

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**Peau à peau en salle de naissance :
observation des pratiques
et opinion des professionnels**

Aude BROSSARD

Née le 19 février 1985

Directeur de mémoire : Docteur Bernard BRANGER

Année universitaire 2007-2008

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
GENERALITES	2
I. HISTORIQUE DES RITES DE LA NAISSANCE	2
II. COMPETENCES, ADAPTATIONS ET INSTINCTS DU NOUVEAU-NE	3
III. LE COMPORTEMENT INNE CARACTERISTIQUE DU NOUVEAU-NE EN PEAU A PEAU	4
IV. AVANTAGES DU PEAU A PEAU PRECOCE	5
1. Le contact en peau à peau précoce facilite la mise en place et la durée de l'allaitement maternel	5
2. Le contact en peau à peau favorise l'adaptation thermique, cardio-respiratoire et métabolique	6
3. Le contact en peau à peau améliore le bien être du nouveau-né et son organisation neuro-comportementale	7
4. Le contact en peau à peau a un effet analgésique	8
5. Le contact peau à peau facilite l'établissement du lien mère-enfant	8
6. Le peau à peau permet au nouveau-né d'être d'abord colonisé par la flore bactérienne maternelle	8
7. Conclusion	9
V. SURVEILLANCE ET SOINS AU NOUVEAU-NE NORMAL DANS LES DEUX PREMIERES HEURES DE VIE	9

VI. MALAISES GRAVES DE NOUVEAU-NES A TERME, SAINS, DANS LES PREMIERES HEURES DE VIE	11
1. Epidémiologie	11
2. Physiopathologie	12
ETUDES	15
I. PROBLEMATIQUE	15
II. PREMIERE ETUDE : AUDIT D'OBSERVATION DE 50 CAS DE MISE EN PEAU A PEAU	15
1. Méthodologie	15
2. Résultats et analyse.	16
A. Modalités pratiques du peau à peau	16
B. Fréquence de la surveillance	19
C. Facteurs susceptibles d'influencer la durée du peau à peau	21
III. DEUXIEME ETUDE : AUDIT DECLARATIF DE PRATIQUE DES PRISES EN CHARGE A LA NAISSANCE DU NOUVEAU-NE NORMAL, A TERME ET NE PAR VOIE BASSE	24
1. Méthodologie	24
2. Résultats et analyse	24
A. Pratique habituelle des sages-femmes	24
B. Examen clinique du nouveau-né réalisé dans les deux premières heures de vie en salle de naissance.	27
C. La surveillance du peau à peau en salle de naissance.	29
D. Durée du peau à peau	30
E. L'avis des sages-femmes	31
IV. DISCUSSION SUR L'AUDIT D'OBSERVATION DE 50 CAS DE MISE EN PEAU A PEAU	35
1. Biais de méthodologie	35

2. Résultats	35
V. DISCUSSION SUR L'AUDIT DECLARATIF ET L'OPINION DES SAGES-FEMMES	40
1. Biais de méthodologie	40
2. Comparaison des deux études	40
3. Comparaison des trois maternités	41
4. Perspectives	43
CONCLUSION	45

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Annexe 1: Caractéristiques anamnestiques cliniques et paracliniques des cas de mort subite et malaises graves dans les deux premières heures de vie.

Annexe 2 : Audits de pratiques des soins aux nouveau-nés en salle de naissance

Annexe 3 : Audit déclaratif des pratique de prises en charge à la naissance du nouveau-né normal, à terme et né par voie basse

Annexe 4 : Recommandations pour le peau à peau en salle de naissance du réseau sécurité naissance "Naître Ensemble"

Annexe 5 : Procédure pour la pratique du peau à peau en salle de naissance

Annexe 6 : Charte allaitement maternel

INTRODUCTION

Depuis toujours, la naissance et l'accueil du nouveau-né s'inscrivent dans les rites culturels d'un pays. Actuellement, les couples sont de plus en plus demandeurs d'une dimension plus humaine et sensible dans leur prise en charge. Le contact en peau à peau entre le corps nu de l'enfant et la poitrine nue de sa mère dès la naissance facilite la transition entre la vie intra et extra utérine et aide à l'instauration du lien mère-enfant. Les nombreux arguments qui montrent les bienfaits du peau à peau plaident pour que ce contact ait lieu dès les premières minutes de vie si un examen clinique sommaire a confirmé l'absence de détresse. Cette pratique est optimale si elle a lieu précocement et de manière prolongée. Ainsi, les mères qui le désirent peuvent garder leur enfant contre elles et les soins de nursing sont différés.

