

La méthode kangourou et les facteurs liés à la triade bébé-parents-infirmier influençant son application en néonatalogie

Travail de Bachelor

Guillaume GARNIER – n°12326443

Marie PICCOT CREZOLLET – n°15495070

Pauline REYNIER – n°12332730

Directrice : Géraldine BOUVET - infirmière spécialisée en santé de l'enfant et de
la famille, maître d'enseignement HES

Membre du jury : Nadège GABENT – infirmière spécialisée en santé de l'enfant, de
l'adolescent et de la famille, Praticienne Formatrice

Genève, juillet 2018

DÉCLARATION

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à GENÈVE, le 30 juillet 2018

Guillaume GARNIER, Marie PICCOT CREZOLLET et Pauline REYNIER

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Madame Géraldine BOUVET pour son encadrement, son implication et sa bienveillance tout au long de l'année en tant que directrice de notre travail de bachelor.

Nous remercions Madame Nadège GABENT, infirmière spécialisée en santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille, d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

Merci à Madame Sara PINTO COELHO et Monsieur Paul BOBBINK pour leur encadrement et leurs propositions lors des prémices de ce travail et dans l'évolution de ce dernier.

Nous remercions nos amis de la HEdS, qui nous ont accompagnés dans les moments heureux comme dans les moments difficiles, et ce tout au long de la formation.

Enfin, nous remercions nos familles et nos amis, pour leur présence et leur soutien tout au long de la formation et pendant l'élaboration de ce travail.

À nos réunions de travail de bachelor....

RÉSUMÉ

Thème : la méthode kangourou (MK), dont les bénéfices ont été démontrés par de nombreuses études, n'est toujours pas appliquée de manière systématique à travers le monde. Le but de cette revue de littérature est de décrire les facteurs liés à la triade bébé-parents-infirmier influençant l'application de la MK en néonatalogie.

Méthode : ce travail de bachelor est rédigé sous forme de revue de littérature comportant 9 articles, sélectionnés dans les bases de données Pubmed et JBI. Les résultats ont été analysés selon le modèle de la conservation de Myra Levine.

Résultats : les parents et les infirmiers expriment des besoins de soutien, d'information, de formation, de guidance et d'un environnement adapté, afin de faciliter l'application de la MK.

Conclusion : les études sélectionnées démontrent qu'il est nécessaire d'instaurer la MK comme un standard de soin en néonatalogie. La MK permet d'humaniser des soins lors d'un moment crucial dans le développement du bébé et des liens familiaux. Cela nécessite un engagement politique, financier et culturel, afin de créer des programmes de formation et d'adapter l'environnement hospitalier pour soutenir les parents et les infirmiers.

Mots-clés :

Méthode kangourou

Prématuré

Parents

Infirmiers

Néonatalogie

Keywords :

Kangaroo-Mother Care

Premature, Infant

Parents

Nurses

Neonatology

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HEdS	Haute École de Santé - Genève
MK	Méthode Kangourou

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. MeSH Terms et mots-clés utilisés pour la recherche documentaire.....	16
Tableau 2. Tableau récapitulatif des équations de recherche.....	16
Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique.....	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	17
---	----

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements.....	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	v
Table des matières	6
Introduction.....	8
1. Problématique.....	9
1.1. La prématurité	9
1.2. Le nouveau-né prématuré.....	9
1.3. Les parents.....	10
1.4. La méthode kangourou	11
2. Les soins infirmiers en néonatalogie	13
2.1. Modèle de Levine	13
2.2. Question de recherche	15
3. Méthode.....	16
3.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	16
3.2. Diagramme de flux.....	17
4. Résultats.....	18
4.1. Récapitulatifs des articles retenus	18
4.1.1. Maternal and Neonatal Nurse Perceived Value of Kangaroo Mother Care and Maternal Care Partnership in the Neonatal Intensive Care Unit.....	18
4.1.2. Kangaroo Care in a Neonatal Context : Parents' Experiences of Information and Communication of Nurse-Parents.....	20
4.1.3. Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles.....	22
4.1.4. Close to me: Enhancing kangaroo care practice for NICU staff and parents.....	24
4.1.5. Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents.....	28
4.1.6. Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room.....	31

4.1.7.	Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care.....	33
4.1.8.	Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study	35
4.1.9.	First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units	39
4.2.	Tableau comparatif	43
4.3.	Analyse critique des articles retenus.....	44
4.3.1.	Facteurs liés au bébé	44
4.3.2.	Facteurs liés aux parents.....	44
4.3.3.	Facteurs liés aux infirmiers	46
4.3.4.	Facteurs liés à l'environnement hospitalier	48
5.	Discussion	49
5.1.	L'être humain.....	49
5.2.	L'environnement	52
5.3.	La santé.....	55
5.4.	Le soin.....	56
6.	Conclusion	56
6.1.	Apports et limites du travail.....	58
6.2.	Recommandations.....	59
6.2.1.	Recommandations pour la pratique	59
6.2.2.	Recommandations pour l'enseignement.....	60
6.2.3.	Recommandations pour la recherche	60
7.	Références.....	61

INTRODUCTION

La prématurité est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, ce qui représente plus d'un million de décès par an en raison de complications liées à la prématurité (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2018).

Lorsqu'un nouveau-né doit être hospitalisé dans une unité de néonatalogie, les parents et l'enfant vivent alors une séparation prolongée. Or, « l'attachement est un besoin fondamental pour le nouveau-né. Des perturbations de ce processus, notamment en cas de séparation à la naissance, peuvent avoir des conséquences importantes sur le développement futur de l'enfant et sur la relation parents-enfant » (Depret-Turconi, Cavet & Varenne, 2010, p. 22).

Il existe plusieurs moyens permettant de pallier cette séparation, comme la suppression des horaires de visite, la visioconférence ou encore la méthode kangourou (MK).

Les bénéfices de la MK sur les aspects bio-psycho-sociaux du bébé, mais aussi pour les parents, ont été démontrés dans plusieurs études (Lundington-Hoe, Morgan & Abouelfetoh, 2008, traduction libre).

Cependant, malgré la mise en évidence de données probantes liées à la MK, son application au niveau mondiale reste inégale (Chan, Labar, Wall & Atun, 2016, traduction libre, p. 130).

Dans un premier temps, ce travail présentera d'abord la MK, et ce que représente l'hospitalisation en néonatalogie pour le bébé et ses parents.

Dans un second temps, la revue de littérature permettra de comprendre les facteurs facilitateurs et les barrières liés au bébé, aux parents et aux infirmiers¹ qui viennent influencer l'application de la MK à l'hôpital.

Enfin, une analyse critique des résultats des articles retenus sera effectuée, puis mise en lien avec la théorie de Myra Levine afin d'élaborer des recommandations pour la recherche, l'enseignement et la pratique infirmière.

¹ Lire également au féminin, valable pour l'ensemble du travail.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. La prématurité

Chaque année, 15 millions de bébés naissent prématurément, soit environ 10% des naissances dans le monde. La prématurité est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. L'incidence des naissances prématurées est en hausse dans quasiment tous les pays. Les raisons expliquant cette évolution seraient notamment un accroissement de l'âge maternel, l'augmentation de comorbidités maternelles (diabète, hypertension) ou encore l'utilisation toujours plus importante de traitements contre l'infertilité induisant des taux plus élevés de grossesses multiples (OMS, 2016, pp. 1-2). En Suisse, en 2016, on dénombrait 87883 naissances vivantes, dont 7% prématurément (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2017).

Selon l'OMS (2016), on considère comme prématuré un bébé né vivant avant 37 semaines d'aménorrhée. Cette notion recouvre 3 sous-catégories :

- La prématurité extrême (< 28 semaines).
- La grande prématurité (entre la 28^{ème} et la 32^{ème} semaine).
- La prématurité moyenne, voire tardive (entre la 32^{ème} et la 37^{ème} semaine) (p.1).

Un âge gestationnel de moins de 35 0/7 semaines constitue une indication au transfert du nouveau-né vers un centre de néonatalogie, tout comme un poids de naissance inférieur à 2000 g (Société Suisse de Néonatalogie, 2018, p. 39).

1.2. Le nouveau-né prématuré

Les nouveau-nés prématurés sont exposés à plusieurs comorbidités aiguës et chroniques.

La prématurité, associée à l'inflammation, l'hyperoxie ou encore des traumatismes liés à la ventilation mécanique, peut interrompre le développement pulmonaire et créer des séquelles permanentes (Glass et al., 2015, traduction libre, pp. 1340-1342).

Le syndrome de détresse respiratoire est une des principales causes de décès des très grands prématurés, et beaucoup d'entre eux développeront par la suite une dysplasie broncho-pulmonaire (Patel, 2016, traduction libre, p. 320).

Enfin, la rétinopathie du prématuré est la principale cause de troubles visuels chez le prématuré. Elle est causée par une hyperoxie liée à l'assistance respiratoire, qui inhibe le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire et retarde donc la croissance du réseau vasculaire des rétines (Patel, 2016, traduction libre, p. 322).

1.3. Les parents

Même en l'absence de risques pour sa santé, l'hospitalisation d'un nouveau-né prématuré dans une unité aussi médicalisée que celle de néonatalogie représente une épreuve et une expérience stressante pour les parents (Provenzi & Santoro, 2015, traduction libre, p. 1785). Ainsi, ils peuvent ne pas se sentir prêts à faire face à ce challenge, ce qui peut impacter la relation parent-enfant et le lien d'attachement (Al Maghaireh, Abdullah, Chan, Piau & Al Kawafha, 2016, traduction libre, p.8). Cela pourrait s'expliquer par l'environnement du service, avec ses équipes et ses équipements technologiques, le fait d'être confronté à un bébé malade ou affaibli qui ne correspond pas à l'image idéalisée des parents ou encore par la séparation induite par l'hospitalisation, ce qui restreint le rôle parental (Gavey, 2007, cité par Al Maghareib et al., 2016, traduction libre, p. 8).

Les études diffèrent cependant en ce qui concerne les avis des parents par rapport à la structure de l'unité de néonatalogie qui accueille leur enfant. Ceci semble indiquer que l'environnement et l'équipe soignante peuvent influencer la façon dont les parents vivent l'admission de leur enfant (Al Maghaireh et al., 2016, traduction libre, p.8).

Cela a également comme conséquence un changement important dans les habitudes de vie, car les parents passent la majorité du temps hors de chez eux et doivent apprendre à évoluer dans un environnement qui leur est inconnu. En outre, les responsabilités parentales sont également augmentées et les besoins nouveaux et spécifiques du bébé peuvent faire éprouver aux parents un sentiment d'inadéquation (Al Maghaireh et al., 2016, traduction libre, p.9).

Les parents qui ont été impliqués dans les soins et à qui l'on a donné l'opportunité de passer du temps avec leur bébé semblent s'adapter plus efficacement à leur parentalité (Heinemann et al., 2013, cité par Al Maghareib et al., 2016, traduction libre, p. 9).

Enfin, l'hospitalisation de leur bébé a un impact au niveau psychologique et émotionnel sur les parents, qui verbalisent des sentiments d'impuissance, de honte, de culpabilité, de désespoir, de détresse ou encore de peur, mais également des troubles du sommeil (Al Maghaireh et al., 2016, traduction libre, pp.9-10).

La prévalence de la dépression chez les parents d'enfants prématurés est plus importante que celle chez les parents d'enfants nés à terme. Une des raisons qui pourrait expliquer cela est la séparation causée par l'hospitalisation et l'équipement invasif, car elle induit une baisse de la confiance des parents en leurs compétences et dans leur rôle de parents. Les parents peuvent donc avoir tendance à s'éloigner, tant au niveau

émotionnel que physique, et laisser la gestion des soins du bébé à l'équipe. Cela est d'autant plus regrettable que le contact physique avec l'enfant est crucial pour le développement d'un attachement sécure, nécessaire à la construction de futurs comportements émotionnels adéquats tant chez les parents que chez le bébé (Flacking et al., 2012, traduction libre, pp. 1033-1034).

1.4. La méthode kangourou

La méthode kangourou (MK) fait partie des moyens non pharmacologiques qui « contribue à la bonne santé et au bien-être des prématurés » (OMS, 2014, p. 8). Elle a été introduite à Bogotá en Colombie, à la fin des années 1970, pour faire face au manque de couveuses dans les services de néonatalogie pour des prématurés ayant besoin de soins médicaux prolongés.

La MK, appelée aussi contact peau à peau, a été développée pour répondre aux « besoins de chaleur, d'allaitement aux seins, de protection contre les infections, de stimulation, de sécurité et d'amour » des prématurés (OMS, 2014, p. 8).

Elle consiste à mettre en contact peau à peau l'enfant prématuré sur la poitrine du parent de manière précoce, prolongée et continue, en milieu hospitalier ou à domicile (si la pratique a été enseignée et qu'il y a un suivi régulier). Cette méthode efficace, douce et simple à réaliser, idéalement accompagnée d'un allaitement au sein exclusif, permet de réduire l'agitation du prématuré et la durée de l'hospitalisation (OMS, 2014, p. 8).

La MK permet une stabilité physiologique (chaleur, sommeil...), en déclenchant immédiatement un sentiment de détente et de bien-être, contribuant au confort en activant certains nerfs qui permettent la libération de l'ocytocine qui élève les endorphines, qui à leur tour contrent les effets du stress et du cortisol (Liljencrantz et Olausson, 2014 ; Henderson, 2011 cités par Ludington-Hoe, 2015, traduction libre). Cela est donc responsable de la relaxation musculaire, d'une stabilisation des signes vitaux, d'une activité gastro-intestinale accrue favorisant la digestion et l'anabolisme, d'une guérison améliorée et d'un meilleur stockage des éléments nutritifs (Bystrova, 2009 cité par Ludington-Hoe, 2015, traduction libre). Il a été démontré que dans les 20 minutes suivant le début du contact peau à peau, le cortisol du prématuré a diminué de 70% (Gitau et al., 2002 cité par Ludington-Hoe, 2015, traduction libre).

Également en lien avec ces mécanismes physiologiques, la MK favorise une thermorégulation par le principe de conduction entre la peau de la mère et celle du prématuré (Bystrova et al. 2007, cité par Ludington-Hoe, 2015, traduction libre). De plus, le sommeil est mieux organisé, moins perturbé, et plus long que si l'enfant était placé en couveuse (Ludington-Hoe, 2015, traduction libre). Le sommeil est nécessaire pour la croissance et le développement du cerveau, en particulier pendant les 3 premières années de la vie (Scher, 2011 cité par Ludington-Hoe, 2015, traduction libre).

Lors de son hospitalisation en néonatalogie, un nouveau-né subit en moyenne 22,9 procédures par jour, dont 75,6% sont considérées comme douloureuses (Cignacco et al. 2009, traduction libre). De plus, il a été montré que la fréquence de ces procédures douloureuses augmente et que la douleur est sous-traitée chez 80% des nouveau-nés (Carbajal et al., 2008, cité par Whit Hall, 2012, traduction libre).

