison avec store séparant la chambre du box + meuble pour bain et change du nouveau-né**



**Photo 4 : dans le box, équipement nécessaire à la surveillance du nouveau-né**

L'accès à la chambre de la mère est unique pour les soignants et les visites des familles ; l'accès au box de l'enfant est double : du couloir pour les soignants et de la chambre pour la mère.

Le box est prévu pour la couveuse de l'enfant avec tout l'équipement nécessaire à sa surveillance et à ses soins (scope, oxygène, baignoire, table à langer...).



**Photo 5 : Nouveau-né prématuré, dans sa couveuse, scopé (on surveille ses fréquences cardiaque et respiratoire)**



**Photo 6 : Pour son bien-être, le nouveau-né est confortablement installé dans son « cocon », dans sa couveuse**

### 1.2.3 Objectifs de l'unité Kangourou de Nantes

Les quatre objectifs suivants ont été établis par l'équipe :

1- Accompagner la mère et l'enfant sur les plans médical, psychologique, social et éducatif.

2- Favoriser l'établissement du lien parents-enfant.

Cet objectif fait appel à trois éléments dans cette unité :

a- Encourager (sans extrémisme) l'allaitement maternel et déployer tous les moyens pour sa réussite quand il est souhaité par la maman,



**Photo 7 : C'est l'heure de la tétée !**

b- Instaurer des moments privilégiés où l'enfant est seul avec ses parents, et s'il y en a, ses frères et sœurs.



**Photo 8 : Moment privilégié entre Brian et sa maman**



**Photo 9 : Papa donne le biberon**

c- Proposer autant que possible la pratique du peau à peau.

3- Favoriser l'autonomie de l'enfant.

4- Favoriser l'autonomie des parents dans la prise en charge de leur enfant.

#### 1.2.4 Personnel de l'unité de Nantes

La création de cette unité n'a engendré aucune augmentation de personnel, les six lits attribués à l'unité Kangourou ayant été décomptés dans l'unité de néonatalogie.

**Sage-femme** : 1 sage-femme 24h/24 a en charge les 6 mères du secteur UK qui s'ajoutent aux 8 patientes du secteur suites de couches.

**Infirmière-puéricultrice** : 1 IDP 24h/24 a en charge les 6 nouveau-nés de l'unité.

**Auxiliaire de puériculture** : 1 AP matin et soir, 7j/7 en néonatalogie.

**Aide-soignante** : 1 AS matin et soir, 7j/7, 1 la nuit sur tout le secteur suites de couches.

**Agent de soins hospitaliers qualifié** : 1 matin et soir 7j/7. Ils sont chargés de l'entretien quotidien des locaux et de la réfection des chambres et box à chaque sortie.

À partir du 14 novembre 2005, il a été procédé à un léger remaniement du personnel : une auxiliaire de puériculture a, en effet, été ajoutée le matin et le soir, en semaine, et, de jour (8h30-19h30), le week-end.

Les raisons ayant motivé ce remaniement sont les suivantes :

- l'unité Kangourou a un taux d'occupation élevé (80% en moyenne) et la charge de travail est légèrement supérieure à celle prévue parfois (avoir 7 bébés en charge lorsqu'il y a des jumeaux n'est pas si rare)

- depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2005, a eu lieu une mise à niveau partielle du décret de périnatalité, permettant l'ajout de deux équivalents temps pleins dans l'unité (notons que les auxiliaires de puériculture n'ont aucune reconnaissance professionnelle dans ce décret, il n'est question que de quota de puéricultrices, évalué à une pour six bébés)

- du fait de l'emplacement excentré de l'unité Kangourou par rapport aux suites de couches, la puéricultrice était en première ligne pour répondre à tous les appels, qu'ils concernent la mère ou l'enfant, ce qui devenait ingérable pour la puéricultrice seule.

### 1.2.5 Organisation du fonctionnement de l'unité

Les critères d'admission de la population accueillie au sein de l'unité Kangourou ont été mis au point par deux pédiatres, un gynécologue-obstétricien et les cadres des services d'obstétrique et de néonatalogie.

- Enfants nés au CHU de Nantes
- Terme compris entre 34 et 36 SA
- Retard de croissance inférieur à -2 déviations standard
- Enfants asymptomatiques sous antibiotiques
- Diabète maternel insulino-dépendant (hors diabète gestationnel)
- Traitement maternel nécessitant une surveillance néonatale
- Malformation sans chirurgie urgente.

La décision d'hospitalisation d'un nouveau-né dans l'unité est prise par un pédiatre, au bloc obstétrical, après la naissance.

Les soins sont planifiés ainsi quotidiennement : visite de l'obstétricien et du pédiatre, visites programmées d'intervenants spécifiques tels que médecins, psychologues, assistantes sociales, soins à l'enfant et entretien de son environnement immédiat par la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture, soins à la mère et entretien de son environnement immédiat par la sage-femme et l'aide-soignante.

La durée de séjour est de 5 à 10 jours avec un maximum de 12 jours.

Les visites du père peuvent avoir lieu 24h/24, et entre 16h et 20h pour les autres membres de la famille. Ces visites sont restreintes à deux personnes. L'entrée et la sortie du service nécessitent une carte que, seul, le personnel possède.

La sortie du couple mère-enfant est décidée conjointement par l'obstétricien, la sage-femme et le pédiatre. La sortie de l'enfant peut se faire vers le domicile, mais aussi, en fonction de sa pathologie et de son état, vers les autres services de néonatalogie ou, enfin, vers le service de suites de couches lorsque le bébé ne relève plus de la néonatalogie.

## 2 Enquête

### 2.1 Méthode

#### 2.1.1 Objectifs

Les objectifs de ce travail sont les suivants :

- 1- Décrire l'unité Kangourou du CHU de Nantes dans les aspects suivants : architecture, matériel, organisation et fonctionnement.
- 2- Évaluer :
  - la satisfaction des mères quant à l'environnement du service
  - la satisfaction des mères quant aux soins qui leur sont prodigués à elles et à leur(s) enfant(s)
  - la qualité du contact mère-enfant
  - la qualité de la préparation des parents à la sortie du service

#### 2.1.2 Moyens

##### 2.1.2.1 Choix et distribution de l'enquête

Un questionnaire a été choisi comme méthode d'investigation. (cf. Annexe 1)

Cette enquête de satisfaction à caractère prospectif était adressée à tous les parents accueillis au sein de l'unité Kangourou et dont l'enfant nécessitait une surveillance qui ne pouvait être envisagée dans le service de suites de couches « classique ». Le questionnaire était distribué aux mamans mais quelques questions concernaient également l'implication du père pendant l'hospitalisation.

Le questionnaire a été distribué par les puéricultrices du service entre le 1<sup>er</sup> août 2005 et le 15 janvier 2006.

**68** questionnaires ont été récupérés et analysés (68 ont été distribués, sur 117 patientes hospitalisées pendant cette période). Le service peut donc se féliciter du taux de réponse de 100%, montrant l'intérêt que lui portent les mamans.

#### 2.1.2.2 Caractéristiques du questionnaire

Le questionnaire était organisé en 5 parties.

Tout d'abord les mamans étaient invitées à préciser leur situation par des informations générales : âge, profession, déroulement de la grossesse, âge gestationnel, poids du bébé...

Ensuite, elles étaient interrogées sur l'accueil dans le service, le confort hôtelier, les soins, puis, enfin, sur la qualité des informations qui leur ont été données, pendant leur séjour, sur les soins et traitements reçus.

Leur satisfaction générale apparaît en fin de questionnaire avec leur appréciation ou non de la proximité de leur enfant pendant le séjour, et par l'attribution d'une note sur 10 au service. Elles étaient également invitées à émettre des remarques générales et suggestions quant à l'amélioration de l'unité Kangourou d'après leur vécu.

La saisie et l'analyse des réponses ont été effectuées par le logiciel Epi Info.

## 2.2 Résultats

### 2.2.1 Description

#### 2.2.1.1 Données générales

- La moyenne d'âge des patientes était de **28,5 ans**.

- 1,5% avaient un âge > 38 ans

- 92,4% avaient un âge compris entre 20 et 38 ans.

**Tableau I : Professions de la mère et du père**

	Artisan, commerçant	Profession libérale, cadre supérieur	Profession inter, cadre moyen	Employé	Ouvrier	Sans profession	Non réponse	Total
Mère (%)	2,9	10,3	4,4	50,0	2,9	11,8	0,0	100
Père (%)	5,9	10,3	14,7	33,8	2,9	7,4	5,9	100

• **47%** des patientes accueillies dans l'unité étaient des **primipares**.

10% étaient des 4<sup>ème</sup> pares.