Dans cette situation, des malaises de nouveau-nés ont été décrits avec un arrêt cardio-respiratoire par obstruction des voies aériennes et confinement. Bien que ce risque soit très faible, il doit nous amener à reconsidérer nos pratiques quotidiennes. Il existe encore beaucoup de discordances dans les modalités d'accueil du nouveau-né qui varient entre établissements et parfois entre membres d'une même équipe. Afin d'évaluer la pratique du peau à peau en salle de naissance, nous avons réalisé deux études : un audit d'observation qui permet de voir sur cinquante naissances les modalités d'accueil, et un audit déclaratif qui décrit la pratique habituelle des sages-femmes dans trois maternités différentes.

L'objectif des deux études est d'évaluer l'importance et les modalités du peau à peau et de recueillir l'avis des professionnels sur les pratiques à la naissance avec leurs avantages et leurs contraintes dans trois maternités.

GENERALITES

I Historique des rites de la naissance

Dans toutes les sociétés humaines et dans toutes les cultures, la naissance est entourée de rites et de croyances. Les soins pratiqués au nouveau-né n'échappent pas à ce caractère rituel, même s'ils sont présentés comme basés sur la science, ou tout au moins s'intègrent-ils dans l'ensemble des rites de l'accouchement et de la naissance de notre société et de notre culture, dans celles des familles, ou même dans celle des soignants. Depuis des décennies, la naissance suscite des réflexions.

Au 14^{ème} siècle, le moine Barthélemy l'Anglais avait compris l'importance de restituer au nouveau-né un environnement aussi proche que possible de son milieu intra-utérin ; ainsi préconisait-il la pénombre à la naissance [1].

Au 20^{ème} siècle, les progrès de la médecine dans le domaine de la périnatalité occultèrent cette idée pour promouvoir des soins favorisant la technique au service de la survie d'un grand nombre d'enfants. Le taux de mortalité chuta rapidement.

La communauté médicale proposa alors un savoir faire bien défini de la pratique de l'accouchement et de l'accueil des nouveau-nés en salle de naissance. A peine extrait de son milieu intra-utérin à 37°C, l'enfant était confronté au milieu aérien à 20°C. Saisi par les pieds, il recevait quelques claques sur les fesses pour l'aider à respirer. Rapidement, le cordon était sectionné et l'enfant était déposé en décubitus dorsal sur une table de réanimation chauffée. S'en suivait une aspiration des voies aériennes supérieures, de l'œsophage et de l'estomac afin de dépister une éventuelle atrésie de l'œsophage. Le même geste était répété au niveau des choanes pour vérifier leur perméabilité. Le médecin procédait alors à un examen clinique du nouveau-né à la recherche de malformations et autres anomalies fonctionnelles ou neurologique. L'enfant était ensuite pesé, mesuré, habillé et emmaillotté avant d'être présenté à sa mère [1].

Ces mesures ont suscité des questionnements et dès la première moitié du 20^{ème} siècle, de multiples réflexions furent publiées sans impact sur les pratiques [1].

En 1974, F. Leboyer comprit l'impact de la naissance sur la vie de l'enfant et sur la relation entreprise dès lors avec sa mère. En s'inspirant des hypothèses de ses précurseurs et de ses propres réflexions, il proposa un autre mode de naissance pour tous les nouveau-nés. L'enfant évoluant dans un environnement dépourvu de lumière et de bruit serait déposé sur la poitrine nue de sa mère. La section du cordon attendrait l'arrêt de tout battement en son sein, préservant ainsi l'adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né. Le cri ne serait alors plus signe de douleur mais de vitalité. Il observa les comportements respectifs de la mère et de son enfant, en éveil calme, les assimilant à ceux d'une rencontre, d'une redécouverte de l'un et de l'autre. Il considérait sans conteste le nouveau-né comme un être doué de sens et capable d'interactions. L'enfant serait alors séparé de la mère pour être replongé dans une eau à 37°C. Pour F. Leboyer, le bain était le moyen de rappeler à l'enfant son milieu intra-utérin, la séparation devenant alors moins douloureuse. L'enfant complètement détendu pourrait être sorti progressivement du bain et enveloppé dans un linge chaud. Après un temps de latence sur la table de réanimation, nécessaire à son adaptation, il serait pesé, mesuré, habillé et déposé dans les bras de sa mère après administration de collyre antiseptique [2]. Ainsi, grâce à sa démarche sensible, il donna une dimension plus humaine au nouveau-né à travers la description de ses sens et de sa relation à sa mère [1].