L'exposition précoce à la douleur a comme conséquence une altération de la sensation douloureuse menant à une hyposensibilité à la douleur aiguë associée à une hypersensibilité à la douleur prolongée (Mooney-Leber & Brummelte, 2016, traduction libre).

Plusieurs auteurs indiquent également une corrélation entre la douleur néonatale répétée et un développement moindre du point de vue moteur et cognitif, se traduisant entre autres par de moins bons résultats aux tests de QI (Vinall et al. 2014 ; Ranger et al., 2015, cités par Mooney-Leber & Brummelte, 2016, traduction libre).

Une analyse Cochrane récente de 19 études avec 1 594 nourrissons a démontré que le contact peau à peau est efficace et sans danger pour la réduction de la douleur dans les procédures douloureuses simples telles que des injections (Johnston et al., 2014 cité par Ludington-Hoe, 2015, traduction libre).

2. LES SOINS INFIRMIERS EN NÉONATOLOGIE

2.1. Modèle de Levine

Il semble approprié de mettre en lien notre questionnement avec le modèle de conservation de Levine. Il s'inscrit, dans la hiérarchie des connaissances, au rang de modèle conceptuel et constitue une définition de la discipline infirmière dont le but est de décrire ce que font les infirmiers et pourquoi ils le font (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

La théorie de M. Levine se situe dans le paradigme de l'interaction réciproque. Cela s'appuie sur la vision holistique de l'être humain, c'est-à-dire un être bio-psycho-social et spirituel : la personne est donc perçue comme un être unique, dont la prise en soin sera considérée comme une expérience nouvelle pour le soignant. La théorie considère que les soins infirmiers se concentrent sur la personne et la complexité de ses relations avec son environnement (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p. 114).

Le modèle de Myra Levine s'inscrit, lui, dans l'école des effets souhaités, qui cherche à répondre à la question « pourquoi les infirmières font ce qu'elles font ». En effet, cette école de pensée est décrite comme une école rendant l'être humain comme un être adaptatif et développemental, en relation avec l'environnement avec lequel il doit avoir un équilibre. De plus, il est décrit que différents stimuli et mécanismes de coping interviennent dans la vie de la personne (Meleis, 2007, traduction libre).

Myra Levine définit la personne comme un individu holistique, un être capable de penser, conscient de son passé et, de ce fait, pouvant s'orienter vers son avenir (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 88). Elle réagit aux changements de manière séquentielle et intégrée, mais toujours de manière régulière et en constante interaction avec l'environnement. Elle est définie jusqu'à un certain point par ses limites appelées « personal space ». Elle peut ressentir les limites de son espace personnel, entravées par la simple présence d'un proche (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 88). Selon Levine, la personne est considérée dans son entièreté, en constante interaction avec l'environnement externe et interne pour défendre son intégrité (Levine, 1969, citée par Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.116). Cette interaction est vue comme dynamique, « open and fluid » par Levine (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 88).

Dans le cadre de la MK, le nouveau-né est considéré dans son entièreté, car elle prend en compte à la fois les aspects biologiques, psychologiques et sociaux (liens d'attachement) en créant un environnement chaleureux et plus humain.

L'**environnement** fait partie de l'intégrité de l'individu. Il est divisé en deux entités. L'environnement **interne** de la personne correspond aux aspects physiologiques et pathologiques qui sont, tous deux, constamment remis en question par l'environnement externe (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 88). Il est aussi décrit par une homéostasie (une stabilité) entre l'individu et son environnement (Levine, 1987, citée par Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 88). L'environnement **externe** correspond quant à lui aux facteurs qui influencent et remettent en cause l'individu (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 89).

Trois niveaux sont décrits par Levine pour définir l'environnement :

- L'environnement **perçu** qui représente les différents aspects du monde que l'individu est capable de percevoir à travers ses sens.
- L'environnement **opérationnel** en relation avec les facteurs qui affectent physiquement l'individu, mais qui sont non perceptibles par ce dernier (pollution, microorganismes, radiation).
- L'environnement **conceptuel** qui inclut les patterns en lien avec la culture, comme la spiritualité, la pensée ou l'histoire. Il contient aussi les facteurs qui jouent sur les comportements comme les valeurs, les normes, les croyances (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 88).

Des études traitent des effets et des mécanismes de la méthode peau à peau liés aux dimensions physiologiques, psycho-spirituelles et environnementales du confort infantile. Le confort est défini par l'homéostasie entre l'individu et son environnement interne. Or, la méthode peau à peau donne immédiatement un sentiment de détente et de bien-être, contribuant au confort. Elle favorise donc le développement de l'environnement perçu et opérationnel (Ludington-Hoe, 2015, traduction libre).

Dans le métaconcept de la **santé**, Levine fait apparaître trois notions : le changement, la santé et la maladie. En effet, la santé et la maladie sont des modèles d'un changement adaptatif. La santé représente, dans la société, la capacité à fonctionner dans ses différents rôles sociaux. Elle constitue une réponse individuelle qui peut constamment changer en réponse à de nouvelles situations, de nouveaux challenges, au vieillissement, ou en rapport avec des facteurs sociaux, politiques, économiques ou spirituels. Elle implique également l'unité et l'intégrité (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 88). Pour Levine, chaque individu est donc capable de définir lui-même sa santé (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p. 119).

La naissance et l'hospitalisation sont vécues comme une nouvelle situation pour les enfants, qui vient challenger leur homéostasie. L'homéostasie est influencée par différentes composantes physiologiques propres à chacun qui permettent de tendre vers

une adaptation unique et adéquate pour chaque nouvelle situation vécue (Ludington-Hoe, 2015, traduction libre). La MK contribue donc à maintenir leur unité et leur intégrité.

Le **soin** est décrit par Levine comme une interaction humaine. Le soignant crée une relation de partenariat avec le patient ; cette expérience humaine un peu triviale restera gravée chez chaque patient même si des moments dramatiques seront partagés (Levine, 1977, p. 845 citée par Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 89). Le but du soin est de promouvoir et maintenir l'intégrité des individus malades ou en bonne santé. L'interaction humaine est donc basée sur des principes scientifiques visant à conserver l'énergie et l'intégrité structurelle, personnelle et sociale de l'individu par des changements dans l'environnement et par des soins individualisés selon les besoins particuliers des personnes en vue de soutenir leur adaptation (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 119-120).

L'approche peau à peau permet d'humaniser des soins dans un univers se situant à l'opposé de la vie in utero, en recréant une énergie particulière entre la mère et son bébé. Malgré une place croissante faite à la relation parents-bébé en néonatalogie, il reste toujours difficile pour les parents de rester continuellement avec leur enfant et d'être donc inclus dans les soins. Or, il a été montré que les parents désirent être impliqués dans la prise en soins et que la participation parentale a des effets positifs sur le développement du bébé ainsi que sur le stress des parents (Benoit et al., 2016, traduction libre, p. 232).

2.2. Question de recherche

Ainsi, la prise en soins d'un bébé en néonatalogie devrait inclure la gestion des éventuelles complications liées à la prématurité, mais aussi les aspects psycho-affectifs liés à l'hospitalisation, à l'arrivée précoce du bébé, à la fois chez les parents et l'enfant. Les infirmiers de néonatalogie ont les compétences, faisant partie de leur rôle propre, pour introduire des stratégies qui aideront les parents à surmonter leurs appréhensions dans le développement de leur relation avec leur enfant (Klaus, Kennell & Klaus, 1995, traduction libre). Il a été démontré que la MK était une technique sûre, fiable et agissant sur tous ces aspects, mais qu'elle souffrait d'une grande variabilité au niveau mondial dans son implantation et son application en tant que telle.

La question de recherche qui en découle est donc :

Comment la triade bébé-parents-infirmier influence-t-elle l'application de la MK en néonatalogie ?

3. MÉTHODE

La méthode PICO a été utilisée pour la recherche de littérature (P : prématurés et parents ; I : mise en pratique de la MK par les infirmiers ; C : unité de néonatalogie ; O : facteurs influençant). Même si la MK est un concept plus large ne regroupant pas que le peau à peau, c'est ce mot-clé qui a été choisi pour la recherche documentaire. En effet, il n'existe pas de MeSH Terms correspondant au concept du contact peau à peau.

Plusieurs MeSH Terms et mots-clés ont ainsi été identifiés :

Mots-clés	MeSH Terms Pubmed	Key words Cochrane	Key words JBI
MK	Kangaroo-Mother care method	Kangaroo care	Kangaroo care
Parents	Parents	Parents	Parents
Prématuré	Infant, premature	Infant, premature	Infant, premature
Néonatalogie	Neonatology	Neonatology	Neonatology
Infirmiers	Nurses	Nurses	Nurses

Tableau 1. MeSH Terms et mots-clés utilisés pour la recherche documentaire

3.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Les recherches pour la revue de littérature ont été effectuées jusqu'en décembre 2017 et ont inclus des articles de 2007 à 2017. Les bases de données utilisées sont Pubmed, Cochrane et JBI. Les résultats de cette démarche ont été consignés dans un tableau récapitulatif contenant les équations de recherche utilisées, les bases de données, le nombre total d'articles ainsi que les articles sélectionnés. Plusieurs articles proviennent de bibliographies d'articles sélectionnés.

Base de données	Équation de recherche	Filtre(s)	Total articles correspondants	Total d'articles sélectionnés pour la lecture d'abstract	Total des articles inclus dans le travail
Pubmed	Kangaroo-Mother Care Method AND Infant	Full text ; humans ; date de parution : 10 ans	223	21	6
Pubmed	Kangaroo-Mother Care Method AND Premature		7	0	0
Pubmed	Kangaroo-Mother Care		55	2	0

	Method AND parents				
Pubmed	Kangaroo Mother Care Method AND Nurses		4	0	0
Cochrane	Kangaroo Care	Aucun	4	3	0
JB1	Kangaroo Mother Care Method AND Infant	Full text ; humans ; date de parution : 2007 - current	223	14	1
JB1	Kangaroo Mother Care Method AND Infant AND Nurses		54	0	0
JB1	Kangaroo Mother Care Method AND Infant AND Parents		62	0	0

Tableau 2. Tableau récapitulatif des équations de recherche

3.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure .

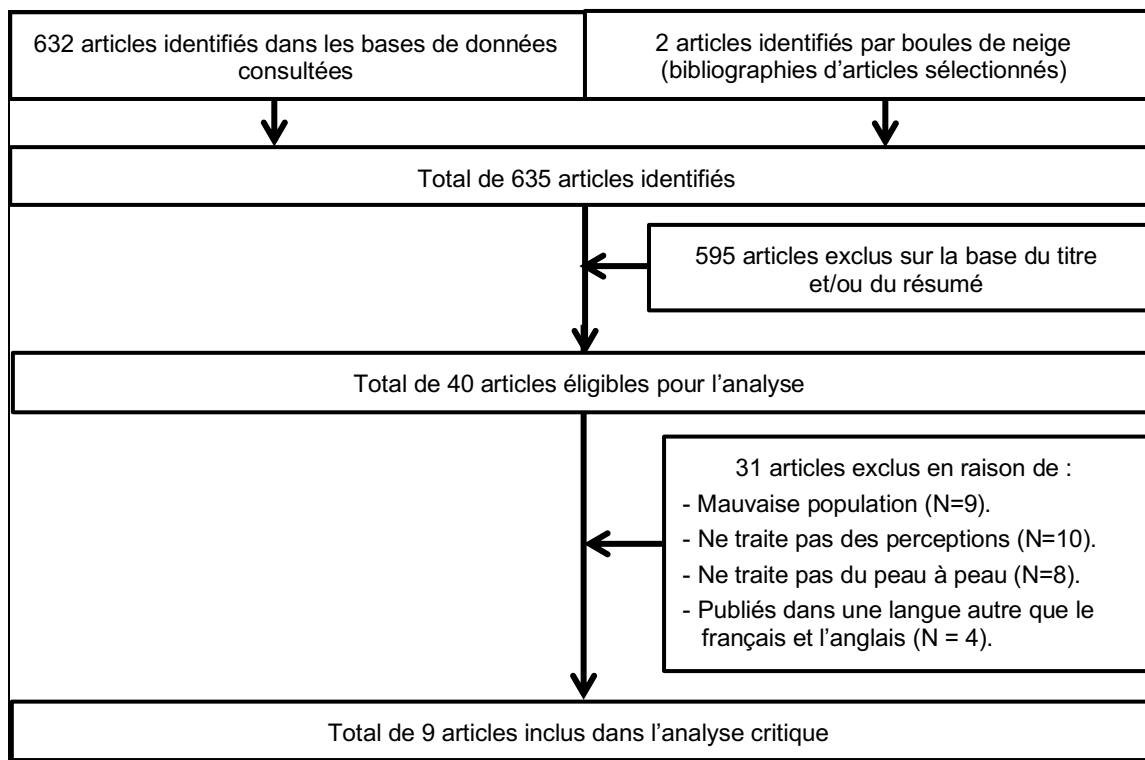


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

4. RÉSULTATS

4.1. Récapitulatifs des articles retenus

Les devis, populations, buts et principaux résultats des articles retenus pour cette revue de littérature sont présentés dans cette partie.