• Déroulement de la grossesse :

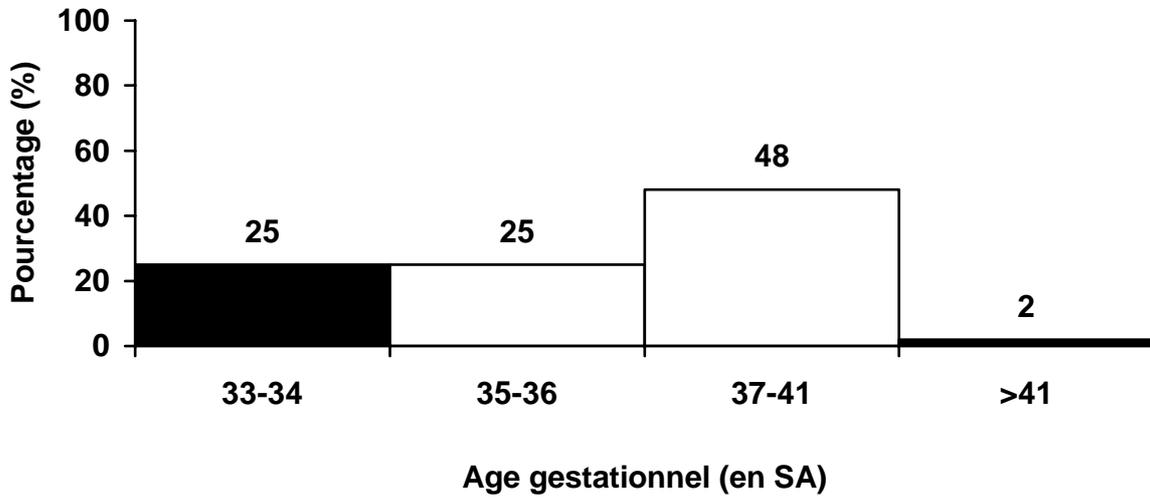
**19%** des grossesses étaient **multiples**.

**54%** des grossesses étaient **pathologiques** :

- Menaces d'accouchement prématuré : 28%
- Hypertension : 1,5%
- Diabète : 14,5%
- Autres : 10% (contexte psychosocial difficile, malformations cardiaques ou rénales chez l'enfant, placenta prævia, prise médicamenteuse durant la grossesse)

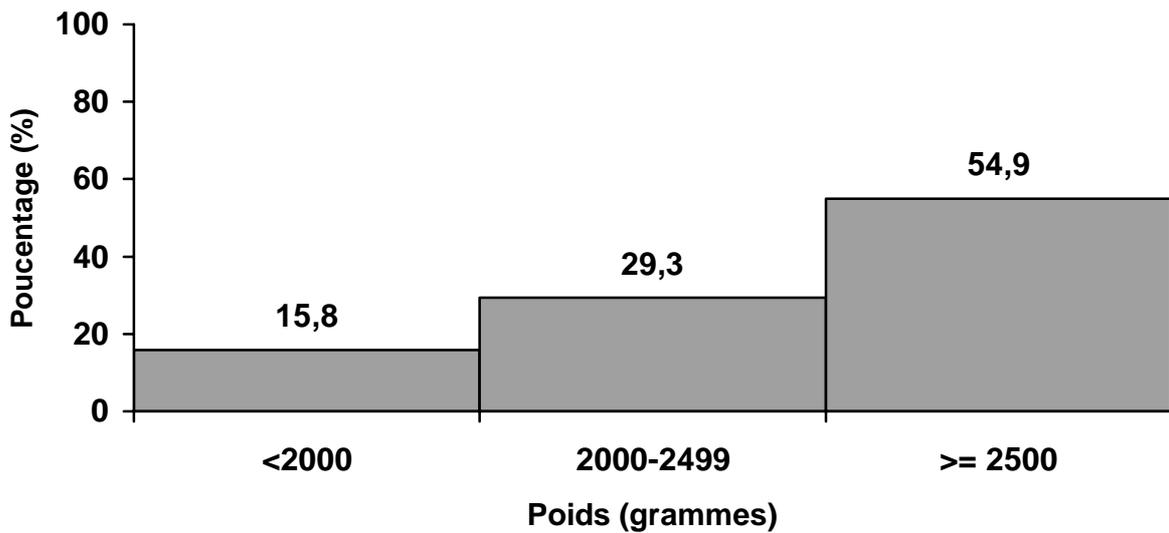
Caractéristiques des nouveau-nés :

**Figure 1 : Répartition des âges gestationnels**



La **moyenne** d'âge gestationnel était de **37 SA**.

**Figure 2 : Poids de naissance des enfants**



La **moyenne** du poids de naissance des enfants était de **2641g**.

- La durée moyenne de séjour était de 6 jours.

La durée la plus courte était de **2 jours (2,9%)**, la plus longue de **12 jours (7,4%)**.

**Tableau II : Motif d'hospitalisation**

<b>Motif hospitalisation</b>	Âge gestationnel (prématurité)	Poids naissance insuffisant	Suspicion d'infection materno-fœtale	Diabète	Hypertension gravidique	Autres
<b>Pourcentage (%)</b>	<b>44,1</b>	<b>27,9</b>	25,0	14,7	4,4	<b>29,4</b>

- Un même enfant peut être admis pour deux raisons médicales.

- Les autres motifs étaient : **contexte social** difficile, **malformations**, prise d'un **traitement** par la mère pendant la grossesse, **détresses respiratoires transitoires**.

- Mode de sortie de l'enfant de l'unité Kangourou :

- Au domicile : 81%

- Hospitalisation dans le service de néonatalogie : 17,5%

- Transfert dans le service de suites de couches : 1,5%

Les motifs de l'hospitalisation après le séjour en UK étaient :

- intervention chirurgicale à la suite d'une malformation

- surveillance prolongée lors d'une infection materno-fœtale déclarée

- poids insuffisant.

#### 2.2.1.2 L'accueil dans le service

- **41,2% des patientes** connaissaient l'existence des unités Kangourou avant leur hospitalisation, dont :

- 29,4% par le biais de leurs cours de préparation à l'accouchement, des réunions organisées par le CHU ou bien des différents médecins rencontrés à l'hôpital pendant la grossesse

- 8,8% par le biais des médias

- 3% par le biais de leur activité professionnelle (médecin, représentant)

38% des patientes en connaissaient les principes.

• Pour 27,9% des patientes, l'hospitalisation en unité Kangourou avait été envisagée pendant la grossesse.

Les raisons en étaient les suivantes : cardiopathie sur l'enfant, diabète pré-existant chez la mère, menace d'accouchement prématuré, mère suivant un traitement médical lourd, grossesse de triplés.

• **47,1% des patientes** accueillies en UK **n'y avaient pas été admises directement après la salle d'accouchement** :

- 22,1% des enfants concernés avaient d'abord été hospitalisés en réanimation néonatale ou en soins intensifs

- 13,2% pour absence de raisons médicales immédiatement après l'accouchement.

- **11,8% pour manque de place**

• **57,4%** des patientes déclaraient **ne pas avoir été suffisamment informées** sur le fonctionnement particulier de l'unité **avant leur admission**.

**À leur arrivée, 19,1%** des patientes affirmaient ne pas avoir eu toutes les informations nécessaires sur le déroulement du séjour, notamment lorsqu'elles arrivaient la nuit.

Plusieurs d'entre elles auraient souhaité la remise d'une **charte de fonctionnement** de l'unité.

• Le personnel s'était montré disponible pour 98% des patientes.

**Tableau III : Relations avec le personnel**

	Très satisfaite	Satisfaite	Peu satisfaite	Pas du tout satisfaite	Non réponses	Total
<b>Médecins (%)</b>	55,9	35,3	2,9	<b>4,4</b>	1,5	100
<b>Puéricultrices (%)</b>	79,4	20,6	0,0	0,0	0,0	100
<b>Sages-femmes (%)</b>	72,1	26,5	1,5	0,0	0,0	100
<b>Autres (%)</b>	63,2	29,4	4,4	0,0	2,9	100

- 23,6% des patientes disaient avoir été dérangées par le changement fréquent des équipes soignantes, entraînant des avis divergents notamment dans la conduite de l'allaitement maternel.

- 44,1% des patientes déclaraient ne pas avoir eu besoin de soutien psychologique durant le séjour.

Sur les 55,9% qui en avaient ressenti le besoin, 51,5% avaient trouvé l'aide nécessaire.

- **L'accès limité au service pour les visiteurs avait dérangé 35,3 % des patientes.**

#### 2.2.1.3 Le confort hôtelier

- **89,7%** des patientes étaient **satisfaites voire très satisfaites de l'environnement** du service.

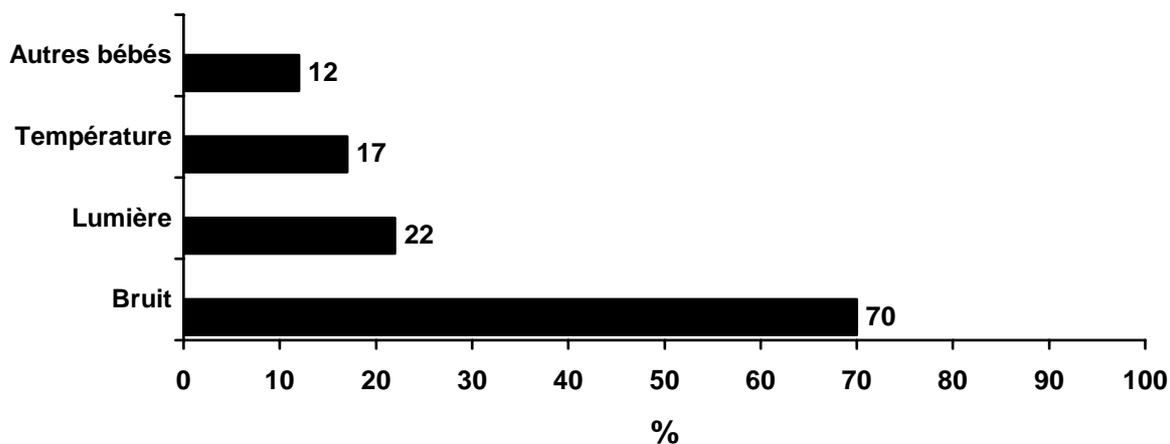
7,4% n'étaient que peu satisfaites.