II Compétences, adaptations et instincts du nouveau-né

Très tôt dans la vie intra-utérine, le fœtus développe des capacités sensorielles qui, sans être totalement matures lui permettent d'enregistrer des informations, le préparant ainsi aux interactions post-natales. Le fœtus a mémorisé in utero la voix de sa mère, la chaleur et l'odeur de sa peau, le goût et l'odeur de son lait... Il peut reconnaître ces repères sensoriels à la naissance lui procurant ainsi une sécurité affective et émotionnelle. Cette continuité sensorielle transnatale est au mieux préservée grâce au contact peau à peau entre le corps nu du nouveau-né et la poitrine nue de sa mère dès la naissance [3].

Si la naissance ne représente pas de rupture sensorielle pour le nouveau-né, elle déclenche de vives perturbations d'un point de vue fonctionnel. Le fœtus passe d'un milieu aquatique à un milieu aérien, d'un milieu à température constante à un environnement nécessitant une adaptation thermique continue. Il doit adapter ses fonctions à ce nouveau mode de vie. Le stress de la naissance entraîne une décharge de catécholamines dans le sang du nouveau-né vingt fois plus élevée que le taux d'un adulte au repos. Ces hormones du stress sont nécessaires à l'adaptation physiologique (mise en route de la respiration, modification des circuits cardio-vasculaires et adaptation métabolique) mais aussi comportementale. Si la mère n'a pas été trop sédaturée, le nouveau-né est dans un état de vigilance exceptionnelle immédiatement après la naissance, où il est particulièrement attentif et apte à communiquer [4].

III Le comportement inné caractéristique du nouveau-né en peau à peau

S. Ferber a étudié les effets du peau à peau sur le développement comportemental des nouveau-nés et a constaté, lorsqu'ils n'étaient pas séparés de leur mère, un sommeil de meilleure qualité, plus de postures de flexion que d'extension preuve de son sentiment de sécurité et une meilleure attention pour leur environnement et tout particulièrement pour leur mère [5]. La méta analyse d'Anderson fait part des effets réciproques chez la mère qui développe à ce moment là des conduites éducatives [6]. K. Bystrova a montré que l'effet positif du peau à peau sur l'adaptation néonatale est obtenu grâce à une décharge d'ocytocine dans la circulation et dans le cerveau du nouveau-né. Cette « hormone du bien être » lui permet de se sentir moins stressé. Il présente alors pendant une à deux heures une période d'éveil calme propice aux apprentissages et à leur mémorisation [7].

Ce climat de proximité va induire chez l'enfant un comportement assez stéréotypé. Après quelques minutes de repos, l'enfant regarde autour de lui avec intensité, et tout particulièrement le visage de sa mère. Attiré par une tâche plus sombre aux limites arrondies ; le mamelon, il commence à ramper utilisant pour cela son réflexe de marche ainsi que ses quelques forces musculaires. Il grimace, porte ses mains à sa

bouche et tire la langue vers cette stimulation visuelle et olfactive puisqu'il perçoit l'odeur du colostrum sur le sein non lavé qu'il assimile à celle du liquide amniotique qu'il peut retrouver sur ses doigts. Le peau à peau conduit naturellement le nouveau-né vers le sein maternel. Il s'agit d'une séquence que nous retrouvons dans le monde animal où le seul mode d'alimentation est l'allaitement maternel [4].

IV Avantages du peau à peau précoce

1. Le contact en peau à peau précoce facilite la mise en place et la durée de l'allaitement maternel

L'étude randomisée de E. Moore démontre que le peau à peau précoce facilite la prise du sein lors de la première tétée [8].

Si la mère est désireuse de proposer un allaitement maternel à son enfant, le peau à peau prolongé favorisera sa durée. K. Mikiel-Kostyra a conclu à un allongement de la durée moyenne d'allaitement maternel si le couple mère-enfant a bénéficié d'un contact en peau à peau supérieur à vingt minutes. Il a comparé des groupes de mamans ayant bénéficié du peau à peau soit dès la naissance mais pendant moins de cinq minutes, soit dès la naissance et pour une durée supérieure à trente minutes, à des groupes de femmes séparées de leur enfant. Ses résultats étaient les suivants : « le peau à peau augmente la durée de l'allaitement maternel de 1,43 mois et celle de l'allaitement exclusif de 0,39 mois ». Le peau à peau prolongé majore la durée de l'allaitement maternel de 2,1 mois et celle de l'allaitement exclusif de 1,3 mois [9].