4.1.1. *Maternal and Neonatal Nurse Perceived Value of Kangaroo Mother Care and Maternal Care Partnership in the Neonatal Intensive Care Unit*

Référence de l'article	Hendricks-Muñoz, K., Li, Y., Kim, Y., Prendergast, C., Mayers, L. & Louie, M. (2013). Maternal and Neonatal Nurse Perceived Value of Kangaroo Mother Care and Maternal Care Partnership in the Neonatal Intensive Care Unit. <i>American Journal of Perinatology</i> , 30(10), 375-380
Titre	Maternal and Neonatal Nurse Perceived Value of Kangaroo Mother Care and Maternal Care Partnership in the Neonatal Intensive Care Unit
Auteurs – Année	Karen D. Hendricks-Muñoz, Yihong Li, Yang S. Kim, Carol C. Prendergast, Roslyn Mayers & Moi Louie 2013
Type d'étude	Étude de cohorte prospective
But de l'étude	L'objectif de cette étude est d'évaluer les perceptions des infirmiers en néonatalogie et des mères à propos de l'utilité de la MK et des différents aspects du partenariat soignant-mère nécessaire à sa mise en œuvre.
Population	L'étude a été proposée à 51 infirmiers en néonatalogie des deux hôpitaux où elle a été réalisée entre 2008 et 2009, ainsi qu'à 143 mères d'enfants dont l'âge gestationnel était inférieur à 34 semaines et hospitalisés pendant la période d'évaluation dans ces établissements : ainsi les 2 groupes obtenus sont le groupe des infirmiers et le groupe des mères. Elle a eu lieu dans 2 hôpitaux situés aux États-Unis. L'âge moyen des infirmiers était de 38,9 ans (SD \pm 8,4) et de 31,6 ans pour les mères (SD \pm 5,8) ; les 2 groupes ne diffèrent pas de manière significative ($p = 0,758$).
Interventions – Méthode –	Il a été demandé aux infirmiers de remplir un questionnaire anonyme de 24 questions portant sur leurs croyances concernant

Instruments de mesure	<p>la MK et l'inclusion des parents en tant que partenaires de soin. 42 infirmiers ont répondu au questionnaire, soit 82,3% des participants initialement éligibles. Les mères devaient quant à elle remplir le même questionnaire, mais dont les questions avaient été adaptées. L'ensemble des mères éligibles ont répondu à ce dernier. Un espace était disponible afin de rédiger des commentaires. Pour évaluer leurs attitudes et leurs perceptions, une échelle de Likert a été utilisée.</p> <p>La collecte de données sociodémographiques de l'ensemble des participants a été réalisée par auto-évaluation. Des tests de Chi2 et des tests de Student ont été utilisés pour les comparer.</p>
Principaux résultats	<p>Il existe des différences significatives entre les 2 groupes : les mères pensent que la MK devrait être démarrée immédiatement après la naissance, peu importe l'état ventilatoire de leur enfant (51% vs 2,5% des infirmiers, $p = 0,001$) et que cette technique devrait être réalisée tous les jours (63% vs 18%, $p = 0,001$).</p> <p>Une différence significative existe entre les deux groupes concernant le fait que les séances de MK ne devraient pas être limitées dans le temps (29% des mamans contre 2,9% des infirmiers, $p = 0,004$).</p> <p>Du côté des mères, les personnes de couleur se sentent moins soutenues dans la réalisation de la MK ($p = 0,03$), ressentent un accès moins aisé à cette méthode et ont été moins informées de la possibilité d'effectuer cela pour leur enfant ($p = 0,002$).</p> <p>Seulement 21% des infirmiers sont tout à fait d'accord avec le fait qu'ils devraient encourager la présence des parents dans l'unité ($p < 0,01$). 40% d'entre eux pensent que les parents viennent voir leur enfant parce qu'ils savent qu'ils contribuent à l'amélioration de l'état de santé de leur bébé ($p < 0,01$).</p>
Limites	<p>La population d'étude était limitée aux mères et aux infirmières dans une zone urbaine très diversifiée du nord-est des États-Unis. L'échantillon des soignants était composé par des infirmières de multiples origines. Ainsi, les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble de la population américaine.</p>

	La constitution de 2 groupes présentant des différences statistiquement significatives concernant les données sociodémographiques et comparant des infirmiers et des mères peut être une limite, car les résultats qui en découlent seront forcément différents.
--	--

4.1.2. *Kangaroo Care in a Neonatal Context : Parents' Experiences of Information and Communication of Nurse-Parents*

Référence de l'article	Lemmen, D., Fristedt, P. & Lundqvist, A. (2013). Kangaroo Care in a Neonatal Context : Parents' Experiences of Information and Communication of Nurse-Parents. <i>The Open Nursing Journalist</i> , 7, 41-48
Titre	Kangaroo Care in a Neonatal Context : Parents' Experiences of Information and Communication of Nurse-Parents
Auteurs – Année	Désirée Lemmen, Petra Fristedt & Anita Lundqvist 2013
Type d'étude	Étude qualitative
But de l'étude	L'objectif de cette étude est de décrire l'expérience des parents concernant l'information et la communication fournies par les infirmiers avant et pendant l'application de la MK dans les unités de néonatalogie.
Population	L'étude a été proposée à 12 familles, composées de femmes en bonne santé primipares ou multipares et leur compagnon, parents de 15 bébés (3 couples ont donné naissance à des jumeaux), qui ont expérimenté la MK de la naissance à leur sortie de l'hôpital entre mars et décembre 2009. Elle s'est déroulée en Suède. Les critères d'inclusion étaient un âge gestationnel du bébé lors de la naissance située entre 24 et 35 semaines d'aménorrhée, des bébés ne souffrant d'aucune pathologie pouvant menacer leur survie et une bonne connaissance du suédois par les participants. 4 pères ont refusé de participer, par manque de temps : ainsi, le nombre final de participants est 20.
Interventions – Méthode – Instruments de mesure	Les parents qui avaient donné leur accord ont été contactés par téléphone chez eux après que leurs enfants aient quitté l'hôpital, afin d'organiser un rendez-vous. Les 12 entretiens ont été menés

	<p>par les auteurs et ont eu lieu entre 1 semaine et 1 mois après la sortie du bébé. Ils ont duré entre 20 et 75 minutes et ont eu lieu au domicile des participants. Les parents ont été interviewés ensemble, selon leurs vœux.</p> <p>Les interviews ont été enregistrées sur bande sonore et retranscrites. Elles ont été analysées selon le modèle modifié de Graneheim et Lundman, puis codées.</p>
Principaux résultats	<p>Le thème général qui a émergé était « une bonne préparation théorique et pratique contribue à une expérience positive de la MK ». 4 catégories ont pu être extraites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Des émotions contradictoires concernant la MK au début. Les parents ont déclaré avoir reçu tellement d'informations au moment de la naissance qu'ils ne parvenaient pas à se souvenir de ce qui leur avait été dit. Ils ont aussi parfois ressenti une insistance de la part de soignants pour effectuer du peau à peau, sans qu'ils parviennent à se souvenir que leur accord ait été demandé et sans qu'ils parviennent à y mettre du sens, par manque d'informations. ● La participation et la confiance dans la MK varient. La satisfaction des parents concernant la MK était la plus élevée dans l'hôpital où les infirmiers étaient tous familiers de la MK et de ses bénéfices, et constants de son application. Dans les deux autres hôpitaux, les parents ont relevé une variabilité des informations et de l'application de la MK selon l'infirmier. ● Une préparation renforcée et le contexte sont décisifs. Lorsque les séances de MK ont été bien planifiées par l'équipe soignante, les parents décrivent une expérience positive de la MK. Certains parents ont déclaré avoir été déçus du manque d'informations concernant les effets physiologiques de la MK. Ils ressentent également une diminution de leur volonté à pratiquer la MK lorsque leur pratique n'a pas été validée par les soignants. ● Le ressenti et la prudence des parents. Les parents ont été surpris de pouvoir aussi rapidement mettre en pratique

	la MK. Ils décrivent avoir peur de blesser leur enfant, de l'équipement médical, etc...
Limites	<p>Une des limites de l'étude est le choix d'un devis rétrospectif. Les parents ont parfois eu de la peine à se souvenir des informations et de la communication en lien avec la MK, notamment suite au choc que représente une naissance prématurée.</p> <p>Les auteures ont réalisé certaines interviews et ont évoqué avec les parents l'accouchement, sujet ne faisant pas partie du but de l'étude. Cela s'expliquerait par le manque d'expérience dans la conduite d'entretiens par les auteures. Le fait que les auteures aient mené les entretiens pourrait constituer une limite, car celles-ci pourraient influencer les réponses.</p> <p>L'étude a été conduite dans 3 hôpitaux différents, avec des services de néonatalogie de différents niveaux de soins. Il est donc peut-être difficile de comparer les pratiques des soignants.</p>

4.1.3. *Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles*

Référence de l'article	Helth, T. & Jarden, M. (2013). Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. <i>Journal of Neonatal Nursing</i> , 19, 114-121
Titre	Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles
Auteurs – Année	Theresa Dall Helth & Mary Jarden 2013
Type d'étude	Étude qualitative phénoménologique herméneutique
But de l'étude	Le but de cette étude est d'explorer le ressenti des pères de bébés prématurés concernant l'expérience, et le potentiel bénéfice de la MK lors de l'hospitalisation de leur enfant en néonatalogie.
Population	5 pères. Leur âge variait entre 28 et 37 ans. Ils étaient tous parents pour la première fois. L'un d'entre eux était père de jumeaux. 3 pères étaient titulaires de diplômes universitaires, 4 étaient employés et un était un étudiant universitaire.

	<p>L'étude s'est déroulée au Danemark.</p> <p>La population a été sélectionnée par échantillonnage intentionnel. Les critères d'inclusion suivants ont été utilisés : le fait de parler danois, un âge gestationnel du bébé inférieur à 35 semaines d'aménorrhée et une durée d'hospitalisation du bébé en néonatalogie supérieure à 1 semaine.</p> <p>Les critères d'exclusion suivants ont été utilisés : bébés présentant un syndrome de sevrage néonatal en lien avec une consommation maternelle d'alcool ou de substance, bébés gravement malades.</p>
Interventions – Méthode – Instruments de mesure	Des entretiens individuels semi-structurés d'une durée de 30 à 45 minutes et enregistrés numériquement ont été menés sur une période de 2 semaines. Un guide de 9 questions a été créé afin de structurer les discussions.
Principaux résultats	<p>Trois thèmes ont émergé de l'analyse des verbatim :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La parentalité. Les pères déclarent qu'avoir appliqué la MK leur a permis de développer des compétences pratiques concernant les soins de nursing ou la manipulation du bébé, et ainsi développer une confiance en eux nécessaires pour qu'ils se sentent parents. ● Le rôle paternel et la division des rôles entre les parents. Plusieurs pères ont expliqué que la MK leur a permis de se sentir capables de protéger leur enfant et de provoquer un sentiment de confort. Un père explique que la MK lui a permis de ne pas être un spectateur de la relation entre sa femme et son bébé, mais de pouvoir y participer. ● L'équilibre entre la vie professionnelle et la présence auprès de l'enfant. Les pères déclarent se sentir tristes de devoir laisser leur enfant et leur partenaire pour partir au travail, mais que leur vie professionnelle leur permettait de créer un espace loin de l'hôpital, où ils pouvaient retrouver l'énergie nécessaire pour soutenir leur partenaire.
Limites	Une des limites de l'étude réside dans le choix des entretiens semi-structurés, qui peut potentiellement exclure des points de

	<p>vue qui ne sont pas abordés par les questions. La conception des pères de leur rôle est basée sur les normes culturelles de la société danoise. La faible taille de l'échantillon et son homogénéité concernant l'éducation et les caractéristiques ethniques des participants contribuent à la faible généralisation des résultats.</p>
--	---

4.1.4. Close to me: Enhancing kangaroo care practice for NICU staff and parents

Référence de l'article	Cooper, L., Morill, A., Rusell, R.B., Gooding, J.S., Miller, L. & Berns, S.D. (2014). Close to me: Enhancing kangaroo care practice for NICU staff and parents. <i>Advances in neonatal care</i> , 14(6), 410-423
Titre	Close to me: Enhancing kangaroo care practice for NICU staff and parents
Auteurs – Année	Liza Cooper, Allison Morrill, Rebecca Russell, Judith Gooding, Laura Miller & Scott Berns 2014
Type d'étude	Étude avec un devis mixte : qualitative phénoménologique et quantitative descriptive
But de l'étude	Le but de cette étude était d'évaluer si le programme éducatif « close to me » (mis en place par l'association March of Dimes) a privilégié les attitudes favorables à l'utilisation de la MK parmi les infirmières et les parents, et si elle a changé les comportements des infirmières et des parents pour mettre en œuvre la MK plus tôt, plus souvent et pour une plus longue durée ainsi que d'augmenter les connaissances des parents et des infirmières sur la MK.
Population	Cette étude a eu lieu dans 5 unités de soins intensifs de néonatalogie de 4 régions différentes aux États-Unis choisis par échantillon de commodités (admissions annuelles, nombre de lits, région géographique, population urbaine/rurale, race/origine ethnique de la population et informations de base sur la pratique actuelle du MK) avec 30 participants infirmiers et 86 parents participants.

	<p>De plus, les sites ont été choisis s'il y avait un spécialiste du soutien aux familles de l'unité de néonatalogie de la March of Dimes en poste depuis au moins un an et qu'il était disponible pour participer à l'étude et recruter des sujets. Le spécialiste possède une expérience de la néonatalogie (infirmière, travailleur social, ancien parent ayant eu un enfant hospitalisé), est formé et employé par March of Dimes pour fournir de l'information et du réconfort aux familles en milieu hospitalier.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Infirmiers : recruter par échantillon de commodités individuellement par les spécialistes → critères d'inclusions : travailler 24h ou plus par semaine dans l'unité, expérience et attitudes différentes par rapport à la MK ● Parents : 47 parents recrutés dans le groupe témoin et 39 parents dans le groupe d'intervention. Recrutés par les spécialistes sur dossiers → critères d'inclusions : nourrissons nés entre 26 et 35 semaines de gestation, qui a passé 10 jours hospitalisé en néonatalogie, un seul parent par famille participe à l'étude, parler anglais.
Interventions – Méthode – Instruments de mesure	<p>Cette étude a été réalisée sur 18 mois et les participants étaient rémunérés.</p> <p>Dans un premier temps, les spécialistes de March of Dimes, ont proposé des séances d'informations aux infirmiers et aux parents. Pour les infirmières, les séances duraient de 30 à 45 minutes. Parmi les sujets abordés, la formation infirmière décrit les bienfaits physiques, émotionnels et physiologiques de la MK chez les nourrissons et les parents. Pour les parents, les séances interactives prenaient de 20 à 30 minutes et décrivaient l'importance pour les parents d'être proches de leurs bébés, la signification de la MK et ses avantages. Ceci dans le but d'inviter les personnes à participer à l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Infirmiers : <ul style="list-style-type: none"> - Méthode quasi expérimentale pré et post-interventionnelle. - Propose de participer à un sondage, à des groupes de discussions menés par des chercheurs indépendants.

	<ul style="list-style-type: none"> - Quantitatifs : Les résultats du sondage rempli par les infirmières ont été analysés avec le t-test. - Qualitatifs : analyse des groupes de discussions. ● Parents : <ul style="list-style-type: none"> - Ont rempli une enquête de base lors de l'inscription, ont tenu un journal pendant 3 semaines et ont complété un sondage de suivi par rapport aux ressentis pour l'utilisation de la MK, dans le but d'évaluer leurs connaissances et les attitudes positives par rapport à la MK. - Quantitatifs : Les résultats du sondage rempli par les parents ont été analysés avec le t-test de Student pour les variables continues et le chi2 pour les variables discrètes. - Qualitatifs : les évaluations de leur expérience étaient consignées sur une échelle de Likert en 5 points.
Principaux résultats	<p>Dans les 2 groupes infirmiers et parents, les attitudes sont plutôt positives envers la MK.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Infirmiers : <ul style="list-style-type: none"> - Les attitudes des infirmières vis-à-vis de la MK étaient plus positives après la mise en œuvre de Close to Me ($p = 0,04$). - Les infirmières ont déclaré avoir davantage confiance en leur capacité quand ils expliquaient la recherche sur le MK aux parents après la mise en œuvre. - Les infirmiers étaient plus rassurés après les groupes de discussion où les spécialistes ont expliqué les bénéfices et les risques de la MK ($p = 0.01$). - Les infirmières effectuaient plus fréquemment les tâches relatives à la MK après la mise en place du programme Close to Me ($p = 0.03$) ● Parents : <ul style="list-style-type: none"> - Les parents ayant reçu les séances d'informations sur la MK avaient plus de connaissances que ceux du groupe témoins ($p = 0.03$).