- **98,5%** des patientes étaient **satisfaites voire très satisfaites de l'équipement de la chambre.**

1,5% n'étaient que peu satisfaites.

- 100% des patientes trouvaient l'équipement adapté à la proximité entre elles et leur enfant.

**Figure 3 : Nuisances pendant le séjour (% des réponses)**



#### 2.2.1.3 Les soins

- 97,1% des patientes étaient satisfaites voire très satisfaites des soins qu'elles avaient reçus.

1,5% n'étaient pas du tout satisfaites.

- **100% des patientes étaient satisfaites (20,6%) voire très satisfaites (79,4%) des soins que leur enfant avait reçus.**

- 97,1% des patientes considéraient que la prise en charge dont elles et leur enfant avaient bénéficié était adaptée.

**Tableau IV : Participation des mamans aux soins de leur enfant**

	A chaque fois	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Non réponse	Total
<u>Soins de nursing</u> (%) (bain, changes, alimentation...)	<b>67,6</b>	22,1	4,4	2,9	1,5	1,5	100
<u>Soins médicaux</u> (%) (scope, dextros...)	<b>20,6</b>	11,8	10,3	5,9	33,8	17,6	100

Les patientes qui avaient répondu « rarement » dans les deux cas avaient précisé qu’elles ne souhaitent pas participer, qu’elles n’étaient pas demandeuses, ou alors que leur état physique ne leur permettait pas de le faire (anémie sévère, césarienne).

- 81% des patientes n’avaient ressenti aucune difficulté à participer aux soins.

La raison unique des difficultés pour les autres patientes était la « peur de mal faire ».

- 66,2% des papas s’étaient sentis impliqués, selon leurs disponibilités, dans les soins prodigués à l’enfant.

8,8% des mamans n’étaient pas concernées (père absent). On note 4,4% de non-réponses.

- 95,6% des patientes disaient avoir été suffisamment encadrées lors des soins.

- **26,5% des patientes s’étaient senties isolées durant le séjour.**

Pour 4 raisons :

- visites de la famille restreintes
- visites des sages-femmes et médecins trop peu fréquentes

- absence de lieu de rencontres avec d'autres mamans
- durée d'hospitalisation trop longue

• **54,4% des mamans avaient allaité leur enfant pendant le séjour.**

- 97% de ces patientes affirmaient avoir eu les informations adaptées pour leur allaitement

- 89% de ces patientes affirmaient avoir reçu l'aide nécessaire à cet allaitement.

• La durée de séjour avait paru adaptée à 86,8% des patientes.

7,4% l'avaient jugée trop longue, 4,4% l'avaient jugée trop courte, 50% des patientes disaient qu'on leur avait, dans ce cas, proposé une situation alternative.

• 100% des patientes s'étaient senties « la plupart du temps » (89,7%) voire « tout le temps » (10,3%), en sécurité avec leur enfant.

• 85,3% des patientes étaient sorties de l'unité en même temps que leur enfant. Quand ce n'était pas le cas, les raisons étaient celles évoquées précédemment : poids insuffisant, interventions chirurgicales programmées à la suite de malformations, surveillance prolongée après une infection materno-fœtale déclarée, et difficultés à s'alimenter.

• Quand la sortie avait été décidée, 94,1% des patientes se sentaient prêtes à sortir du service avec leur enfant.

• 89,7% des patientes disaient avoir reçu suffisamment de conseils pour leur retour à domicile.

• 82,4% des patientes avaient été mises en relation avec un service de suivi à domicile avant la sortie.

#### 2.2.1.4 Les informations données

• 89,7% des patientes disaient avoir été informées régulièrement sur leur état de santé, mais 100% disaient l'avoir été sur celui de leur enfant.

- 100% des patientes avaient reçu des explications claires concernant les soins prodigués à leur enfant, 97,1% concernant les examens et interventions réalisés sur leur enfant, et 94,1% concernant les traitements qui lui avaient été administrés.
- 79,4% des pères étaient satisfaits, voire très satisfaits, des informations qu'ils avaient reçues, 1,5% ne l'étaient pas du tout.
- **Seulement 2,9% des patientes auraient préféré ne pas bénéficier de l'unité Kangourou mais être hospitalisées séparément de leur enfant.**
- **95,6% des patientes affirmaient avoir pu profiter pleinement de la présence de leur enfant à leur côté.** La fatigue de la mère et la mise en incubateur de l'enfant étaient à l'origine du cas inverse.
- Les notes sur 10 évaluant la satisfaction générale des patientes quant à l'unité Kangourou allaient de 5 à 10/10.

**La note moyenne était de 8,75/10.**

## 2.2.2 Description des « mécontentes »

Etant donné le peu de « mauvaises notes » attribuées à cette unité de la part des patientes, il n'était pas possible de réaliser une comparaison entre les patientes « contentes » et « mécontentes ». Il a donc été choisi de décrire simplement le profil des patientes qui avaient donné une note inférieure ou égale à 7/10 à la fin de leur questionnaire. Seuls les points essentiels seront retenus.

Il semble néanmoins important de préciser qu'un grand nombre de patientes ayant très bien noté l'unité, avaient par ailleurs émis les mêmes ou d'autres critiques que les patientes qui vont être décrites.

Les notes inférieures ou égales à 7 étaient donc au nombre de 5 sur 68 patientes, ce qui est extrêmement faible. Il y avait deux 7/10, deux 6/10 et un 5/10 (moyenne : 6/10).

- Âge moyen des patientes : **31 ans**
- Parité : 1 primipare, 4 multipares

- Moyenne d'âge gestationnel des nouveau-nés : **35 SA**
  - Moyenne des poids de naissance des nouveau-nés : **2516g**
  - Durée d'hospitalisation moyenne : **5,4 jours**
  - Motifs d'hospitalisation :
    - **Menace d'accouchement prématuré** : 3
    - **Suspicion d'infection materno-fœtale** : 2
  - Mode de sortie de l'unité :
    - Domicile : 3
    - Mutation en néonatalogie : 2 (motifs : poids du bébé insuffisant et sortie précoce de la mère due à la présence d'autres enfants)
  - **1 seule** patiente **connaissait l'existence des unités Kangourou**, de par ses cours de préparation à l'accouchement.
  - L'hospitalisation avait été envisagée pendant la grossesse pour 1 seule patiente.
  - **2 patientes n'avaient pas intégré l'unité dès la sortie de la salle de naissance** (motifs : signes d'alerte apparus quelques heures plus tard, et transfert en néonatalogie pour 2 jours).
  - Pour 3 patientes sur 5, on ne leur avait pas expliqué le fonctionnement particulier de l'unité Kangourou avant leur arrivée.
- Pour 1 seule patiente, le déroulement du séjour n'avait pas été clairement expliqué à son arrivée.
- Le personnel s'était montré disponible :
    - tout le temps : 2
    - la plupart du temps : 2
    - rarement : 1

**Tableau V : Relations avec le personnel**

	Très satisfaite	Satisfaite	Peu satisfaite	Pas du tout satisfaite	Total
<b>Médecins</b>	2	1	<b>1</b>	<b>1</b>	5
<b>Puéricultrices</b>	3	2	0	0	5
<b>Sages-femmes</b>	1	3	<b>1</b>	0	5
<b>Autres professionnels</b>	3	1	<b>1</b>	0	5

- 2 patientes avaient été gênées par le changement fréquent des équipes soignantes.
- **3 patientes avaient été dérangées par l'accès limité au service.**
- 2 patientes n'avaient été que peu satisfaites de l'environnement du service («**environnement qui n'est pas accueillant pour les enfants**»).

Les 3 autres patientes en avaient été satisfaites.

- 1 patiente n'avait été que peu satisfaite de l'équipement de la chambre (« manque de tables et de chaises »).

Les 4 autres patientes en avaient été satisfaites.

- L'équipement de la chambre était adapté à la proximité entre elle et son enfant pour les 5 patientes.

**Tableau VI : Nuisances**

Nuisances	OUI	NON	TOTAL
<b>Bruit</b> (claquement de portes ++)	<b>5</b>	<b>0</b>	5
Température	2	3	5
Autres bébés malades	2	3	5
Lumière	1	4	5
Odeurs	1	4	5

- Concernant les soins que la patiente avait reçus :
  - très satisfaites : 2
  - satisfaites : 2
  - pas du tout satisfaite : 1
- Concernant les soins que leur enfant avait reçus :
  - très satisfaites : 4
  - satisfaite : 1

**Tableau VII : Participation aux soins**

	A chaque fois	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Total
Soins de nursing	2	0	1	2	0	5
Soins médicaux	2	0	0	1	2	5

- 2 patientes avaient ressenti des difficultés à participer aux soins, en raison de la fatigue.
  - 2 patientes signalaient que le père de l'enfant ne s'était pas senti impliqué.
- 1 patiente était sans conjoint à ce moment.
- **3 patientes s'étaient senties isolées** pendant leur séjour :
    - « manque de personnel, temps d'attente trop long après appel » : 2
    - « visites limitées donc pas le moral » : 1
  - 2 patientes avaient allaité leur enfant et avaient trouvé une aide et des informations adaptées, 1 patiente avait débuté un allaitement et l'avait arrêté au bout de 2 jours pour cause de fatigue.
  - La durée de séjour avait paru trop longue pour 1 patiente.
  - Lorsque la sortie du service avait été décidée, 3 patientes se sentaient prêtes à sortir à domicile avec leur enfant,
- 1 patiente ne se sentait pas prête.

1 patiente n'était pas concernée car sortie sans son enfant.

- Les 4 patientes sorties avec leur enfant disaient avoir été mises en relation avec un service de suivi à domicile tel que PMI (Centres de santé « Protection Maternelle et Infantile »).

1 seule patiente sur les 4 disait ne pas avoir reçu suffisamment de conseils pour son retour à domicile.

- Concernant les informations données pendant le séjour :

- 1 seule patiente affirmait qu'on ne lui avait pas expliqué clairement les examens et interventions pratiqués sur son enfant
- le père de l'enfant était satisfait, voire très satisfait, dans tous les cas.

- 1 seule maman disait ne pas avoir pu profiter pleinement de la présence de son enfant à ses côtés, en raison de la fatigue.

Les éléments à améliorer ou déplorés par ces 5 mamans à la fin de leur questionnaire étaient :

- **Horaires des visites** : allonger les temps de visites et ne pas restreindre le nombre de visiteurs simultanés. Permettre à **toute** la fratrie de venir voir le nouveau-né. (2/5)
- **Manque de personnel** (puéricultrices et sages-femmes) : 3/5
- **Bruit** (conversations du personnel, portes qui claquent, alarmes...) : 2/5 le spécifiaient à nouveau
- **Aménagement de l'unité** : décoration pour la rendre « plus accueillante pour les enfants », et ouverture d'une salle pour recevoir les familles : 1/5

## 2.2.3 Aspect qualitatif des réponses

### 2.2.3.1 Remarques et suggestions

Les 68 patientes interrogées avaient émis des remarques en fin de questionnaire :

- **Environnement trop bruyant** : à nouveau signalé par 28,2% des patientes
- **Visites** : Temps des visites inadapté. Nombre trop restreint de visiteurs autorisés en même temps : 17,7%
- **Manque de personnel** (Médecins, Sages-femmes) : 16,2%
- **Restauration** :
  - Améliorer la qualité des repas : 10,3%
  - Installer une fontaine à eau dans le service, à disposition des patientes : 4,5%
- **Durée de séjour trop courte** : 4,4%
- **Humanisation des locaux** :
  - Augmenter la décoration : 3%
  - Aménager une salle pour rencontrer d'autres mamans et recevoir la famille : 9%
- **Trop d'avis divergents concernant l'allaitement** : 8,9%
- **Liberté d'entrer dans le service et d'en sortir** : 5,9%
- **Augmentation du nombre de places dans l'unité** : 2,9%

### 2.2.3.2 Témoignages

Il s'agit maintenant de retranscrire quelques remarques et suggestions librement exprimées par les mamans à la fin de leur questionnaire :

#### • **Remarques « négatives »** :

*« Il ne faudrait pas être obligé de devoir séparer les frères et sœurs quand un autre enfant est né de la même famille, car je suis une maman qui a eu son quatrième enfant, et deux enfants sur les trois seulement ont eu l'autorisation de rentrer dans le service. »*

Maman de Yanis, né à 35 SA.

*« Il y a des puéricultrices qui n'acceptent pas très bien le fait qu'une maman dise oui à l'allaitement et change d'avis quelques jours après. Ce choix est pourtant mûrement réfléchi. »*

*« Il faudrait une salle avec des jeux pour accueillir les aînés pour éviter les énervements. Mettre de la décoration sur les murs, les plafonds, les fenêtres pour bien représenter l'unité Kangourou. »*

Maman d'Amélie, née à 35 SA.

*« Il existe une énorme différence sur la façon de travailler d'une équipe à une autre, ce qui peut être perturbant pour une première naissance. »*

Maman de Benjamin et Raphaël, nés à 37 SA.

*« Je suggère que chaque personne qui est amenée à travailler dans ce service y fasse un séjour d'une nuit et une journée, afin de se rendre compte des bruits intempestifs (portes qui claquent, les discussions dans les couloirs, les bruits sonores des appareils qui s'éternisent faute de personnel) qui pourraient être considérablement diminués si chacun faisait un petit peu attention !!! »*

Maman de Marie-Émilie, née à 36 SA.

*« Une visite à la fois, c'est un peu juste d'autant plus que lorsque c'est un couple qui vient on laisse une personne dehors. Nous ne sommes pas forcément là pour gêner le bébé ! »*

Maman de Johann, né à 34 SA.

• **Remarques « positives » :**

*« Les équipes sont vraiment sympathiques et joyeuses, le sourire est très important... »*

Maman d'Amélie, née à 35 SA.

*« Je remercie tout le personnel (médecins, sages-femmes, puéricultrices, internes etc...) [...] de l'unité Kangourou pour sa gentillesse et son dévouement lors de mon hospitalisation... »*

Maman de Yanis, né à 35 SA

*« Je vous remercie pour votre accueil et votre compréhension. J'ai passé un séjour éducatif qui me sera utile par la suite. »*

Maman d'Abdellah, né à 39 SA.

*« Je reconnais la chance que j'ai eue d'avoir pu bénéficier de cette unité. Son fonctionnement est très bien conçu car j'ai pu profiter de mon bébé tout le temps. »*

Maman de Clément, né à 34 SA.

*« Cette unité est vraiment un havre de paix pour l'enfant comme pour la maman. »*

Maman de Sélénia, née à 40 SA.

*« L'unité Kangourou est un service où le personnel est très présent, à l'écoute des mamans. Notre séjour y a été des plus agréables. J'ai apprécié l'autonomie donnée aux parents, les conseils, les encouragements, les sourires, les discussions. Avec Célia nous remercions toute l'équipe, plus tard je lui raconterai qu'elle a passé les premiers jours de sa vie entourée de gens compétents et agréables. »*

Maman de Célia, née à 33 SA.

*« Bravo, continuez comme ça ! [...] Je me suis sentie très bien accueillie avec mon bébé par des professionnels qui semblent quasiment tous adorer leur métier et les nourrissons. »*

Maman de Kaori, né à 34 SA.

## 3 Discussion

### 3.1 Rappel des points importants

#### 3.1.1 Satisfaction

On a donc pu constater que l'unité Kangourou satisfait globalement les patientes (précisons que nous n'avons pas, pour cette étude, de groupe témoin émanant du service de suites de couches ou de néonatalogie « classiques »).

Tout ce qui concerne l'accueil, les soins et le personnel, satisfait largement, et en grande majorité, les patientes : la note moyenne de l'unité était de 8,75/10. Nous analyserons ensuite les principaux points négatifs.

Les critiques concernent essentiellement l'environnement du service qui n'est pas assez chaleureux ni adapté, d'après certaines patientes, à l'accueil de nouveau-nés fragiles. Citons quelques points, en plus de ceux que nous détaillerons plus tard :

- **Manque de décoration** dans le service, que ce soit dans les couloirs et salles de soins, ou bien dans les chambres et box. L'environnement est froid et ne se distingue pas de celui du reste de la maternité. Les mamans suggèrent à plusieurs reprises d'« *humaniser les locaux* ».

Signalons que le service concourt à un projet d'opération « pièces jaunes 2006 » proposé par la surveillante, afin d'aménager la décoration murale des chambres et box, sur le thème suivant : « maternité, paternité et lien mère-enfant ».

- **Hauteur des équipements** : plusieurs mamans de petite taille ont remarqué qu'il était difficile pour elles de procéder aux soins de leur enfant, car les installations sont trop hautes. Notons également qu'il n'existe pas, dans cette unité, de chambre adaptée pour une maman qui serait en fauteuil roulant : la surveillante a déjà refusé, pour cette raison, une telle patiente dont l'état de l'enfant était indiqué pour l'unité Kangourou.

### 3.1.2 Les visites des familles

Le thème des visites, que ce soit la restriction du nombre de visiteurs simultanés (limité à deux, en plus des parents) ou de la plage horaire restreinte (16h-20h), semble gêner la plupart des patientes, ces dernières ayant le sentiment d'être privées de la liberté de gérer leur temps comme elles le souhaiteraient.

En effet, le nombre limité à deux visiteurs simultanés, oblige l'étalement des visites sur tout l'après-midi, certaines mamans trouvant cela plus fatigant que de recevoir plusieurs personnes au même moment.

Au contraire, d'autres mamans regrettent le fait de devoir concentrer les visites sur une plage horaire de quatre heures, ce qu'elles trouvent également fatigant, pour se retrouver seules le reste de la journée. L'isolement est d'ailleurs fréquemment ressenti à cause de la restriction de ces visites. Souvenons-nous que l'hospitalisation peut être longue dans cette unité (d'une durée moyenne de 6 jours, mais avec un maximum de 12), et l'on peut comprendre l'envie de visites de la part des patientes hospitalisées.

On peut opposer à ces reproches que l'unité Kangourou, par définition, accueille des mères avec des enfants fragiles, nécessitant une hospitalisation basée sur des critères médicaux. Ce sont donc, généralement, des enfants qui ont besoin de calme et pour qui des visites trop fréquentes ou trop nombreuses seraient un facteur de stress et de fatigue, néfastes pour l'amélioration de leur état de santé.