	<ul style="list-style-type: none"> - L'âge des nourrissons influençait l'utilisation de la MK : plus les prématurés étaient jeunes, moins ils recevaient la MK ($p = 0.005$). - En général, les parents décrivent la MK comme une expérience positive : réconforte, favorise le lien, donne confiance, développe le sentiment d'être parents, mais les groupes ne diffèrent pas significativement sur les croyances, les attitudes, les perceptions ou le comportement à adopter lors de la MK. - La durée moyenne de la KC et d'autres types de soins pratiques était légèrement plus longue dans le groupe d'intervention Close to Me que dans le groupe témoin, mais aucune n'était statistiquement significative (1,5 vs 1,1 heures, $F = 2,3$, $P = 0,13$, pour KC, et 1,5 vs 0,8 heures, $F = 3,7$, $P = 0,06$, pour d'autres soins) - Plus de parents du groupe d'intervention que du groupe témoin ont évalué leur expérience de KC comme « très réussie » ($\chi^2 = 6,7$, $P = 0,01$), mais les autres évaluations ne diffèrent pas significativement par groupe.
Limites	<p>Biais de méthodologie dans l'échantillonnage des populations : le choix d'un échantillonnage par commodité chez les infirmiers peut questionner sur la transposabilité des résultats.</p> <p>Répartition inégale dans les groupes chez les parents.</p> <p>La puissance a été définie pour un échantillon de 96 parents. Or, lors de l'analyse des résultats, la population était de 86 participants. On peut donc se questionner sur l'interprétation des résultats, obtenus suite à l'application des tests comme si l'échantillon était resté constant entre la phase de pré et post-intervention.</p>

4.1.5. Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents

Référence de l'article	Blomqvist, Y.T., Frölund, L., Rubertsson, C.& Nyqvist, K.H. (2012). Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1-9
Titre	Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents
Auteurs – Année	Ylva Thernström Blomqvist, Lovisa Frölund, Christine Rubertsson & Kerstin Hedberg Nyqvist. 2012
Type d'étude	Étude quantitative avec une analyse des résultats qualitative par thèmes.
But de l'étude	Le but de cette étude est d'identifier les facteurs que les parents de prématurés perçoivent comme des facteurs de soutien ou plutôt des obstacles pour avoir recours à la MK, et mettre en évidence les moments et les raisons qui poussent les parents à abandonner la MK.
Population	<p>L'étude a été réalisée en Suède.</p> <p>Un échantillon de parents de nourrissons nés entre octobre 2008 et septembre 2010 à des âges gestationnels allant de 28 à 33 (+ 6 semaines et quelques jours) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 244 nourrissons éligibles. • 121 ne répondent pas aux critères d'inclusion (soins procurés dans le même service de soins intensifs de néonatalogie de la naissance à la sortie, parents parlant suédois, les 2 parents devaient participer à l'étude et l'enfant devait être unique et sans maladie menaçant la vie) • 123 remplissaient les critères d'inclusion, mais 19 exclus, car refus des parents de participer à l'étude ou recrutés trop tard pour avoir toutes les données). <p>Finalement, 104 nourrissons et parents remplissaient les critères. 76 mères et 74 pères ont rempli le questionnaire. Les 76 nourrissons répondants sont nés entre les 28e et 33e semaines de gestation avec un poids à la naissance allant de 740 à 2920 g.</p>

<p>Interventions – Méthode – Instruments de mesure</p>	<p>Les données sur les caractéristiques du nourrisson ont été obtenues à partir des dossiers médicaux des nourrissons.</p> <p>Un questionnaire (comprenant 4 questions), basé sur la littérature scientifique et l'expérience clinique des chercheurs, a été complété séparément par les mères et les pères, peu après la sortie de l'hôpital de l'enfant.</p> <p>Les données ont été analysées avec une analyse qualitative du contenu et une statistique descriptive.</p>
<p>Principaux résultats</p>	<p>4 catégories ont été mise en évidence en lien avec les facteurs facilitateurs ou barrières à la MK : facteurs liés aux parents, facteurs liés aux temps, facteurs liés aux nourrissons et facteurs liés à l'unité et l'environnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Facteurs favorables à l'utilisation de la MK : <ul style="list-style-type: none"> - Le soutien entre les parents de prématurés, le soutien des proches, le personnel soignant compétent qui valide la bonne position de la MK et les bienfaits sur les prématurés facilite l'application de la MK. Les aides accordées par le gouvernement, comme des aides financières ou des congés parentaux permettent également de simplifier l'utilisation de la MK. - Les parents déclarent qu'ils ont plus de temps pour pratiquer la MK à l'hôpital où l'espace est favorable qu'à la maison où les tâches ménagères prennent une place importante. Le fait de pouvoir rester 24h/24 avec leur enfant à l'hôpital, et de pouvoir se relayer et se reposer leur semblait important. - Lorsque les parents étaient convaincus que la MK était bénéfique pour le nourrisson, ils avaient plus de volonté et de motivation et cela encourageait donc à l'utilisation de la MK. - La MK favorise le lien parents-enfants, surtout quand l'enfant est nu (contact peau à peau) et qu'il présente des signes de satisfaction et d'amélioration de leurs paramètres.

	<ul style="list-style-type: none"> - Les parents remercient également l'hôpital en mettant en évidence l'espace et le mobilier adéquat ainsi que les moments de calme et d'intimité mis en place par l'unité. ● Facteurs vus comme des obstacles à l'utilisation de la MK : <ul style="list-style-type: none"> - Lors des soins, les parents ne pouvaient être présents, ce qui limitait la possibilité d'effectuer la MK, le manque d'informations sur la manière d'utiliser la MK a aussi été relevé. Le manque de temps du personnel soignant pour effectuer la MK a été vu comme un obstacle par les parents. Les limites physiques des parents ont aussi été mises en évidence comme la douleur, le fait de ne pas pouvoir être constamment à l'hôpital, et le fait de ne pas pouvoir bouger lors de la MK ont été aussi vus comme des barrières à cette méthode. - Les parents sont souvent divisés entre la vie de famille à la maison et le temps qu'ils veulent passer à l'hôpital, ce qui rend la MK plus difficile à pratiquer de manière continue. - L'allaitement limitait le contact peau à peau, car l'enfant devait changer de position pour se nourrir. L'équipement médical mettait aussi en difficultés les parents. La crainte des parents que leurs enfants arrêtent de respirer lors du contact peau à peau. - Le nourrisson devait être stable au niveau des paramètres vitaux pour être en contact peau à peau avec ses parents. Le personnel et l'environnement bruyant dérangeaient les parents lors de la MK. - Le manque d'espace intime (pour être nu avec son enfant) et le peu de chambres pour parents leur permettant de dormir avec leur bébé étaient aussi des limites à la MK. - Les parents décrivaient une difficulté si le mobilier n'était pas assez confortable pour effectuer la MK. <p>L'étude a mis en évidence que la majorité des parents (60 mères et 46 pères) s'investissaient dans la MK pendant et après</p>
--	---

	<p>l'hospitalisation. 3 mères et 5 pères ont arrêté la MK à l'hôpital et 10 mères et 21 pères ont stoppés une fois à la maison.</p> <p>Les parents ont rapporté qu'ils effectuaient la MK occasionnellement quand ils avaient le temps, mais surtout la nuit.</p> <p>L'arrêt de la MK est expliqué par le manque de temps en lien avec les tâches ménagères et la place de la fratrie, la reprise du travail par les parents.</p>
Limites	<p>Le nombre de participants à la fin de l'étude ne correspond pas aux participants répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p>La pertinence du choix d'un design quantitatif avec une analyse de résultats qualitative peut être discutée.</p> <p>L'étude a été réalisée dans un pays avec des moyens de haute technologie où l'allaitement maternel fait partie de la culture, l'étude est donc généralisable à des pays semblables selon les auteurs.</p> <p>De plus, les prestations parentales et congés parentaux diffèrent entre les pays et seraient à prendre en compte dans les limites.</p>

4.1.6. Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room

Référence de l'article	Heinemann, A-B., Hellström-Westas, L. & Hedberg Nyqvist, K. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. <i>Acta Pædiatrica</i> , 105, 695-702
Titre	Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room
Auteurs – Année	Ann-Britt Heinemann, Lena Hellström-Westas & Kerstin Hedberg Nyqvist 2013
Type d'étude	Étude qualitative descriptive.
But de l'étude	Le but de cette étude est de décrire les facteurs (facilitateurs/ barrières) influençant le choix des parents de rester au côté de leurs bébés prématurés hospitalisés en unité de néonatalogie.
Population	L'étude a été réalisée en Suède.

	<p>7 couples ont été conviés à cette étude, mais un des pères a refusé. L'échantillon final est donc composé de 13 participants : 7 mères et 6 pères.</p>
Interventions – Méthode – Instruments de mesure	<p>Les chercheurs ont décidé d'utiliser des interviews semi-structurées pour mener leur étude.</p>
Principaux résultats	<p>Nous avons choisi de mettre en évidence seulement les résultats en lien avec la MK.</p> <p>Les 2 thèmes sortis sont « devenir parents » et « faire face à une situation nouvelle et inattendue ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Facteurs facilitant la MK : <ul style="list-style-type: none"> - Le fait d'avoir de l'intimité et de pouvoir dormir avec leur enfant favorisait la MK. Néanmoins, il était plus compliqué d'effectuer la MK à tour de rôle, car le parent qui ne fournissait pas la MK n'avait pas d'espace privé pour se reposer. ● Facteurs vus comme des barrières à la MK : <ul style="list-style-type: none"> - L'allaitement était un facteur de stress qui entravaient l'utilisation de la MK, car les deux ne pouvaient pas être réalisés en même temps alors que les mères l'auraient souhaité. - Les procédures médicales nombreuses ainsi que l'indisponibilité des soignants dans les unités de néonatalogie sont vues comme obstacles à la MK. En effet, la lourde charge de travail du personnel avait une influence sur la MK, puisque les parents devaient attendre de l'aide pour transférer le bébé de l'incubateur à la poitrine d'un parent. <p>La MK est vue comme expérience positive par tous les participants, signifiant calme et détente avec leur enfant.</p> <p>Les parents pratiquant la MK étaient plus motivés à rester avec leurs nourrissons, car ils étaient impliqués dans les soins et cela a également permis de renforcer l'unité mère-père- enfant et réduit le sentiment d'impuissance.</p> <p>De plus, la MK permet le renforcement des liens affectifs, facilite l'interaction et la parentalité.</p>

	<p>La MK est donc vue comme une méthode facilitatrice à la présence des parents dans l'unité de néonatalogie, car ils se sentent inclus dans les soins.</p> <p>Cependant, les parents qui ne réussissaient pas la MK se dévalorisaient beaucoup.</p>
Limites	<p>Choix des parents d'être interviewés ensemble ou séparément, ce qui pourrait donc influencer les réponses.</p> <p>Une des auteures à travailler dans l'unité de néonatalogie où les parents ont été interviewés, ce qui peut également influencer les réponses.</p> <p>Les parents devaient être interviewés une semaine après la sortie de l'hôpital de leur enfant, mais certains ont répondu plus tard donc n'avaient pas forcément le même recul.</p>

4.1.7. Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care

Référence de l'article	Stikes, R. & Barbier, D. (2013). Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care. Journal of Nursing Management, 21, 70–78.
Titre	Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care
Auteurs – Année	Reetta Stikes & Denise Barbier. 2013.
Type d'étude	Étude mixte.
But de l'étude	Le but de cette étude est d'augmenter le taux de participation à la MK dans une unité de soins intensifs de néonatalogie en utilisant le modèle plan-do-study-act (PDSA) comme cadre de projet.
Population	56 infirmières membres d'une unité de soins intensifs de néonatalogie.
Interventions – Méthode – Instruments de mesure	<p>4 phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Plan : Ils ont débuté par une revue de la littérature, une analyse comparative des pratiques actuelles de la MK dans la région et une recherche des lignes directrices et protocoles actuels pour la MK. Un outil d'enquête et un

	<p>programme éducatif ont été construits à partir de recherches. Ils ont alors créé un atelier et des stratégies pour surmonter les obstacles publiés ainsi que des supports éducatifs pour les parents et ils ont acheté l'équipement nécessaire pour faciliter la MK</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Do : Ils ont administré le sondage préalable à l'atelier aux infirmières, puis offert une formation dans un format d'atelier lunch-n-learn. Tous les participants ont reçu une copie des directives pour la MK. Une version plus courte des lignes directrices a été affichée dans l'unité pour qu'ils puissent bénéficier d'une référence rapide. ● Study : Ils ont analysé les enquêtes préalables à l'atelier, organisé le suivi de l'utilisation de la MK et l'obtention de commentaires sur les directives de la MK, et ils ont distribué et analysé des enquêtes post-atelier. ● Act : ils apportent les modifications nécessaires, c'est-à-dire, la révision des lignes directrices de la MK, le suivi de la participation, la formation continue et l'identification des orientations futures. Les patients et les familles seront consultés et invités à aider au développement et à la révision du matériel d'éducation des parents. <p>L'étude a eu lieu aux États-Unis.</p>
Principaux résultats	<p>Après la mise en œuvre, les membres du personnel ont déclaré se sentir plus à l'aise avec la MK dans son ensemble. Tous les membres du personnel interrogés après la mise en œuvre ont déclaré se sentir à l'aise d'utiliser la MK sur des nourrissons qui étaient stables à l'air ambiant alors qu'il y avait une augmentation de 8% du nombre de ceux qui se sentaient à l'aise avec des nourrissons nécessitant une assistance respiratoire.</p> <p>Toutes les barrières ont été réduites à l'exception des parents qui ne voulaient pas participer à la pratique de la MK.</p> <p>En mettant en œuvre des stratégies pour surmonter les obstacles et offrir une éducation, il y a eu une augmentation de 31% du nombre de rapports de pratique de la MK sur une période de 4 mois.</p>

Limites	<p>La principale limite à ce projet est que les données ont été recueillies dans une seule unité de néonatalogie. Cela limite l'applicabilité de ces informations à d'autres services → une étude similaire réalisée dans un cadre plus large aiderait à valider les résultats de ce projet pour des services avec d'autres pratiques et d'autres populations.</p> <p>Plus de la moitié des références bibliographiques utilisées datent d'il y a plus de 10 ans par rapport à la date de publication de l'article.</p>
---------	---