De plus, cette unité a pour but principal de favoriser le lien entre les parents et leur enfant, but qui ne peut véritablement être atteint que si l'on privilégie des moments où l'enfant se retrouve entouré seulement du cercle familial (parents ou parents et fratrie). Dans cette unité, selon les souhaits de la surveillante, la priorité est donnée au noyau familial. Mais, si l'on reprend l'exemple de l'unité Kangourou pionnière de Clamart, les visites y sont libres, et jamais il n'a été remarqué par les soignants que cela entravait l'instauration du lien parents-enfant.

En outre, ces visites réglementées sont en lien direct avec les accès sécurisés (verrouillage des portes dont nous reparlerons plus tard).

On remarque donc qu'il est toujours difficile d'instaurer des règles pour tous, dans la mesure où nous ne vivons pas tous les choses de la même façon...

Pour éviter ce ressenti des femmes, il semble, en premier lieu, qu'il serait important de bien expliquer et argumenter les raisons de ces restrictions lorsque on leur propose cette unité et lors de leur arrivée dans le service. Ce fonctionnement aurait, alors, plus de sens pour elles, et l'accepter serait sans doute plus facile... Rappelons que les patientes affirmaient à 57,4% ne pas avoir été clairement informées sur le fonctionnement de l'unité Kangourou avant leur admission, et le regrettaient.

En second lieu, il serait aussi judicieux d'adapter ces restrictions selon les patientes. Si la demande de la patiente est insistante et si les soignants sentent que, vu le contexte, des visites plus fréquentes lui seraient bénéfiques, pourquoi les leur refuser? Une patiente, séparée de son mari, a signalé dans son questionnaire, avoir « regretté le fait qu'aucune personne de sa famille n'ait eu la permission de lui rendre des visites aussi souvent qu'un père aurait pu le faire. »

L'autre aspect important qui motive ces restrictions est le souci de sécurité, qui se traduit par le verrouillage des portes d'accès à l'unité Kangourou.

Beaucoup de patientes déploraient, en effet, le fait de devoir faire appel à un membre du personnel pour entrer et sortir de l'unité. Il est vrai que cette mesure de sécurité peut sembler un peu lourde, mais des événements précis en sont à l'origine. En 2001, d'abord, l'unité de néonatalogie, dans l'ancienne maternité, a été victime d'un enlèvement d'enfant hospitalisé, par un tiers non identifié qui avait réussi, malgré les mesures de sécurité de l'époque, à franchir les portes. L'hôpital avait alors été lourdement condamné pour cette affaire.

En 2004, ensuite, dans le même service, juste avant le déménagement, des parents, dont l'enfant était sous ordonnance provisoire de placement, avaient réussi à tromper la vigilance des soignants et à récupérer leur enfant, qui n'a été retrouvé qu'un mois plus tard.

Ce risque ne peut donc être négligé, et, le fait que la surveillance soit sous la responsabilité des soignants, explique l'instauration de ces mesures de sécurité.

Il est donc nécessaire, là encore, de faire prendre conscience aux parents, sans les effrayer, de ce risque potentiel auquel toute maternité se voit confrontée. D'autant plus que la disposition des locaux, telle que décrite au paragraphe 122, permet tout à fait une intrusion dans le box de l'enfant sans que la vigilance de la mère n'en soit alertée.

### 3.1.3 Les nuisances

58% des patientes signalent le bruit comme nuisance dans le service. Il s'agit d'un problème que l'on ne peut donc négliger.

Le bruit est stigmatisé sous de multiples formes :

- bruits extérieurs, de la rue,
- alarmes des scopes,
- portes qui claquent toute la journée,
- signaux sonores chaque fois que quelqu'un présente sa carte pour passer les portes sécurisées,
- personnel peu discret, notamment la nuit.

Une chambre est plus particulièrement soumise à toutes ces nuisances sonores, c'est la chambre numéro 364 du service, située juste en face de l'entrée du service.

Concernant le bruit extérieur, on ne peut remédier au fait que cet hôpital se trouve au cœur de la ville de Nantes, impliquant irrémédiablement un environnement sonore important. Cependant, des moyens supplémentaires d'isolation, au niveau des huisseries des fenêtres notamment, pourraient peut-être en améliorer la qualité ?

Le bruit des alarmes des appareils de surveillance, quant à lui, pourra difficilement être supprimé, puisque les puéricultrices ont besoin d'être alertées à distance d'un éventuel problème, mais celles-ci devront veiller à y répondre avec la plus grande célérité.

Le bruit des portes et les signaux sonores, produits par les cartes permettant leur franchissement, sont liés à la sécurité. Les portes sont lourdes, elles doivent se refermer seules

pour être sécurisées, ce qui favorise leur claquement. De plus, si celles-ci restent ouvertes pour quelque raison que ce soit (équipe de ménage ayant besoin, par exemple, pour un temps limité, du passage libre), se déclenche alors une alarme avertissant de cette ouverture prolongée.

Des demandes ont déjà été effectuées à plusieurs reprises par la cadre du service, qui souhaiterait obtenir, au lieu de portes manuelles, des portes à ouverture et fermeture automatiques et silencieuses. Ces demandes sont restées, à ce jour, sans réponse.

Enfin, cette unité a été placée entre la maternité et l'unité de néonatalogie, ce qui en fait un lieu de passage... D'où l'ouverture fréquente des portes, mais aussi la nuisance due aux conversations du personnel, parfois peu discret. En fin de questionnaire, comme on l'a vu précédemment, une patiente (hébergée chambre 364) proposait d'ailleurs au personnel de venir dormir ne serait-ce qu'une nuit dans ce service, afin qu'il se rende compte de cet environnement sonore peu accueillant. Ce genre de nuisances est largement évitable, et une prise de conscience du personnel, suivie d'un petit effort de sa part, permettrait déjà une amélioration notable.

Les autres types de nuisances sont peu évoqués... L'environnement lumineux nécessiterait toutefois, lui aussi, d'être reconsidéré. En effet, comme le précisait la pédiatre Michèle Vial, à Clamart, le bruit et la lumière sont deux sources d'agression pour le nouveau-né. Dans l'unité Kangourou de Nantes, les lumières sont identiques à celles des autres services, elles sont puissantes et leur couleur blanche est parfois éblouissante. Il serait bon, comme certaines mamans l'ont demandé, d'installer dans les box et les chambres des lampes diffusant une luminosité moindre, créant ainsi dans la pièce un climat plus chaleureux, et, lors des changes, le soir ou la nuit, un environnement moins agressif.

### 3.1.4 Isolement

26,5% des mamans affirment se sentir isolées dans ce service. Trois raisons à cela apparaissent à travers les questionnaires.

Premièrement, le nombre trop faible de visites de la part des médecins et des sages-femmes. En effet, certaines patientes regrettent de ne pas avoir vu d'obstétricien durant leur séjour, et de n'avoir eu qu'une seule visite du pédiatre. Elles réclament davantage

d'explications concernant les soins et examens réalisés sur leur enfant. Elles déplorent aussi le fait de ne voir que très rarement la sage-femme, qui ne répond pas directement aux appels, et se sentent ainsi délaissées par rapport aux mamans du service de suites de couches. D'une manière plus générale, certaines femmes évoquent le problème d'un manque de personnel.

Il semblerait nécessaire, d'après les demandes des patientes, de repenser l'organisation des visites des médecins dans l'unité Kangourou. La visite d'un obstétricien devrait être systématique pour chaque maman durant le séjour, au moins pour qu'elles puissent poser leurs questions si elles en ont, et pour qu'elles ne se sentent pas inexistantes à côté de leur enfant.

Deuxièmement, le problème des visites des familles déjà évoqué : restriction des horaires et de l'accès.

Enfin, une demande fréquemment retrouvée : celle d'une pièce où les mamans pourraient se réunir avec leur enfant, afin de discuter et d'échanger avec d'autres mamans. En effet, les femmes expriment le besoin de parler de leur expérience et de se « rassurer » en écoutant d'autres témoignages. En outre, en dehors des horaires de visites, beaucoup de femmes disent s'ennuyer...

Concernant cette demande, il est à noter qu'une salle existe déjà, mais excentrée car se trouvant du côté de l'« unité de néonatalogie », mitoyenne de l'unité Kangourou. Cette salle pourrait combler la demande, mais elle n'est pour l'instant pas très conviviale, et ne dispose que de quelques chaises. Un projet « pièces jaunes 2005 » destiné à la décoration de cette salle et à son aménagement mobilier, a été primé. La surveillante est toujours dans l'attente de sa réalisation.

Concernant le soutien psychologique dans l'unité, les patientes sont entièrement satisfaites. La grande majorité de celles qui en ont ressenti le besoin ont trouvé l'aide nécessaire.

### 3.2 Proximité mère-enfant au sein de l'unité Kangourou

Comme nous l'avons déjà évoqué, la proximité mère-enfant est le but essentiel des unités Kangourou, et notamment de celle de Nantes.

Tout d'abord, l'architecture et la disposition des locaux ont été conçues pour permettre cette proximité. L'enfant se trouve en effet dans un box attenant à la chambre de sa mère, la cloison qui sépare les deux pièces étant dotée d'une fenêtre elle-même dotée d'un store. Ce qui peut paraître regrettable, c'est que ce store est fixé et ne peut pas être remonté, afin que la maman puisse mieux voir son enfant. L'importance de pouvoir apercevoir, de loin, son bébé est pourtant augmentée chez une maman dont l'enfant nécessite un monitoring continu, ou bien chez une maman césarisée, qui ne peut se lever dans les premiers jours suivant l'accouchement (cas fréquents dans cette unité...). On peut alors s'interroger sur l'intérêt d'une vitre, si celle-ci reste obstruée. Une maman en a fait la remarque.