4.1.8. *Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study*

Référence de l'article	Kymre, I.G. & Bondas, T. (2013). Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 8.
Titre	Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study.
Auteurs – Année	Ingjerd Gåre Kymre & Terese Bondas. 2013.
Type d'étude	Étude qualitative
But de l'étude	Le but de cette étude est d'étudier l'expérience vécue par les infirmières en néonatalogie face à l'utilisation de la MK. Les auteures cherchent à décrire les composantes de l'expérience et ce qui entraîne les infirmières à vivre leur expérience de cette manière et pas d'une autre.
Population	Un échantillon de 18 infirmières sélectionnées dans 3 unités de néonatalogie différentes, une en Suède, une en Norvège et une au Danemark (6 infirmières par unité) a été interrogé sur leur lieu de travail. Les chefs d'unité ont été utiles pour les trouver à partir des critères de disponibilité à participer et répondre aux interviews pendant 2 jours et un après-midi. Les infirmières ayant une pratique en néonatalogie depuis plus de 5 ans ont été priorisées pour assurer une expérience pratique. Les infirmières suédoises avaient pratiqué entre 3 et 24 ans (médiane 13) dans

	<p>une unité de néonatalogie, les infirmières norvégiennes entre 4 et 22 ans (médiane 11) et les infirmières danoises entre 7 et 22 ans (médiane 12). 12 avaient un diplôme supérieur ou une formation en soins pédiatriques, néonataux, intensifs, de chirurgie ou de santé publique. L'échantillon représente à la fois les infirmières qui pratiquent la MK de manière continue et les infirmières qui pratiquent la MK de temps à autre.</p> <p>Deux unités représentent tous les nouveau-nés prématurés, y compris extrêmement prématurés, et une unité représente les prématurés à partir de la 28e semaine gestationnelle.</p>
Interventions – Méthode – Instruments de mesure	<p>Une étude phénoménologique basée sur la philosophie de Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty et Gadamer a été réalisée. Pour cela, les participants ont été interviewés. Les interviews ont été menées dans des salles silencieuses séparées de l'activité de l'unité. Quelques courtes interruptions se sont produites, et certains participants sont arrivés directement de situations de travail exigeantes. Il leur a été demandé de décrire leurs expériences vécues concernant l'utilisation et les facilitateurs de la MK. Le premier interviewer a réalisé les entretiens en utilisant un dialogue ouvert, et leur a demandé de parler d'une ou de plusieurs situations de MK qu'ils avaient vécues et dont ils se souvenaient particulièrement. Pour explorer ce qu'ils considéraient comme important, des questions d'approfondissement ont été demandées pour obtenir des détails et pour clarifier des déclarations peu claires. Leur connaissance et compréhension du contexte ont été articulées en partie par le dialogue avec l'interviewer. Les entrevues ont eu lieu en novembre et en décembre 2009, et le matériel numériquement enregistré a été transcrit textuellement par le premier interviewer au printemps 2010. Aucun des intervenants de l'étude n'avait de lien avec les unités de néonatalogie. Une méthode phénoménologique d'analyse a été choisie pour cette étude, qui vise à une description fidèle de la structure essentielle du phénomène. Des groupes de signification du texte ont été identifiés. Les significations qui semblaient appartenir l'un à l'autre ont été temporairement regroupées, puis reliées les unes</p>

	<p>aux autres dans la recherche des significations essentielles et des structures qui décrivent le phénomène. Cette partie a été menée en voyant toujours les parties dans leur ensemble, et en étant sensible aux nuances et aux changements de sens. Puis une description de l'essence du phénomène est réalisée, mettant en avant les significations essentielles et le sens des significations dans le contexte des soins infirmiers des unités de néonatalogie qui pratiquent la MK.</p>
Principaux résultats	<p>Les participants ont décrit les parents comme étant l'élément le plus important à la bonne pratique de la MK. Cependant, ils considèrent que tous les parents ne sont pas nécessairement prêts pour les premières sessions de la MK et doivent être encouragés. Les infirmières ont des perceptions et interprétations qui leur permettent d'évaluer si les parents sont suffisamment prêts pour débiter la MK et cela les influent dans leur approche du soin. De plus, elles doivent relever un défi afin de trouver un équilibre dans le partage des responsabilités de la prise en soins avec les parents.</p> <p>5 thèmes se dégagent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les participants mettent en avant le changement de philosophie dans les soins destinés aux nourrissons comme étant un élément déclencheur de l'utilisation de la MK. L'accent est mis sur le bien-être momentané chez les prématurés, mais le concept de l'attachement n'est plus mis de côté. En réalisant l'importance de l'attachement et du contact peau à peau, la MK a été plus utilisée. • Les prématurés sont normalement intubés et soignés dans des incubateurs pendant les premiers jours de la vie, mais la MK est initiée dès que possible. Les infirmières ont observé que les parents trouvaient normal de pratiquer la MK pendant des heures s'ils le faisaient dès le début. Cependant, les résultats indiquent que la signification « le plus tôt possible » dépend de la façon dont l'état de santé et la sécurité sont pris en compte par

	<p>les infirmières et les médecins. Des considérations variées sur la sécurité ont été exprimées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prématurés instables ont réagi positivement à la MK en se stabilisant. Ces expériences renforcent la conviction des infirmières que les bébés prématurés obtiennent une stabilité corporelle grâce à la MK, ce qui les motive à encourager la pratique. • Le stress et l'anxiété chez les parents ont été exprimés comme étant visibles et les infirmières peuvent voir surtout si un parent parvient à se détendre. Les infirmières mettent en avant le défi pour les parents de faire le premier pas et démarrer la MK avec leur nouveau-né prématuré. Il est donc fréquent que les infirmières doivent encourager ou persuader les parents de garder et de rester avec leur nouveau-né et cela est perçu comme un défi. • Encourager les parents envers la MK implique le partage des connaissances avec eux, ce qui implique à son tour une responsabilité partagée dans la prise en charge. Les infirmières ont remarqué que la plupart des parents deviennent très sensibles au comportement d'un bébé et font attention à leur bébé en permanence. Les infirmières ont toutefois souligné leur responsabilité d'assurer la sécurité et la stabilité des prématurés dans la MK, ce qui signifie qu'ils sont toujours là pour soutenir les parents et surveiller l'état de santé des nourrissons.
Limites	<p>Il n'est pas précisé par les auteures par qui ont été analysées les données. Ainsi, il est possible de s'interroger sur la présence d'un biais d'enquêteur dans l'interprétation des données.</p> <p>Le choix par les auteures d'un échantillonnage par commodité, en décidant de mener l'étude dans 3 pays scandinaves dans le but d'avoir un échantillon plus large d'expériences vécues par les infirmiers, peut être considéré comme une limite.</p> <p>L'étude a été menée dans des pays occidentaux, où les unités de néonatalogie sont des unités hautement technologiques et possédant une équipe médico-soignante conséquente. Ainsi, les</p>

	expériences décrites par les infirmiers ne sont généralisables que dans ce type de pays.
--	--

4.1.9. *First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units*

Référence de l'article	Baylis, R., Ewald, U., Gradin, M., Nyqvist, K.H., Rubertsson, C. & Blomqvist, Y.T. (2014). First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. <i>Foundation Acta Pædiatrica</i> , 103, 1045–1052.
Titre	First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units.
Auteurs – Année	Rebecca Baylis, Uwe Ewald, Maria Gradin, Kerstin Hedberg Nyqvist, Christine Rubertsson & Ylva Thernström Blomqvist. 2014.
Type d'étude	Étude mixte
But de l'étude	Le but de l'étude est d'explorer le vécu des parents et déterminer ce qu'ils considéraient comme des événements importants, la première fois que leur nourrisson était en soins intensifs néonataux.
Population	<p>Les parents de 81 nourrissons - 81 mères et 79 pères - ont rempli les 2 questionnaires. Un peu moins de la moitié des 81 nourrissons inclus ont été admis à l'unité de néonatalogie A (n = 38), et les autres ont été admis à l'unité de néonatalogie B (n = 43). La raison de l'inclusion de ces deux unités dans cette étude était le fait que leur conception des soins offrait aux parents la possibilité d'être présents et impliqués dans les soins de leurs enfants.</p> <p>L'étude a été menée en Suède. L'âge des mères variait de 19 à 42 ans, avec une médiane de 31 ans, et l'âge des pères variait de 24 à 56 ans, avec une médiane de 32 ans. 41% des mères et 40% des pères avaient déjà des enfants. La majorité des parents sont nés en Suède et parlaient le suédois comme langue maternelle. Tous étaient mariés ou cohabitaient. Il n'y avait pas de différences</p>

	significatives entre les nourrissons ou les parents dans les deux unités de néonatalogie.
Interventions – Méthode – Instruments de mesure	<p>Cette étude fait partie d'un projet longitudinal qui étudie différents aspects de la MK dans les unités de néonatalogie de 2 hôpitaux universitaires suédois. Une étude exploratoire, descriptive et comparative a été appliquée, avec des approches quantitatives et qualitatives.</p> <p>Un premier questionnaire sur les événements vécus a été spécialement conçu par les auteurs de cette étude. Les questions étaient fondées sur la littérature scientifique à propos des expériences des parents de nouveau-nés prématurés recevant des soins en unité de soins intensifs néonataux et sur l'expérience clinique des chercheurs. Le questionnaire a été testé auprès d'infirmières et de parents et des modifications ont été apportées en lien avec les critiques. Un second questionnaire demandait à chaque parent des données sociodémographiques maternelles et paternelles, et les dossiers médicaux fournissaient des données contextuelles pertinentes sur le statut médical des nourrissons. Les parents ont reçu les 2 questionnaires dès qu'ils ont été inclus dans l'étude, dans les 3 jours suivant la naissance du nourrisson et les ont renvoyés au personnel lorsque le nourrisson était sur le point de quitter l'hôpital. Les données ont été analysées avec le progiciel statistique pour les sciences sociales (SPSS INC., Chicago IL, États-Unis) version 20.0. Le test du khi-deux et le test U de Mann-Whitney ont été utilisés pour comparer des échantillons indépendants, et le test du rang signé Wilcoxon a été utilisé pour tester des échantillons apparentés. Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative. Les réponses des parents aux questions ouvertes ont été analysées en utilisant une analyse de contenu qualitative, selon Graneheim et Lundman. Comme toutes les réponses étaient courtes et concises, le contenu pouvait être codé directement. Les codes ont ensuite été divisés en sous-catégories en fonction des similitudes et des différences dans le texte, et les sous-catégories ont ensuite été fusionnées en 2 catégories principales pour résumer les données.</p>

<p>Principaux résultats</p>	<p>Première rencontre des parents avec leur bébé dans la salle d'accouchement ou dans le bloc opératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Environ deux tiers des parents n'ont pas tenu leur bébé immédiatement après la naissance, et la plupart de ceux qui l'ont eu ont eu un contact peau à peau. • La plupart des parents - mais plus de pères (61%) que de mères (53%) - ont touché leur bébé dans la salle d'accouchement ou dans la salle d'opération. • Presque tous les pères (98%) ont vu leurs bébés directement après la naissance, comparativement à 67% des mères. Néanmoins, un taux significativement plus élevé de mères dans l'unité A (87%) a vu leurs nourrissons immédiatement après la naissance que les mères dans l'unité B (58%). • La plupart des nourrissons ont été transférés en néonatalogie dans un incubateur de transport. Cependant, environ 25% des nourrissons ont été transférés de la salle d'accouchement ou du bloc opératoire à l'unité de néonatalogie en contact peau à peau avec un parent, plus fréquemment par les pères (29% dans l'unité A et 22% dans l'unité B) que les mères (5% dans l'unité A et 0% dans l'unité B). <p>Les ajouts des parents à la liste des événements importants pour la première fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre soin du bébé indépendamment. • Proximité avec le nourrisson. • Allaiter et nourrir le nourrisson. • Rester avec le nourrisson à l'hôpital. • Le rétablissement et l'intégration de l'enfant dans la famille. • Lorsque le nourrisson peut se passer de matériel médical. • La rencontre du nourrisson avec d'autres membres de la famille. • Quand toute la famille quitte l'unité de néonatalogie.
-----------------------------	--

	<p>En général, les parents de l'unité A, qui pouvaient rester 24 heures sur 24 dans une unité où le personnel avait une plus longue expérience de la MK, ont connu de nombreux premiers moments plus tôt que les parents de l'unité B. Dans l'unité A, la méthode a été introduite plus tôt et les attitudes du personnel à faciliter le MK étaient plus positives. De nombreux événements interactionnels se sont produits plus tôt dans l'unité A que dans l'unité B et les parents de l'unité A se sont aussi impliqués plus tôt dans les soins de leurs nourrissons. L'environnement de l'unité A, avec des lits parentaux à côté de l'espace de soins de chaque nourrisson, aurait encouragé une présence parentale plus précoce et plus étendue et une plus grande participation aux soins que l'environnement de l'unité B, avec juste un fauteuil dans chaque espace de soins.</p>
Limites	<p>Le choix d'un devis prospectif peut être vu comme une limite, dans le sens où les parents peuvent changer d'avis et modifier les réponses aux questionnaires, auxquels ils avaient accès tout le long du séjour de leur enfant.</p> <p>Le fait que l'étude ait été menée dans 2 unités différentes, avec des niveaux de soins différents et n'offrant pas le même accès à la MK aux parents, peut être considéré comme un biais de sélection, puisque les résultats seront forcément différents.</p> <p>L'étude a été menée dans un milieu occidental aisé, où les parents avaient la chance de pouvoir arrêter temporairement leur activité professionnelle pour rester avec leur enfant tout le long de son hospitalisation.</p>

4.2. Tableau comparatif

Le tableau ci-dessous présente les différents thèmes émergeant de la lecture critique des articles sélectionnés pour cette revue de littérature.

<i>Thèmes</i>	<i>Sous-thèmes</i>	Blomqvist et al. (2012)	Heinemann et al. (2013)	Cooper et al. (2014)	Kymre & Bondas (2013)	Stikes & Barbier (2013)	Baylis et al. (2014)	Hendricks- Muñoz et al. (2013)	Lemmen et al. (2013)	Helth & Jarden (2013)
Facteurs liés au bébé		X	X	X						
Facteurs liés aux parents	Liens parents- enfants	X	X	X	X		X		X	X
	Informations, connaissances	X		X	X			X	X	X
	Temps	X	X				X			
Facteurs liés aux infirmiers	Formation	X				X		X		
	Temps									
	Informations, connaissances	X		X		X		X	X	X
	Équipe soignante	X	X	X	X	X		X	X	X
	Expérience				X					
	Culture							X		
Facteurs liés à l'environnement hospitalier	Ressources matérielles, financières, personnelles	X	X		X	X	X			
	Structure	X	X			X	X			

Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

4.3. Analyse critique des articles retenus

Quatre thèmes principaux peuvent être dégagés de la lecture des articles sélectionnés : les facteurs liés au nouveau-né, les facteurs liés aux parents, ceux liés aux professionnels de santé et enfin ceux liés à l'environnement hospitalier.