Du point de vue des pratiques, on ne peut omettre d'aborder celle du peau à peau au sein de l'unité de Nantes. Comme il a été dit précédemment, le peau à peau ne représente pas la caractéristique essentielle des unités Kangourou dans les pays développés, mais peut faire partie des priorités pour instaurer le lien mère-enfant, selon la politique choisie par le cadre du service. Il en est ainsi dans les intentions, à la maternité du CHU de Nantes, mais il est reconnu que des progrès restent à faire dans sa mise en œuvre.

En effet, d'un point de vue très technique, il n'était pas possible au départ de déplacer un enfant scopé auprès de sa mère, les scopes n'ayant pas été dotés de batteries autonomes. À présent qu'ils en sont munis, demeure le problème du report des alarmes qui n'est toujours pas possible lorsque l'enfant est sur sa mère ou sur son père...

Ensuite, d'un point de vue psychologique, la proposition du peau à peau aux mamans est difficile à mettre en place. Le peau à peau fait appel à la sensibilité et à l'intimité des parents d'une part, et des soignants d'autre part. Des parents peuvent être réticents si le but et le bénéfice de cette pratique ne sont pas bien expliqués, tout comme des soignants peuvent ne pas savoir la proposer.

Ainsi, pour que la pratique du peau à peau se répande au sein de l'unité, il faudrait peut-être, à l'avenir, envisager un « protocole » de service sur ce thème, et, pourquoi pas, former le personnel afin de l'informer sur l'origine de cette pratique et sur ses bénéfices reconnus : sur le plan relationnel, bien sûr, entre la mère ou le père et l'enfant, mais également sur un plan plus médical, puisque le peau à peau diminue les apnées en régulant les fréquences cardiaque et respiratoire du nouveau-né, maintient et stabilise la température du

nourrisson, diminue son stress, et agit sur son développement cognitif [1;7;8;12]. L'équipe pourrait alors s'inspirer de la grille d'évaluation du peau à peau (cf. Annexe 2) mise en place par l'équipe médicale de l'unité de néonatalogie du centre hospitalier d'Ajaccio, afin de constater par eux-mêmes les bienfaits du « soin kangourou » [1].

Ajoutons que les séances de peau à peau permettraient peut-être de pallier l'ennui, fréquemment ressenti par les mamans au sein de l'unité, tout en favorisant l'établissement du lien mère-enfant...

Enfin, on pourrait également parler de proximité « parents-enfant », car dans l'unité Kangourou, la place du père ne doit pas être négligée (tout comme en suites de couches « classiques »...) et doit au contraire être privilégiée. D'après les réponses des mamans dans leur questionnaire, le père s'est senti impliqué dans les soins prodigués à l'enfant dans 66,2% des cas. Les enfants hospitalisés en unité Kangourou ont, par définition, une anomalie, aussi peu importante soit-elle. Si l'instauration du lien mère-enfant est difficile dans ce cas, il ne faut pas oublier que l'instauration du lien père-enfant l'est tout autant. Le papa peut même se sentir désarmé, non seulement face à son bébé, mais également face à sa conjointe, davantage fragilisée psychologiquement. Il revient alors aux soignants de veiller à la juste considération de la place du père auprès de son enfant, de le soutenir dans la découverte de son enfant, et de le guider dans la réalisation des soins.

### 3.3 Mise en perspective

Il n'existe pas, dans la littérature, d'étude similaire concernant le fonctionnement d'une autre unité Kangourou. Nous n'avons donc pas d'éléments de comparaison.

Étant donné le nombre croissant de ce type d'unités en France, leur variété de formes et de modes de fonctionnement, il apparaissait intéressant d'effectuer un bilan de celle de Nantes après sa récente ouverture. Il s'agissait d'évaluer, tout d'abord, le taux de satisfaction qu'elle procure chez les patientes concernées, afin d'en améliorer ensuite sa qualité, une fois ses points faibles repérés.

## 3.4 Rôle de la sage-femme en unité Kangourou

### **La sage-femme en maternité**

La sage-femme est omniprésente, en prénatal, au moment de l'accouchement et du post-partum immédiat, pour l'établissement progressif du lien entre les parents et l'enfant. C'est elle, en effet, qui initie le travail d'accueil de l'enfant par les parents, au cours des séances de préparation à l'accouchement. En salle de naissance, c'est elle encore qui favorise les premiers liens. Enfin, dans le service de suites de couches, elle continue la prise en charge globale du couple parents-enfant. La sage-femme possède donc des compétences certaines d'accompagnatrice dans les premiers instants de la vie. Sa connaissance de la femme enceinte puis accouchée et du nouveau-né lui permet de jouer un rôle psycho-affectif fondamental à leurs côtés.

Ce rôle restera-t-il exactement le même au sein de l'unité Kangourou, où le bébé relève de la pathologie légère ? C'est la question que nous allons maintenant examiner.

### **Contraintes géographiques**

L'unité Kangourou est une unité de pédiatrie (cf. art. D.712-94 du Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 du code de la santé publique) [29] : « *Ces lits [correspondant à ceux de l'UK] sont compris dans les lits autorisés de l'unité de néonatalogie.* »

À Nantes, il a été choisi de placer cette unité entre le service de néonatalogie et le service de suites de couches « classiques », alors que dans la plupart des autres maternités, cette unité fait partie intégrante des suites de couches. Aussi la prise en charge de la mère revient-elle à la sage-femme, tandis que celle de l'enfant revient à la puéricultrice. De plus, comme il a déjà été précisé précédemment, cette unité est excentrée par rapport au secteur des suites de couches : la sage-femme qui a en charge huit lits de suites de couches, ajoutés aux six lits de l'unité Kangourou, est alors obligée de franchir les portes sécurisées à carte, chaque fois qu'elle veut y entrer. D'où le constat que la sage-femme, hormis ses visites programmées aux mamans de l'unité Kangourou, ne retourne que rarement, spontanément, dans cet espace. De même, lorsque les mamans appellent, ce sont la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture, présentes en permanence dans l'unité, qui répondent.

## **Demande des mères**

- les mamans ont clairement exprimé le besoin de se sentir « suivies » par une sage-femme, se sentant d'ailleurs un peu délaissées de ce point de vue par rapport au reste de la maternité.
- c'est à la sage-femme que revient naturellement la prise en charge médicale de la mère dans le post-partum,

La sage-femme a donc un indéniable rôle à tenir au sein de l'unité Kangourou.

## **Diverses propositions**

- Attribuer un poste de sage-femme au sein de l'unité Kangourou, pour six lits seulement, ne semble pas possible pour des raisons de charge de travail (surtout au bout de quatre à cinq jours où les femmes ne nécessitent plus vraiment de soins médicaux spécifiques) et des raisons économiques.
- Augmenter les compétences de la puéricultrice afin de remplacer le poste de la sage-femme : la puéricultrice ne reçoit pas, dans sa formation initiale, les outils nécessaires à la surveillance des pathologies obstétricales et maternelles qui pourraient survenir dans le post-partum.
- Remplacer les missions de la puéricultrice par celles d'une sage-femme et d'une auxiliaire de puériculture en charge du service, avec une puéricultrice qui se détacherait du service de néonatalogie si cela est nécessaire (cette hypothèse a été envisagée avec la cadre du service).

## **Textes réglementaires**

Du point de vue des textes législatifs (cf. art. D.712-88 du Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998), il est possible de n'attribuer qu'une sage-femme pour la prise en charge de cette unité Kangourou : « ... *au minimum une sage-femme ou un infirmier diplômé d'état, spécialisé en puériculture (...) est présent tous les jours de l'année, 24h sur 24, auprès des enfants, quand des nouveau-nés atteints de ces affections [sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie] sont présents dans l'unité* » [29].

Selon l'arrêté du 13 juillet 1983, **relatif au programme d'étude préparant au diplôme d'Etat de Puéricultrice**, l'étudiante puéricultrice effectue environ 710 heures de stages répartis dans les services de **néonatalogie**, **maternité**, pédiatrie, PMI et structures d'accueil de type crèches. Les objectifs de leur formation concernant la période néonatale sont, entre autres, le dépistage et la prévention des pathologies en maternité, le dépistage des principales malformations congénitales, la connaissance des principales pathologies génétiques, périnatales (infectieuses, métaboliques...), la prise en charge du nouveau-né à risque (prématuré, retard de croissance intra-utérin, post mature, de mère diabétique, de mère consommatrice de stupéfiants) et enfin la prise en charge d'un nouveau-né en réanimation néonatale [27].

Selon l'arrêté du 11 décembre 2001 **fixant le programme des études de sage-femme**, l'étudiant sage-femme effectue 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.* » Elle effectue en outre 240 heures de stages durant sa deuxième phase, 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. » Les objectifs des enseignements de « puériculture, néonatalogie et pédiatrie » sont entre autres les suivantes : « *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 ... etc* » [28].

## **Contradictions**

Les compétences de la puéricultrice et de la sage-femme devant un enfant hospitalisé en unité Kangourou, c'est-à-dire ne présentant que de faibles troubles pathologiques, semblent donc équivalentes.