4.3.1. Facteurs liés au bébé

Selon Cooper (2014), l'âge des nouveau-nés influence l'utilisation de la MK : plus le bébé est prématuré, moins il reçoit la MK.

Lorsque l'enfant est nu (contact peau à peau) et qu'il présente des signes de satisfaction et d'amélioration de ses paramètres vitaux, cela encourage les parents à effectuer la MK. En effet, une des craintes des parents est que leur enfant arrête de respirer lors du contact peau à peau (Blomqvist, 2012).

Selon Heinemann (2013) et Blomqvist (2012), l'allaitement est vu comme un facteur de stress qui entrave à l'utilisation de la MK, car les deux ne peuvent pas être réalisés en même temps alors que les mères l'auraient souhaité. De plus, l'allaitement limite le contact peau à peau, car l'enfant doit changer de position pour se nourrir.

Ces études ont été réalisées dans un pays avec des moyens de haute technologie et où l'allaitement maternel fait partie de la culture : les résultats sont donc transposables à des pays semblables selon les auteurs.

4.3.2. Facteurs liés aux parents

Dans l'étude de Baylis (2014), plusieurs parents ont mentionné les moments où ils se sentaient proches de leurs bébés comme des événements importants, tout comme les moments où le bébé pouvait être seul avec un parent ou avoir un contact peau à peau. Cette importance est soulignée dans l'étude de Kymre (2013), où les infirmières ont décrit les parents comme étant l'élément le plus important à la bonne pratique de la MK. Cependant, elles considèrent que tous les parents ne sont pas nécessairement prêts pour les premières sessions à la MK et doivent être encouragés.

L'étude de Lemmen (2013) montre que les parents ressentent un grand besoin d'information concernant la MK en elle-même, ses bénéfices physiologiques et son application. Le moment où elle est reçue et la façon dont elle est amenée par les soignants est primordiale. En effet, dans les études de Cooper (2014) et de Blomqvist

(2012), les parents ayant reçu les séances d'informations sur la MK avaient plus de connaissances que ceux du groupe témoins, évaluaient leur expérience de la MK comme « très réussie » et se montraient plus volontaires et motivés.

Dans l'étude de Hendricks-Muñoz (2013), plus de 60% des mères déclarent être tout à fait d'accord avec le fait que la MK devrait être appliquée quotidiennement et 29% qu'elles ne devraient pas être limitée dans le temps. En revanche, dans l'étude de Lemmen (2013), certains parents ont déclaré ressentir une insistance de la part des soignants pour effectuer des séances de peau à peau avec leur bébé, sans qu'on leur ait expliqué en quoi constituaient la méthode et les bénéfices qui y sont liés. Un seul couple se souvient qu'on leur ait demandé leur accord, même si la fiabilité des réponses et souvenirs des parents a posteriori pourrait être questionnée suite au choix d'un devis rétrospectif par les auteurs. Cela montre l'importance de la communication dans l'initiation et l'application de la MK.

Dans les études de Lemmen (2013), Heinemann (2013) et Cooper (2014), les parents expriment leur besoin d'être supportés et valorisés par les soignants dans l'application de la MK, afin d'éviter un sentiment d'insécurité (notamment lié à la peur de la fragilité de leur bébé) et de dévalorisation en cas d'échec de l'application de la MK. Blomqvist (2012) élargit d'ailleurs ce besoin en notant l'importance du soutien mutuel entre les parents de prématurés et le soutien des proches en tant que facilitateurs à la MK. Dans l'étude de Kymre (2013), les infirmières mettent en avant la difficulté pour les parents d'initier la MK avec leur nouveau-né prématuré. En effet, selon Kymre (2013), les infirmières perçoivent le stress des parents qui souvent sont insécures et ont peur, avec une tendance à penser que le nouveau-né est mieux dans la couveuse. Il est donc fréquent que les infirmières doivent encourager ou persuader les parents de rester avec leur nouveau-né.

Selon Heinemann (2013) et Cooper (2014), la MK est vue comme une méthode facilitatrice à la présence des parents en néonatalogie, car ils se sentent impliqués dans les soins, plus motivés à rester avec leurs nourrissons. Ces différents aspects permettent le renforcement des liens affectifs (unité mère-père-enfant), facilitent l'interaction avec l'enfant et le développement de la parentalité. La MK est donc vue comme une expérience positive par tous les participants, signifiant pour eux, calme et détente avec leur enfant, tout en réduisant le sentiment d'impuissance.

Un des auteurs de l'étude de Heinemann a travaillé dans l'unité de néonatalogie où les parents ont été interviewés, ce qui peut entraîner également un facteur qui influence les

réponses. De plus, le choix des parents d'être interviewés ensemble ou séparément pouvait également influencer les réponses.

Dans l'étude de Helth (2012), un père déclare avoir eu peur de se sentir exclu, d'être un spectateur dans la prise en soin de son bébé. Il explique alors que la MK lui a permis d'être intégré dans la relation mère-bébé déjà existante. Un autre explique l'importance d'être traité en tant que parent, au même titre que la mère, par l'équipe soignante, et que cela induit une meilleure utilisation de la MK. Le développement de connaissances concernant les effets bénéfiques de la MK pour leur enfant et de compétences pratiques concernant les soins de nursing donne aux pères la confiance en soi nécessaire pour qu'ils puissent se sentir vraiment pères (Helth & Jarden, 2012, traduction libre).

Dans l'étude de Lemmen (2013), la majorité des mères a déclaré que la MK était encore plus positive lorsque les pères étaient également présents et qu'elle permettait des moments intimes en famille.

Dans l'étude de Helth (2012), plusieurs pères ont déclaré se sentir tristes de quitter leur enfant et leur femme pour continuer de travailler, et avoir le sentiment de manquer certains événements. Cependant, certains déclarent que le temps passé en dehors de l'hôpital était comme une « bouffée d'oxygène », leur permettant de retrouver l'énergie nécessaire pour soutenir leur partenaire. Néanmoins, selon Blomqvist (2012), le fait d'être divisé entre la vie de famille à la maison et le temps passé à l'hôpital était des obstacles à la MK.

4.3.3. Facteurs liés aux infirmiers

Les infirmières mettent en évidence des barrières à l'utilisation de la MK. Dans l'étude de Stikes (2013), lorsqu'il était demandé aux infirmières de partager des obstacles à l'utilisation de la MK, 5 éléments ont été relevés : les préoccupations cliniques, la taille du nourrisson, le manque de temps, le manque d'équipement et le besoin d'éducation parentale. Dans cette étude, il a été également demandé aux infirmiers de partager les conditions dans lesquelles elles seraient le plus à l'aise pour pratiquer la MK et les réponses relevées étaient : que le bébé soit stable à l'air ambiant, stable sur un respirateur, stable sur une CPAP, une disponibilité de l'équipement, des documents à distribuer aux parents et des directives pour l'unité. Après avoir mis à disposition trois chaises longues pour la MK, des brises-vues pour l'intimité et des blouses de patients pour les parents, avoir mis en place des directives dans l'unité et une formation du

personnel, les préoccupations vis-à-vis des barrières cliniques sont passées de 98% à 56%. Tous les obstacles ont été réduits, à l'exception du refus de participation des parents, qui est passé de 4 à 11% et constitue une barrière plus importante. Cependant, comme un nombre plus élevé de parents étaient sollicités pour effectuer la MK, les infirmières recevaient, en proportionnalité, plus de refus de ces derniers.

Dans l'étude de Lemmen (2013), lorsque la MK était « systématisée » dans l'équipe soignante, la satisfaction des parents concernant la MK était plus forte : les informations et la communication autour de la MK étaient identiques chez tous les soignants, les parents recevaient des brochures d'information, etc...

Lorsque l'information et la communication concernant la MK étaient claires et données avec entrain, et lorsque les infirmiers semblaient confiants et unanimes sur la façon dont elle devrait être mise en place, l'expérience des parents était décrite comme fortement positive (Lemmen et al., 2013, traduction libre). Blomqvist (2012), ajoute qu'un personnel soignant formé et compétent validant la bonne position de la MK et les bienfaits sur les prématurés, rassure les parents dans l'application de la MK. L'étude de Stikes (2013) montre qu'après une formation du personnel, les membres du personnel ont déclaré se sentir plus à l'aise avec la MK dans son ensemble, avec une augmentation de 8% du nombre d'infirmières qui se sentaient à l'aise d'utiliser la MK sur des nourrissons nécessitant une assistance respiratoire.

Dans l'étude de Cooper (2014), la mise en œuvre d'un projet de formation permettait aux infirmières d'avoir des attitudes plus positives vis-à-vis de la MK et d'avoir davantage confiance en leurs capacités et leurs connaissances. Ainsi, la MK a été réalisée plus fréquemment. En effet, l'étude de Stikes (2013) montre qu'après la mise en place de guidelines pour la MK et de formation pour le personnel infirmier, il y a eu une augmentation de 31% du nombre de rapports de pratique de la MK sur une période de quatre mois, c'est-à-dire une augmentation de l'utilisation de celle-ci.

Les prématurés sont normalement intubés et soignés dans des couveuses pendant les premiers jours de la vie, mais selon Kymre (2014) la MK est initiée dès que possible et cela est considéré comme important par les infirmières. Cependant, les résultats indiquent que la signification « le plus tôt possible » dépend de la façon dont l'état de santé et la sécurité sont pris en compte par les infirmières et les médecins. Des considérations variées sur la sécurité ont été exprimées.

4.3.4. Facteurs liés à l'environnement hospitalier

Un des facteurs influençant la présence des parents, et donc l'application de la MK est la structure et l'organisation de l'unité. Selon Blomqvist (2012), si l'hôpital ne met pas à disposition du temps et de l'espace nécessaires à la réalisation de la MK dans des conditions optimales, les parents ne se sentent pas encouragés. En effet, Blomqvist (2012) et Heinemann (2013) décrivent comme facilitateurs à la MK : le fait de pouvoir rester 24h/24 à l'hôpital, de pouvoir se relayer et se reposer et de disposer de l'espace adéquat mis en place par l'unité de néonatalogie.

Néanmoins, ces mêmes auteurs mettent en évidence plusieurs barrières à l'utilisation de la MK : le peu de chambre pour parents ne leur permettant pas toujours de dormir avec leur bébé, l'absence d'espace privé de repos pour le parent qui ne fournissait pas de MK, un manque d'espace intime (pour être nu avec son enfant), le mobilier inconfortable notamment lorsque la mère présente une douleur post accouchement.

Selon Blomqvist (2012) et Heinemann (2013), si les parents ne sont pas autorisés à être présents lors des soins aux prématurés, particulièrement nombreux lors d'une hospitalisation en néonatalogie, cela limite la possibilité d'effectuer la MK.

L'étude de Baylis (2014) vient confirmer cela. Lorsqu'ils comparent 2 unités de néonatalogie entre elles, les auteurs constatent que l'environnement de l'unité A, avec des lits parentaux à côté de l'espace de soins de chaque nourrisson, facilite la présence parentale 24h/24 et leur participation aux soins, en comparaison avec l'unité B, où se trouve uniquement un fauteuil dans chaque espace de soins. De plus, il y a des différences dans les directives des unités de néonatalogie concernant ce que les parents étaient autorisés à faire. Les parents de l'unité B n'étaient pas autorisés à vérifier la température du nourrisson ou à l'alimenter. Ces résultats démontrent que les possibilités qu'ont les parents à participer aux soins de leurs nourrissons et à dormir à l'hôpital sans limitation facilitent la présence parentale et la participation aux soins. Il est donc mis en avant que les moments passés par les parents avec leur nouveau-né et leur implication dans les soins semblaient dépendre de l'environnement et des directives des unités.

Heinemann (2013) montre que la lourde charge de travail du personnel avait une influence négative sur la MK puisque les parents devaient attendre de l'aide pour transférer le bébé de l'incubateur à la poitrine d'un parent. Blomqvist (2012), ajoute que l'équipement médical du bébé et l'environnement bruyant compliquent l'application de la MK.

Selon Blomqvist (2012), les aides (congés et aides financières) accordées par le gouvernement sont facilitatrices à la MK mais il faut noter que les prestations parentales et congés parentaux diffèrent entre les pays et seraient à prendre en compte dans les limites de cette étude.

5. DISCUSSION

La discussion de ce travail de bachelor sera construite en regard des métaparadigmes du modèle de la conservation de Myra Levine.

Selon Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), les métaparadigmes correspondent à la première structure de la hiérarchie des connaissances de la discipline infirmière. Ceux-ci font partie des cinq composantes qui constituent les connaissances de la discipline infirmière, et qui permettent de la différencier des autres en tant que discipline unique et distincte. Les métaparadigmes permettent d'identifier les phénomènes d'intérêts de la discipline, les propositions globales et neutres qui décrivent la discipline et qui statuent entre les différents concepts. Ils correspondent donc au niveau le plus abstrait dans la hiérarchie des connaissances qui ne donne qu'une orientation générale de travail en définissant des paramètres généraux sur lesquels se basent les théoriciennes pour guider la pratique grâce à leurs écrits (traduction libre, p.4).

De ce fait, les métaparadigmes facilitent la communication entre les intervenants de la discipline infirmière, ce qui permettra de construire une discussion en partant de concepts globaux pour ensuite faire des propositions pour la pratique, la recherche et l'enseignement.

5.1. L'être humain

Autrefois, la néonatalogie était uniquement centrée sur le bébé dans la couveuse. On assiste aujourd'hui à un changement de paradigme : les soins sont, à présent, centrés sur le bien-être de la famille, l'attachement, et sur le droit et le besoin du bébé d'être proche de ses parents (Kymre, 2013). Ce même auteur ajoute que les parents sont décrits comme l'élément le plus important dans l'application de la MK.

Dans le modèle de Levine, l'être humain est défini comme une personne unique, une famille ou une communauté (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 116-119). Ici, nous choisissons de prendre comme être humain, la famille, ce qui permet d'expliquer au mieux selon nous, le soin qu'est la MK. En effet, la MK est vue comme un soin qui ne se centre pas seulement sur le bien-être du prématuré, mais vise aussi à renforcer les liens familiaux et recréer un milieu favorable au développement du bébé avec ses parents. La vision de Myra Levine, qui propose dans sa théorie le principe de conservation de l'intégrité, rejoint notre vision de la MK. En effet, il est important pour nous, étant formés à prendre en soin les patients dans leur entièreté grâce aux modèles bio-psycho-sociaux et spirituels, de donner une importance aux parents qui rendent le soin praticable, mais aussi qui permettent de reproduire un cadre dans lequel l'enfant se sent bien.