Pourtant, alors que du point de vue de leurs formations, les compétences des sages-femmes face au nouveau-né « fragile » semblent similaires à celles des puéricultrices, on note une réticence de leur part à l'occupation d'un tel poste. La priorité des sages-femmes au cours de leur exercice en suites de couches semble rester essentiellement le suivi de la femme, et

elles ont tendance à « délaissé » l'enfant, et à moins s'investir dans son suivi. Il serait intéressant d'étudier plus en profondeur les raisons de ces réticences, de ces craintes, qu'elles ressentent à l'idée d'être responsables de la surveillance du nouveau-né. Pourquoi les sages-femmes ne seraient-elles pas prêtes à exercer tout leur champ de compétences ?

En outre, les pédiatres ne sentent pas du tout les sages-femmes demandeuses de « remplacer » les puéricultrices au sein de la maternité. C'est pourquoi, dans l'état actuel des choses, à la maternité de Nantes, ceux-ci n'envisagent pas de travailler avec les sages-femmes auprès de l'enfant.

Par conséquent, dans le cas où notre dernière hypothèse se trouverait réalisée, pour les sages-femmes qui ne se sentiraient pas aptes à prendre seules en charge le service (après plusieurs années passées, depuis l'obtention de leur diplôme, sans expérience dans le domaine de la prise en charge du nouveau-né « à risque »), ne pourrait-on pas envisager une « mise à niveau » de leurs connaissances et de leurs pratiques pédiatriques, en leur proposant un stage en unité de néonatalogie ?

Dans le cas contraire, s'il était préféré de conserver la cohabitation sage-femme/puéricultrice au sein de cette unité Kangourou, celle-ci ne devrait pas être considérée comme étant un « chevauchement de compétences »... Cette coopération peut avoir tout son sens au sein d'une telle unité, si les deux catégories de professionnels laissent de côté les conflits d'intérêt que l'on peut parfois observer. La psychologue du service a, de surcroît, remarqué une quasi-absence de transmissions entre la puéricultrice de l'unité et sa collègue sage-femme, ce qui peut sembler gênant dans une prise en charge adaptée et approfondie du couple mère-enfant. À chacune (sage-femme et puéricultrice) alors de trouver sa place et d'établir un équilibre dans leur travail mutuel. Le Docteur Martine NARDOU, pédiatre responsable de l'unité Kangourou du centre hospitalier d'Evreux, affirme au sujet de l'unité Kangourou : « *Lieu de travail commun et d'échanges permanents. Savoir et comprendre. Se connaître et se comprendre. Un progrès inestimable pour la prise en charge globale d'un couple inséparable : le couple mère-enfant* » [23].

Ainsi, pour améliorer cette cohabitation qui existe actuellement dans l'unité Kangourou de Nantes, il serait toutefois nécessaire de revoir l'organisation du travail de la sage-femme qui a en charge les six mamans de l'unité Kangourou ajoutées aux huit mamans

des suites de couches. En effet, pour favoriser son investissement au sein de l'unité Kangourou, on pourrait :

- supprimer l'accès sécurisé entre les deux services, afin de faciliter le passage
- attribuer à cette sage-femme un nombre plus restreint de mamans dans les suites de couches, pour lui permettre de passer davantage de temps avec celles de l'unité Kangourou et soulager de cette façon la charge de travail de la puéricultrice.

### 3.5 Propositions, axes d'amélioration

Après étude des remarques des patientes hospitalisées à l'unité Kangourou, et du fonctionnement de cette unité, il paraît bien exister une **tension entre des objectifs contraires** :

- sécurité et proximité
- hygiène et convivialité
- repos de la mère et de l'enfant et visites des familles

La résolution de ces trois problèmes passe par une meilleure organisation et coordination des explications données aux mères et aux familles, et par une amélioration des locaux. C'est ce qui apparaît dans le tableau suivant.

**Tableau VIII : Propositions d'amélioration**

<p style="text-align: center;"><b>Accueil des patientes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédiger une <b>charte de fonctionnement de l'unité Kangourou</b>, qui serait <b>destinée aux patientes</b> et leur serait remise <b>à l'entrée</b> dans le service.</li> <li>- Réorganiser les visites du personnel soignant</li> <li>- Réorganiser le travail de la sage-femme</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Environnement de l'unité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Décoration</b> (murale, plafonnière)</li> <li>- <b>Mobilier</b> : plus riche, plus adapté (lampes à luminosité plus douce, équipements moins hauts dans une chambre)...</li> <li>- <b>Isolation sonore</b> : fenêtres, accès sécurisés (portes et dispositifs à carte)</li> <li>- Aménagement d'une salle réservée aux mamans et familles avec équipements adaptés à la fratrie des nouveau-nés.</li> <li>- <b>Horaires plus flexibles</b> des visites des familles</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Proximité mère-enfant</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre possible <b>l'ouverture des stores</b> entre le box de l'enfant et la chambre de la mère</li> <li>- <b>Allaitement maternel</b> : poursuivre les efforts afin d'atteindre un meilleur score de taux d'allaitement (54,4% contre un taux national de 60% environ) [30]. Limiter les avis divergents et réflexions culpabilisatrices.</li> <li>- <b>Peau à peau</b> : instaurer une vraie politique du peau à peau et l'adopter dans la démarche de soin de l'unité</li> </ul>

## CONCLUSION

Si la création de l'unité Kangourou au sein de la maternité du CHU de Nantes s'est faite relativement tardivement par rapport aux autres maternités de France, elle n'en reste pas moins une avancée et un atout considérables. Les patientes, premières intéressées, nous le confirment très bien ; elles ont, en effet, exprimé leur grande satisfaction au travers de leurs réponses au questionnaire. Leur séjour en unité Kangourou leur aura évité, à toutes, la séparation tant redoutée de leur enfant, lorsque ce dernier nécessite une surveillance accrue juste après la naissance. Cependant, au travers du vécu de leur hospitalisation, elles ont pu constater quelques points négatifs concernant le fonctionnement de l'unité, son organisation et son environnement. Ainsi, l'unité Kangourou de Nantes manque de « chaleur », les restrictions horaires des visites sont trop sévères, l'environnement de l'unité est extrêmement bruyant, et on peut y ressentir un certain isolement, car il manque un lieu de rencontres, que ce soit pour la famille ou pour échanger avec d'autres mamans. Par ailleurs, cette unité n'a, pour l'instant, pas assez développé le peau à peau dans son programme de soins. Enfin, selon l'organisation actuelle de l'unité, la sage-femme n'est pas suffisamment impliquée, et elle ne peut pas y exercer pleinement son rôle auprès du couple mère-enfant. Il apparaît donc, qu'après un rapprochement « géographique » de la mère et de l'enfant, grâce au concept architectural de cette unité Kangourou, devrait s'opérer davantage, à l'avenir, un rapprochement « relationnel ». Il faudrait envisager un lien encore plus important entre la mère et son enfant, en favorisant notamment la pratique du peau à peau : avoir son enfant à ses côtés est fondamental, mais l'avoir contre soi est encore plus merveilleux.

# Bibliographie

## Articles de périodiques

1. ACCIO E, GALEA AM, SANTIAGO E, SAUVEPLANE M, BONDIGUEL A. Les bienfaits du soin kangourou. *Objectif soins* 2005 août/septembre, 138:20.
2. CHARPAK N, RUIZ-PELAEZ JG, CHARPAK Y. Rey-Martinez Kangaroo Mother Program : an alternative way of caring for low birth weight infants ? One year mortality in a two cohort study. *Pediatrics* 1994 Dec;94:804-10.
3. CHARPAK N, RUIZ-PELAEZ JG, FIGUEROA DE CZ, CHARPAK Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants  $\leq 2000$  grams : a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 1997 Oct;100(4):682-8.
4. DARCHIS E. L'établissement du lien mère-bébé (J1-J6) et ses aléas. *Les dossiers de l'Obstétrique* 2002 Fev;302:24.
5. DOYLE LW. Kangaroo mother care. *The Lancet* 1997 Dec 13;350(9093):1721-2.
6. DZUKOU T, DE LA PINTIERE A, BETREMIEUX P, VITTU G, ROUSSEY M, TIETCHE F. Les unités et soins kangourou : revue bibliographique sur les attitudes actuelles, leurs intérêts et leurs limites. *Arch Pediatr* 2004 Sep;11(9):1095-100.
7. FELDMAN R, EIDELMAN AI, SIROTA L, WELLER A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care : parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics* 2002 Jul;110:16-26.
8. FERBER SG, MAKHOUL IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn : a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2004 Apr;113(4):858-65.
9. GRAY L, WATT L, BLASS EM. Skin-to-Skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics* 2000 Jan;105(1).
10. RUIZ-PELAEZ JG, CHARPAK N, CUERVO LG. Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. *BMJ* 2004 Nov 13;329(7475):1179-81.
11. SLOAN NL, CAMACHO LWL, ROJAS EP, STERN C. Kangaroo mother method : randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. *The Lancet* 1994 Sept 17;344:782.

12. TESSIER R, CRISTO M, VELEZ S, GIRON M, DE CALUME ZF, RUIZ-PALAEZ JG, CHARPAK Y, CHARPAK N. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics* 1998 Aug;102(2):e17
13. VAIVRE-DOURET L, PAPIERNIK É, RELIER JP. Méthode et soins kangourou. *Arch Pédiatr* 1996; 3:1262-9.
14. WHITELAW A, SLEATH K. Myth of the marsupial mother : home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *The Lancet* 1985 May 25;1(8439):1206-8.

## Ouvrages

15. CABROL D, PONS JC, GOFFINET F, VIAL M, *Traité d'Obstétrique*. Paris : Editions Médecine-Sciences Flammarion, 2003;p.1051-6.
16. FRANCOUAL C, BOUILLE J, HURAUX-RENDU C, *Pédiatrie en maternité*. Paris : Editions Médecine-Sciences Flammarion, 1989, p531-549.
17. WINNICOTT, Donald W. *Le bébé et sa mère*. 4<sup>ème</sup> Édition. Paris : Édition Payot et Rivages Collection Sciences de l'homme Payot, 2005, 149 pages.

## Mémoires

18. BOISSET Mathilde, *Les unités kangourou : principes, intérêts et fonctionnement en France*. Mémoire de diplôme de Sage-Femme, 2004, Dijon.
19. GARAU Carine, *Les unités kangourou en France*. Mémoire de diplôme de Sage-Femme, 2003, Nîmes.

## Rapports

20. BRÉART G, PUECH F, ROZÉ JC, *Plan « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paru en novembre 2004.
22. Haut Comité de la Santé Publique, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. Pour un nouveau plan périnatalité*. *Actualité et dossier en santé publique*, 1994 Juin n°7;p.45-47.

## Sites web :

23. « Unité Kangourou-Néonatalogie : Un concept de soins aux nouveau-nés - Concilier sécurité et relation affective mère-enfant en maternité », disponible sur le site : <http://www.chu-rouen.fr/ch-evreux/frprincip.htm>, consulté le 4 août 2005.
24. « Les unités kangourou en France », interview des Dr Huraux-Rendu et Cortey, disponible sur le site : <http://www.ecofamille.com>, consulté le 19 septembre 2005.
25. CNOGF. États généraux de la naissance du 6 Juin 2003 – Les conclusions –, disponible sur le site : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/MDIR\\_311.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_311.HTM), consulté le 29 novembre 2005.
26. CHOURAKI JP, « Le secteur mère-enfant : expérience de l'hôpital général de Saint-Quentin », disponible sur le site : <http://www.chu-rouen.fr/ch-evreux/frprincip6.htm>, consulté le 14 septembre 2005.
27. Arrêté du 13 juillet 1983, relatif à la formation des puéricultrices, disponible sur le site : <http://www.anpde.asso.fr/fp1a.htm>, consulté le 13 février 2006.
28. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, publié dans le Bulletin officiel du 26 janvier 2002, n°2002-2, disponible sur le site : <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 14 février 2006.
29. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique, disponible sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 14 février 2006.
30. BLONDEL B, SUPERNANT K, du MAZAUBRUN C, BRÉART G. Enquête nationale périnatale 2003. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, disponible sur le site : <http://www.sante.gouv.fr/drees/rapport/perinat2003t2.htm>, consulté le 16 février 2006.

# **ANNEXE 1**

## **- Enquête de satisfaction des parents -**

Unité Kangourou du CHU de Nantes

Année 2005

Bonjour,

Étudiante sage-femme, je souhaite réaliser, pour mon mémoire de fin d'études, une évaluation de l'Unité Kangourou, créée au CHU de Nantes en octobre 2004.

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.

Marion ANDRIEUX.

## QUESTIONNAIRE UNITÉ KANGOUROU

(à destination des patientes accueillies au sein de cette unité du CHU de Nantes.)

**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 <input type="checkbox"/>   | 5. employée <input type="checkbox"/>          |
| 2. artisan, commerçante <input type="checkbox"/>   | 6. ouvrière <input type="checkbox"/>          |
| 3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin <input type="checkbox"/> | 7. sans profession <input type="checkbox"/>   |
| 4. profession intermédiaire, cadre moyen <input type="checkbox"/>                                | 8. autres <input type="checkbox"/> précisez : |

Profession du père de l'enfant :

- |  |   |
|--|---|
| 1. agriculteur <input type="checkbox"/>  | 5. employé <input type="checkbox"/>           |
| 2. artisan, commerçant <input type="checkbox"/>  | 6. ouvrier <input type="checkbox"/>           |
| 3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin <input type="checkbox"/> | 7. sans profession <input type="checkbox"/>   |
| 4. profession intermédiaire, cadre moyen <input type="checkbox"/>                                | 8. autres <input type="checkbox"/> précisez : |

Vivez-vous en couple ? 1. oui  2. non

Nombre de grossesses y compris celle-ci : .....

Nombre d'enfants vivants : .....

Déroulement de la grossesse :

- |                                    |                 |  |
|------------------------------------|-----------------|--|
| 1. Normal <input type="checkbox"/> | 2. Pathologie : | 21. Menace d'accouchement prématuré <input type="checkbox"/> |
|                                    |                 | 22. Hypertension <input type="checkbox"/>                    |
|                                    |                 | 23. Diabète <input type="checkbox"/>                         |
|                                    |                 | 24. Autre <input type="checkbox"/> précisez :                |

### **Renseignements sur le bébé :**

Prénom du bébé :

Terme en SA :

Poids de naissance :

### **L'ACCUEIL DANS LE SERVICE :**

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

1. oui  2. non

Si oui,

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

en connaissiez-vous leurs principes ?

1. oui  2. non

2) Votre hospitalisation 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 avait-on clairement expliqué le fonctionnement particulier de l'Unité Kangourou avant votre arrivée ?  
1. oui  2. non

5) À votre arrivée, vous a-t-on clairement expliqué le déroulement de votre séjour ?  
1. oui  2. non   
Si non, quelles explications vous manquaient ?

6) Le personnel s'est-il montré disponible durant votre séjour ?  
1. Oui, tout le temps  2. Oui, la plupart du temps  3. Oui, rarement  4. Non, jamais

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

	très satisfaite	satisfaite	peu satisfaite	pas du tout satisfaite
les médecins				
les puéricultrices				
les sages-femmes				
les autres professionnels				

8) Le changement fréquent des équipes soignantes vous a-t-il dérangée ?  
1. oui  2. non

9) Avez-vous pu trouver une aide psychologique nécessaire durant votre séjour ?  
1. oui  2. non  3. je n'en avais pas besoin

10) L'accès limité à ce service pour vos visiteurs vous a-t-il dérangée ?  
1. oui  2. non

### **LE CONFORT HÔTELIER :**

11) Avez-vous été satisfaite de l'environnement du service ?  
1. très satisfaite  2. satisfaite  3. peu satisfaite  4. pas du tout satisfaite

12) Avez-vous été satisfaite de l'équipement (hôtelier et médical) 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 ?

bruit	<b>oui</b>	<b>non</b>	lumière	<b>oui</b>	<b>non</b>
température	<b>oui</b>	<b>non</b>	odeurs	<b>oui</b>	<b>non</b>
autres bébés malades	<b>oui</b>	<b>non</b>	autre nuisance :		

### **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 ?  
1. oui  2. non

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

	à chaque fois	souvent	parfois	rarement	jamais
<u>Soins de nursing</u> (bain, changes, alimentation à la cuiller ou tasse...)					
<u>Soins médicaux</u> (scope, dextros...)					

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 concernée

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. oui, totalement  2. oui, en partie  3. oui, rarement  4. non

24) La durée de 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

25) Vous êtes-vous sentie en sécurité avec votre enfant pendant votre séjour ?  
1. oui, tout le temps  2. oui, la plupart du temps  3. oui, rarement  4. non, jamais

26) Votre enfant est-il sorti en même temps que vous de l'unité Kangourou ?  
1. oui  2. non   
Si non, pourquoi ?

27) Lorsque votre sortie du service a été décidée, vous sentiez-vous prête pour sortir à domicile avec votre enfant ?  
1. oui  2. non

28) Vous a-t-on donné suffisamment de conseils pour votre retour à domicile avec votre enfant ?  
1. oui  2. non

29) 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 :**

30) 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

31) Vous a-t-on clairement expliqué les soins que votre enfant a reçus ?

1. oui       2. non

32) Vous a-t-on clairement expliqué les examens et interventions pratiqués sur votre enfant ?

1. oui       2. non

33) Vous a-t-on clairement expliqué les traitements donnés à votre enfant ?

1. oui       2. non

34) 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

36) 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

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

1. oui       2. non

Si non, pourquoi ?

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

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

Autres remarques et suggestions... :

# **ANNEXE 2**



## Résumé

---

Après la naissance, en 1979, en Colombie, du "soin Kangourou" (peau à peau), destiné à pallier le manque de moyens dans les hôpitaux, est né en France, en 1987, le concept des unités Kangourou. Ayant alors pour but de rapprocher la mère de son enfant lorsque celui-ci nécessite une surveillance juste après la naissance, ces unités vont se développer très progressivement. Etant donné les conséquences néfastes reconnues de la séparation de la mère et de son enfant dans le post-partum, leur intérêt va même être reconnu par les autorités publiques.

En 2004, l'Hôpital Mère-Enfant de Nantes crée alors son unité Kangourou. Les témoignages de 68 patientes ayant séjourné au sein de cette nouvelle unité, recueillis à travers une enquête de satisfaction, confirment les atouts d'un tel service. Toutefois, perçue comme étant encore trop "pédiatrique" et trop "médicale", l'unité mériterait d'être améliorée, notamment dans son organisation, son fonctionnement, et dans le développement du lien mère-enfant (introduction, par exemple, du peau à peau dans la démarche de soins). Après le rapprochement "géographique" de la mère et de l'enfant, il apparaît nécessaire de poursuivre la démarche en assurant un rapprochement plus "relationnel".

### Mots-clés :

- unité Kangourou
- peau à peau
- lien mère-enfant, parents-enfant