Le moment où les parents sont prêts à commencer la MK est particulièrement déterminant.

La pratique recommande ainsi d'initier la MK le plus tôt possible. Néanmoins, lorsque les infirmières considèrent que le nouveau-né est prêt pour la MK, certains parents ne sont, quant à eux, peut-être pas encore prêts (Kymre, 2013).

Les parents présentent souvent des appréhensions liées à l'état de santé de leur enfant. En effet, ils pensent parfois que l'enfant est plus en sécurité dans sa couveuse qu'avec eux et sont alors réticents à appliquer la MK (Kymre, 2013). Il est nécessaire de les encourager et de leur faire comprendre qu'ils sont les acteurs les plus importants pour leur bébé, tout en tenant compte des peurs et des limites propres à chacun. Être attentif au "bon moment" pour chacun permet une diminution de ces appréhensions et réduit également le délai de mise en place de la MK. Cependant, malgré une certaine appréhension, la plupart des parents jugent important, pour leur relation avec leur bébé et leur rôle parental, de pouvoir être en contact tout de suite après la naissance (Baylis, 2014). Nous comprenons, à présent, que l'une des façons d'impliquer les parents dans les soins de leur nourrisson, le plus tôt possible, est de favoriser l'initiation précoce à la MK et leur offrir l'occasion de porter leur bébé à l'USIN, en tenant compte de leurs craintes et en veillant à la sécurité du bébé.

La personne est définie jusqu'à un certain point par ses limites selon Levine (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 116-119). Elle propose donc de respecter les besoins de chacun et rejoint la vision des auteurs des articles proposés dans cette discussion qui suggèrent d'adapter la prise en soin en étant attentifs et en respectant les

appréhensions des parents par rapport à l'état de l'enfant, mais aussi par rapport à l'environnement anxiogène que peut représenter l'hôpital.

Une majorité de mères évalue l'expérience de la MK plus positive lorsque les pères étaient présents, car cela crée des moments familiaux privilégiés. De plus, les parents ont déclaré qu'ils aimeraient que le personnel de l'USIN aide les pères à accroître leur participation aux soins de leur bébé, car cela renforcerait le lien entre le père et l'enfant (Baylis, 2014).

La présence, le rôle et l'implication du père sont aussi des facteurs influençant la mise en œuvre de la MK. En effet, ce sont souvent les premiers à pouvoir effectuer la MK, soit directement après l'accouchement, soit lors de l'hospitalisation du bébé prématuré et lorsque l'état de santé de la mère ne lui permet pas d'aller voir son enfant (Kymre, 2013). Dans notre sensibilité en tant que professionnels de santé, nous nous devons d'inclure les papas pour leur donner une responsabilité dans les soins, mais aussi de leur permettre de créer une communion, des liens familiaux, afin qu'ils aient une place plus importante dans la triade bébé-parents-soignants.

Néanmoins, ils se sentent souvent considérés comme moins importants que la mère dans la prise en soin, qui devient souvent la première interlocutrice des soignants. Ainsi, la triade se retrouve limitée au processus bébé-mère-soignants, alors que les pères aimeraient être traités de la même manière que les mamans. En fonction de l'attitude des soignants, certains se sentent vus comme de simples visiteurs.

La présence du père est également influencée par le rôle social que la société lui attribue, où il est par exemple attendu qu'il continue de travailler pour subvenir aux besoins de la famille. Dans les sociétés où les rôles attendus en fonction du genre sont plus similaires, notamment dans les pays scandinaves, il était plus simple pour les pères d'être présents et d'effectuer la MK (Chan et al., 2016, traduction libre, p. 134).

Or, la participation du père renforce la dynamique familiale, permet de relayer la mère auprès du bébé et aide dans le développement de la parentalité. De plus, l'application de la MK permet une présence accrue des pères à l'hôpital et une meilleure implication dans les décisions prises pour leur enfant (Helth, 2012).

Une des infirmières interviewées dans l'article de Kymre (2013) décrit d'ailleurs que si les parents et le bébé sont relaxés lors de la MK, les parents sont capables de recréer un environnement que les infirmières ne peuvent pas fournir.

La méthode kangourou permet de faciliter l'implication parentale, ce qui permettra une individualisation des soins nécessaire au maintien de l'intégrité personnelle et sociale. Par conséquent, il est important de trouver des solutions pratiques qui permettent aux

parents de prendre en charge les soins de leur nourrisson le plus tôt possible, dans la mesure du réalisable (Baylis, 2014).

Hendricks-Muñoz (2013) décrit l'importance d'un soin culturellement compétent, c'est - à-dire être attentif et tenir compte des caractéristiques culturelles des parents y compris leur croyances religieuses et ethniques pouvant influencer l'application de la MK.

Dans cette même étude, il est démontré que les mères blanches se sentent plus soutenues par les infirmiers que les mères de couleur, dans la réalisation de la MK. De plus, la moitié des mères étrangères ont relevé qu'il ne leur avait pas été dit qu'elles pouvaient pratiquer la MK.

Levine montre qu'il est important de prendre en compte la culture du patient qui entre dans son environnement conceptuel et qui permet de respecter l'intégrité de ce dernier (Parker & Smith, 2010).

5.2. L'environnement

Selon Seidman et al. (2015), les principales barrières exprimées par les infirmiers sont l'augmentation de la charge de travail, le manque de guidelines et de formation, une méconnaissance de l'efficacité de la MK et des problématiques à l'environnement et aux ressources (traduction libre, p. 11).

La formation et l'éducation des infirmières et des parents ont un impact positif sur la réalisation de la MK (Cooper, 2014). En effet, la présence d'une formation est nécessaire et facilitatrice pour mettre en place des critères de démarrage de la MK (par exemple certaines infirmières sont réticentes à mobiliser un bébé intubé). Cooper (2014) explique aussi que la formation permet aux infirmières d'utiliser la MK comme standard de soin , de la promouvoir dans les USIN, de l'offrir sans appréhension aux parents et d'être capable de s'organiser en fonction de ces derniers. L'étude de Stikes (2013) montre également que la mise en place d'un processus de formation ainsi que l'apport de directives et de matériels prévus pour la MK, permet de faciliter l'application de la MK et incite les infirmières à la pratiquer. En effet, on constate qu'une fois les infirmières formées, les facteurs ressentis comme barrières à la MK régressent et la pratique de la MK est en hausse de 31% (Stikes, 2013).

L'apport de guidelines et d'un soutien hiérarchique permet également d'accompagner les soignants dans leur pratique et harmonise la pratique de la méthode. Cela permet aux infirmières d'avoir une ligne directrice dans leur pratique. En effet, dans l'étude de

Stikes (2013), les infirmières citent les guidelines comme étant un élément favorisant leur confort dans l'application de la MK et désigne le manque de guidelines comme obstacle (Engler, 2002). Néanmoins, nous pensons que l'idée des guidelines est peut-être à nuancer, car elles pourraient aussi limiter l'utilisation de MK. En effet, selon nous, plus il existe de critères stricts, moins les infirmières peuvent adapter leur pratique en fonction de leur appréciation de la situation du prématuré.

De plus, les soignants expriment un besoin de formation, et d'un nombre suffisant de soignants pour faciliter l'utilisation de la MK (Stikes, 2013). L'étude de Stikes (2013) montre que l'intervention mise en place (formation adéquate et organisation de l'environnement hospitalier) a permis un changement de perception : les éléments vus comme barrières précédemment (ventilation, équipement du bébé, charge de travail, taille de l'enfant) sont toutes diminuées et la MK a été davantage pratiquée par les soignants.

Hendrick-Munoz (2014) propose des modalités de formations dans leur étude (entraînement, simulation avec mannequins de haute-fidélité, débriefing des scénarios) qui permet d'augmenter les compétences infirmières, de diminuer les barrières, et la MK est finalement plus utilisée car les infirmières se sentent plus à l'aise. De plus, dans l'étude de Cooper (2014), les infirmières suggèrent en plus la création de tutoriels vidéo pour leur apprendre la MK.

L'expérience de la MK est décrite comme plus positive lorsque la MK est établie institutionnellement, c'est-à-dire qu'elle est pratiquée de la même manière par tous les soignants et que l'information donnée est uniforme (Lemmen, 2013). Si l'attitude diffère entre les soignants, les parents pourraient s'interroger sur la pertinence d'effectuer la MK et la confiance qu'ils peuvent avoir dans les soignants.

Enfin, le gouvernement joue un rôle important, selon Blomqvist (2012), notamment à travers les aides (congs et financiers) accordées qui sont des facilitateurs à la MK mais il faut noter que les prestations parentales et congs parentaux diffèrent entre les pays et seraient à prendre en compte dans les limites de cette étude. Heinemann (2013) appuie cette idée en décrivant des lois facilitatrices au niveau des assurances et des journées de congé selon certains pays.

Kymre (2013) explique que les infirmiers considèrent que les parents deviennent compétents dans la reconnaissance des signes et comportements de leur enfant, mais qu'il est de la responsabilité des soignants d'assurer la sécurité et la stabilité du nourrisson. Cela implique donc une responsabilité partagée dans les soins. Pour ce faire,

nous nous devons d'informer les parents pour un meilleur partenariat de soin et la construction d'une relation de confiance.

Selon Blomqvist (2012), les parents expliquent avoir besoin d'information sur le déroulement de la MK et sa pratique, car le fait de ne pas s'être organisé correctement avant (ne pas pouvoir bouger lors des séances) est une barrière à cette méthode. Ainsi, le fait d'avoir mangé avant une séance de MK, d'avoir quelque chose à boire à portée de main ou d'être allé aux toilettes permet de réaliser ces séances plus confortablement (Lemmen, 2013).

De plus, Baylis (2014) montre que si l'USIN facilite la présence des parents auprès de leur enfant en aménageant un environnement favorable (possibilité des deux parents de rester, accueil des proches, cuisine à disposition...), la MK est plus pratiquée.

Blomqvist (2012), montre également que les parents ont un besoin d'intimité dans des chambres adaptées à la pratique de la MK pour une meilleure observance de cette méthode. Ils relèvent, en effet, que le bruit des soignants ou le manque de temps du personnel altère la qualité de la MK car il y a un stress qui s'installe autant chez les parents que chez les nouveau-nés. Selon Vittner, Casavant & McGrath (2015), la MK nécessite un environnement sensoriel hypostimulant, avec peu de bruit, de lumière ou d'activité (traduction libre, p. 192).

Les limitations des horaires de visites rendent également plus compliquée la pratique de la MK selon les parents qui aimeraient avoir des horaires de visites larges avec des aménagements pour la nuit (Blomqvist, 2012).

Selon Levine, l'environnement est en constante interaction avec la personne, ce qui permet de défendre son intégrité. Un environnement chaleureux et favorable créé autour des parents leur permet de recréer l'homéostasie recherchée lors de la MK. Levine décrit l'environnement selon trois niveaux, dont l'environnement perçu qui définit ce que l'individu ressent à travers ses sens. Ainsi, dans cette sensibilité, un environnement respectant les besoins et attentes des parents est un facteur essentiel dans l'application de la MK. De plus, la création de cet environnement ne dépend pas uniquement de l'environnement physique, mais aussi de l'implication de nous, soignants. Ceux-ci doivent également se sentir à l'aise et soutenus pour la mise en place de cette méthode (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 116-119).

Nous assistons actuellement à un changement de paradigme dans les soins, qui évolue vers un paradigme transformatif et qui permet de comprendre les besoins des personnes en regard à leurs expériences vécues et dans une prise en soin unique et globale de ces

dernières. Cette évolution est, selon nous, nécessaire pour une meilleure application de la MK. Nous pouvons donc nous appuyer sur les différentes théoriciennes, ayant développées des modèles ou théories dans le paradigme de la transformation, pour améliorer notre participation à la MK et trouver la vision du soin qui nous correspond le mieux.

Nous pouvons également constater une évolution de la néonatalogie dans nos pays, qui inclut de plus en plus les parents dans les soins et qui leur permet d'être davantage présents auprès de leur enfant. Nous avons remarqué, par exemple, que les unités de néonatalogie ont élargi leurs horaires de visites ou encore qu'elles proposent d'utiliser des moyens technologiques comme la vidéo afin de permettre aux parents de voir leur bébé et maintenir le lien familial qu'ils ont commencé à développer.

Dans notre posture professionnelle infirmière, les parents sont vus comme des partenaires de soin : il faut donc apprendre à les laisser intervenir plus dans les soins (changements de couche, biberons...) tout en nous occupant des aspects plus techniques comme les paramètres vitaux ou encore les perfusions...

5.3. La santé

La santé est une réponse individuelle qui peut constamment changer en réponse à de nouvelles situations, de nouveaux challenges ou en rapport avec des facteurs sociaux, politiques, économiques ou spirituels selon Levine (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 116-119).

Heinemann (2013) et Blomqvist (2012) décrivent que les parents se sentent mis en difficulté lorsqu'ils doivent se partager entre l'USIN et leur domicile avec souvent d'autres enfants à la maison. Ils expriment un épuisement physique et émotionnel en lien avec le choc de la naissance du prématuré, la gestion de la possible perte de leur enfant ainsi les différentes tâches à domicile (fratrie, ménage, travail...).

Il est donc aussi important d'être attentif à l'état de santé (sommeil, repas...) des parents pour que la MK soit un bénéfice pour le bébé et eux-mêmes (Heinemann, 2013).

Selon Levine, la santé représente, dans la société, la capacité à fonctionner dans ses différents rôles sociaux (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 116-119). Nous nous rendons bien compte que l'hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie procure un sentiment de déchirement dans les différents rôles sociaux des parents, partagés entre leur rôle professionnel et leurs autres enfants... Il nous paraît

important de respecter le rythme et la possibilité de chacun pour effectuer l'apprentissage puis l'application de la MK.

5.4. Le soin

Au cours de nos différentes recherches, nous réalisons que les parents ont un grand besoin d'information sur les bénéfices pour le bébé et pour la dynamique familiale, sur la technique en tant que telle pour donner un sens à leur présence et leur implication, afin de pouvoir réaliser au mieux la MK. En effet, stressés et choqués par une naissance précoce d'un enfant qui ne correspond pas toujours à leurs attentes, les parents attendent d'être impliqués dans les soins. Selon Kymre (2013), les mères estiment important d'apporter des connaissances et des conseils fondés sur le savoir des infirmières et non fondés sur leurs expériences pratiques ou leurs erreurs. Ces aspects entraîneraient une diminution de l'estime de soi, une perte de confiance en elles et dans l'équipe soignante, ainsi qu'un stress ressenti par le bébé. Nyqvist (2010) souligne également le fait de mettre en avant l'aspect positif de la MK, en sensibilisant les parents sur le fait qu'elle améliore le lien parent-enfant ainsi que l'attachement. Elle transforme la crise engendrée par l'arrivée d'un nouveau-né prématuré, en expérience plus gratifiante pour toute la famille. On remarque donc que la manière dont les soignants abordent la mise en place de la MK influent sur le vécu des soins par les parents et peut diminuer les bienfaits de la MK.

De plus, la difficulté qu'ont les parents à initier la MK avec leur nouveau-né prématuré mise en avant par les infirmières dans l'étude de Kymre (2013) montre l'importance du contexte de prise en soins. Ainsi, les préoccupations des infirmières dans les USIN se doivent d'être portées non seulement sur les soins du bébé, mais également sur les interactions entre chaque membre de la triade bébé-parents-soignants. Les résultats de l'étude de Kymre (2013) montrent que les infirmières expriment leur responsabilité d'assurer la sécurité et la stabilité des prématurés lors de la MK, mais que cette responsabilité est souvent partagée par les parents. Ainsi, les parents peuvent être considérés comme des partenaires de soins et ainsi être pleinement sollicités dans la prise en soins et la mise en place de la MK. Cependant, certaines conditions sont nécessaires pour une meilleure pratique de la MK selon les parents : ils ont besoin de recevoir les informations quand ils s'en sentent prêts, et ils trouvent important que les professionnels ne systématisent pas l'utilisation de la MK chez tous les parents.

Le moment où la MK est initiée par les soignants varie selon les perceptions de ces derniers, car les infirmières perçoivent des états émotionnels variables chez les parents,

ce qui influence leur interprétation et leur préparation à la MK (Kymre, 2013). Il est donc important pour nous, infirmiers, de réfléchir à la façon dont nous encourageons les parents à participer et à se sentir nécessaires dans les soins de développement de leur nouveau-né. En effet, Cooper (2014) et Blomqvist (2012) décrivent une influence réciproque entre les soignants et les parents : les comportements des infirmières ont un impact sur les attentes des parents, affectent leurs choix et les opportunités d'effectuer la MK. En parallèle, les attentes des parents ont un impact sur les comportements infirmiers.

Les parents expriment avoir besoin de soutien des soignants et qu'ils soient attentifs à leur niveau d'éducation, de formation et à leurs différences culturelles (Kymre, 2013). Selon Lemmen (2013) et Blomqvist (2012), ils ont également besoin d'être validés dans leur pratique et soutenus dans leur démarche.

Les parents perçoivent parfois une insistance de la part des soignants, surtout lorsqu'ils ne comprennent pas l'enjeu de la MK et/ou qu'ils n'ont pas correctement été informés. Cela leur procure un sentiment de routine qui pourrait les mener à ne plus vouloir effectuer la MK (Lemmen, 2013).

Les infirmiers décrivent dans leur rôle professionnel en néonatalogie des dimensions instrumentale, émotionnelle et interpersonnelle. En effet, les infirmiers se doivent d'être attentifs à la fois aux besoins de l'enfant (signes de stabilité et d'instabilité, besoins développementaux), ainsi que ceux des parents (appréhensions, émotions) (Kymre, 2013).

Selon Levine, l'interaction humaine est basée sur des principes scientifiques visant à conserver l'énergie et l'intégrité structurelle, personnelle et sociale de l'individu par des changements dans l'environnement et par des soins individualisés selon les besoins particuliers des personnes en vue de soutenir leur adaptation (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 116-119).

Levine ajoute que le soignant crée relation de partenariat avec le patient. Cette expérience humaine un peu triviale restera gravée chez chaque patient même si des moments dramatiques seront partagés (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 116-119). La vision de cette théoricienne rejoint également la nôtre et appuie l'apport des articles qui mentionnent l'importance d'un soin personnalisé et adapté aux besoins de chacun pour réaliser la MK. De plus, en tant que soignants, grâce à notre expertise sur la MK, nous devons aider les parents à s'adapter aux changements de leur

environnement et leur apprendre à mieux s'approprier cette nouvelle situation en étant acteur des soins de leur bébé.

Le but du soin est de promouvoir et maintenir l'intégrité (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 116-119). Les naissances prématurées entraînent également une parentalité prématurée. Si nous choisissons de baser notre soin sur la vision de Levine, l'utilisation de la MK permet de recréer une homéostasie nécessaire au développement de l'enfant et de la construction de la parentalité et de la famille.

Selon nous, Myra Levine, reprend les aspects fondamentaux que les soignants doivent respecter pour un meilleur partenariat de soin et une utilisation de la MK optimale.

6. CONCLUSION

En conclusion, ce travail de bachelor permet de mettre en évidence la relation entre les facteurs dépendants du nourrisson, des parents et des infirmiers dans la pratique de cette méthode. Ainsi, des réponses ont pu être apportées à la question de recherche définie au début de ce travail.

6.1. Apports et limites du travail

Ce travail de bachelor nous a permis de nous sensibiliser et de développer des connaissances en méthodologie de la recherche scientifique, une des facettes parfois méconnues de la profession infirmière.

Il nous a également permis de découvrir la néonatalogie, les enjeux et défis que la prématurité représente pour le bébé et ses parents, ainsi que la méthode kangourou, les bénéfices qu'elle peut amener à ces derniers et comment elle peut être appliquée à l'hôpital.

Enfin, ce travail nous a permis de mettre de nouveau en lumière l'importance de la communication dans notre profession. Les articles nous ont parfois montré la discordance entre les attentes et besoins des parents et des infirmiers. Ainsi, cela nous sensibilise encore une fois à l'importance de laisser la place à l'expression des émotions des parents et à également les prendre en compte dans la prise en soin du bébé.

Certaines limites sont à relever dans ce travail de bachelor.

Premièrement, cette revue de littérature est composée de neuf articles scientifiques. Une sélection plus étoffée de littérature permettrait d'obtenir une vision plus complète du sujet en approfondissant certains points comme l'influence de la culture dans l'application de la MK, ou encore celle des moyens financiers à disposition en comparant l'application de la MK à travers différents pays.

Deuxièmement, les études utilisées ont été réalisées dans des pays avec des moyens de haute technologie et où des lois sont instaurées en faveur des congés parentaux pour les parents de nouveau-nés. Elles ont également été réalisées dans des pays partageant des valeurs culturelles communes (par exemple importance de l'allaitement maternel). Ces études sont donc généralisables à des pays semblables. Ces limites sont également relevées par les auteurs dans leurs études.

Enfin, la plupart des études ont un devis qualitatif et il est questionnant de voir que les chercheurs de certaines études sont également les interviewers lors des entretiens. Par exemple, une des auteures de l'étude de Heinemann a travaillé dans l'unité de néonatalogie où les parents ont été interviewés, ce qui peut entraîner également un facteur qui influence les réponses. De plus, le choix des parents d'être interviewés ensemble ou séparément pouvait également influencer les réponses.

6.2. Recommandations

6.2.1. *Recommandations pour la pratique*

La mise en place de critères d'éligibilité et d'initiation de la MK permettrait une meilleure systématisation de l'initiation de la MK.

Il semble également pertinent de créer des protocoles pour certains aspects techniques de la MK, comme le transfert du bébé hors de la couveuse ou encore la réalisation de certains soins en position MK.

La création d'un environnement favorisant la présence continue des parents, et pas uniquement facilitateur de la MK, est essentiel à l'application de la MK. Cela demande un aménagement physique de l'unité, ainsi qu'une véritable implication de l'équipe médico-soignante de néonatalogie, et du système hospitalier de manière globale.

Enfin, la présence d'un soignant de référence, interlocuteur privilégié des parents, pourrait faciliter la création d'une relation de confiance, nécessaire dans la MK.

6.2.2. *Recommandations pour l'enseignement*

Il semble nécessaire de développer et d'inclure une formation standardisée concernant la MK dans la formation des infirmiers spécialisés en néonatalogie. Elle devrait comporter des apports théoriques (connaissances des effets de la MK pour le bébé et les parents) et pratiques, en utilisant notamment des moyens innovants comme la simulation haute-fidélité ou les formations en e-learning.

6.2.3. *Recommandations pour la recherche*

La dernière version du document de l'OMS concernant la MK ayant été écrite en 2004, une mise à jour de ce dernier permettrait d'ajuster les pratiques aux derniers résultats de la recherche et de proposer des recommandations applicables à travers le monde. Des recherches supplémentaires concernant la création et l'application de guidelines et de protocoles devraient être effectuées et être testées dans le cadre de méta-analyses.

7. RÉFÉRENCES

- Al Maghaireh, D., Abdullah, K., Chan, C., Piaw, C. & Al Kawafha, M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.13259
- Baylis, R., Ewald, U., Gradin, M., Nyqvist, K.H., Rubertsson, C. & Blomqvist, Y.T. (2014). First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Foundation Acta Pædiatrica*, 103, 1045–1052. doi: 10.1111/apa.12719
- Benoit, B., Campbell-Yeo, M., Johnston, C., Latimer, M., Caddell, K. & Orr, T. (2016). Staff Nurse Utilization of Kangaroo Care as an Intervention for Procedural Pain in Preterm Infants. *Advances in Neonatal Care*, 16(3), 229-238. doi: 10.1097/ANC.0000000000000262
- Blomqvist, Y.T., Frölund, L., Rubertsson, C. & Nyqvist, K.H. (2012). Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1-9. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01040.x
- Chan, G., Labar, A., Wall, S. & Atun, R. (2016). Kangaroo mother care : a systematic review of barriers and enablers. *The Bulletin of the World Health Organization*, 94, 130-141. doi: 10.2471/BLT.15.157818
- Cignacco, E., Hamers, J., Van Lingen, RA., Toffel, L., Büchi, S., Müller, R., ... Nelle, M. (2009). Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss Medical*, 139(15-16), 226-232. doi: smw-12545
- Cooper, L., Morill, A., Rusell, R.B., Gooding, J.S., Miller, L. & Berns, S.D. (2014). Close to me: Enhancing kangaroo care practice for NICU staff and parents. *Advances in Neonatal Care*, 14(6), 410-423. doi: 10.1097/ANC.0000000000000144

- Depret-Turconi, V., Cavet, D. & Varenne, C. (2010). *La visioconférence : un soin au service de l'attachement*. (Travail Projet Qualité des Soins, Hôpitaux Universitaires de Genève). Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/etude_visioconference.pdf
- Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia : F. A. Davis Company
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Hall Moran, V., ... SCENE group. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Pædiatrica*, 101(10), 1032-1037. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x
- Glass, H., Costarino, A., Stayer, S., Brett, C., Cladis, F. & Davis, P. (2015). Outcomes for Extremely Premature Infants. *Anesthesia & Analgesia*, 120(6), pp. 1337-1351. doi: 10.1213/ANE.0000000000000705
- Heinemann, A-B., Hellström-Westas, L. & Hedberg Nyqvist. K. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Pædiatrica*, 105, 695-702. doi: 10.1111/apa.12267
- Helth, T. & Jarden, M. (2013). Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. *Journal of Neonatal Nursing*, 19, 114-121. doi: 10.1016/j.jnn.2012.06.001
- Hendricks-Muñoz, KD. & Mayers, RM. (2014). A Neonatal Nurse Training Program in Kangaroo Mother Care (KMC) Decreases Barriers to KMC Utilization in the NICU. *American Journal of Perinatology*, 31(11), 987-992. doi: 10.1055/s-0034-1371359
- Hendricks-Muñoz, KD., Li, Y., Kim, YS., Prendergast, CC., Mayers, R. & Louie, M. (2013). Maternal and neonatal nurse perceived value of kangaroo mother care and maternal care partnership in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Perinatology*, 30(10), 875-880. doi: 10.1055/s-0033-1333675
- Klaus, M., Kennell, J. & Klaus, PH. (1995). *Bonding : Building the Foundations of Secure Attachment and Independence*. New-York : Perseus Books

- Lemmen, D., Fristedt, P. & Lundqvist, A. (2013). Kangaroo Care in a Neonatal Context : Parents' Experiences of Information and Communication of Nurse-Parents. *The Open Nursing Journalist*, 7, 41-48. doi: 10.2174/1874434601307010041
- Ludington-Hoe SM. (2015). Skin-to-Skin Contact : A comforting place with comfort food. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 40(6), 359-366. doi: 10.1097/NMC.0000000000000178
- Ludington-Hoe, SM., Morgan, K. & Abouelfettoh, A. (2008). A Clinical Guideline for Implementation of Kangaroo Care with Premature Infants of 30 or more weeks' postmenstrual Age. *Advances in Neonatal Care*, 8(3S),S3-S23. doi: 10.1097/01.ANC.0000324330.25734.b6
- Meleis, A. (2007). Theoretical nursing : development and progress. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Mooney-Leber, S. & Brummelte, S. (2016). Neonatal pain and reduced maternal care : early-life stressors interacting to impact brain and behaviorial development. *Neuroscience*, 342, 21-36. doi:10.1016/j.neuroscience.2016.05.001
- Obeidat, H., Bond, E. & Callister, L. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29. doi: 10.1624/105812409X461199
- Office Fédéral de la Statistique. (2017). *Santé des nouveau-nés*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/sante-nouveau-nes.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Arrivés trop tôt : rapport des effets mondiaux portant sur les naissances prématurées*. Accès http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_fr.pdf?ua=1
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing theories & nursing practice* (3rd ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Patel, R. (2016). Short- and Long-Term Outcomes for Extremely Preterm Infants. *American Journal of Perinatology*, 33(3), 318-327. doi: 10.1055/s-0035-1571202

- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3  me   dition)*. Montréal : Cheneli  re   ducation
- Provenzi, L. & Santoro, E. (2015). The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1784-1794. doi: 10.1111/jocn.12828
- Seidman, G., Unnikrishnan, S., Kenny, E., Myslinski, S., Cairns-Smith, S., Mulligan, B. & Engmann, C. (2015). Barriers and Enablers of Kangaroo Mother Care Practice : A Systematic Review. *PLOS One*, 10(5), 1-20. doi: 10.1371/journal.pone.0125643
- Société Suisse de Néonatalogie. (2018). Le soutien    l'adaptation et la r  animation du nouveau-n  . *Paediatrica*, 29(1). Accès http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/2018-02/Website_Le%20soutien%20  %20l%27adaptation%20et%20la%20r  animation%20du%20nouveau-n  _2018.02.15.pdf
- Vittner, D., Casavant, S. & McGrath, JM. (2015). A Meta-ethnography : Skin-to-Skin Holding From the Caregiver's Perspective. *Advances in Neonatal Care*, 15(3), 191-200. doi: 10.1097/ANC.0000000000000169
- Whit Hall, R. (2012). Anesthesia and Analgesia in the NICU. *Clinics in Perinatology*, 39(1), 239-254. doi:10.1016/j.clp.2011.12.013