La méta analyse d'Anderson étudiant l'effet du peau à peau sur l'allaitement et sa durée révélait des résultats similaires. La durée de l'allaitement maternel serait multipliée par 2,5 lorsque les enfants ont bénéficié du contact peau à peau [6].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [9] et la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) [10] reconnaissent aujourd'hui ce rôle et l'incluent dans des recommandations sur la pratique de l'allaitement maternel.

2. Le contact en peau à peau favorise l'adaptation thermique, cardio-respiratoire et métabolique

La décharge de catécholamines dans le sang du nouveau-né à la naissance entraîne une vasoconstriction périphérique responsable d'une faible température des extrémités distales du nouveau-né qui a un système de thermorégulation immature [4]. Plusieurs études randomisées ont montré que les nouveau-nés placés en contact peau à peau ont une température axillaire et cutanée significativement plus élevée que ceux laissés en berceau.

Une étude randomisée réalisée en Russie par K. Bystrova montre les effets des habitudes de soins sur la température des nouveau-nés dans le post-partum immédiat. Elle a comparé trois groupes de bébés : un premier dans lequel les enfants étaient placés en peau à peau dès la naissance ; un second dans lequel ils étaient habillés et déposés dans les bras de leur mère et un troisième où ils étaient habillés avant d'être confiés à la nursery. La température de ces enfants a été mesurée à différents endroits du corps. Les résultats montraient que la température du groupe peau à peau était significativement plus élevée que celle des enfants habillés et installés dans les bras maternels, elle-même étant supérieure à celle des nouveau-nés en nursery. Les différences de température les plus remarquables concernent la température la plus distale enregistrée au niveau d'un pied. Elle a alors émis l'hypothèse qu'un contact peau à peau aurait par stimulation de fibres nerveuses somatosensitives, un effet sympatholytique entraînant une décharge d'ocytocine dans la circulation sanguine de l'enfant ainsi qu'au niveau cérébral qui permet de réduire rapidement les effets du « stress » induit par la naissance. Elle provoque une diminution de sa fréquence cardiaque, de sa pression artérielle moyenne, une augmentation de son seuil de douleur et une levée de la vasoconstriction périphérique [7].

L'étude randomisée de K. Christensson réalisée auparavant vient compléter ces observations. Elle a comparé la température d'enfants placés en incubateur à celle d'enfants placés en peau à peau. Les résultats montraient que la température des nouveau-nés placés en peau à peau était la plus élevée : à H4, 90 % des nouveau-nés

du groupe peau à peau ont normalisé leur température contre 60 % de ceux placés en incubateur [11].

L'étude randomisée de Christensson retrouve une glycémie plus élevée et une correction plus rapide du base-excess négatif chez les nouveau-nés placés en peau à peau par rapport à ceux placés en berceau. Le peau à peau permet en effet de maintenir les nouveau-nés dans une zone de neutralité thermique et diminue les pleurs ce qui permet de limiter les dépenses énergétiques inutiles [11].

3. Le contact en peau à peau améliore le bien être du nouveau-né et son organisation neuro-comportementale

K. Christensson a développé cette idée dans une étude où elle a comparé trois groupes de bébés : un premier groupe en peau à peau, un second en couverture et un groupe en couverture à la naissance puis en peau à peau quarante-cinq minutes plus tard. Les enfants du groupe peau à peau n'ont pas pleuré sur une période de quatre-vingt-dix minutes alors que ceux du groupe en couverture ont crié à plusieurs reprises. Les enfants du groupe mixte ont arrêté de pleurer dès qu'ils ont été placés en peau à peau [12].

K. Michelsson a étudié les différents types de sons émis par l'enfant à la naissance et conclut que les cris de nouveau-nés séparés de leur mère à la naissance s'apparentent à ceux poussés par les animaux dans la même situation. Les sons enregistrés dans le groupe peau à peau seraient plus un moyen d'entrer en communication avec leur mère, que l'expression d'une détresse à la séparation [13].

Les observations de S. Ferber montrent que les nouveau-nés ayant bénéficié d'une heure de contact peau à peau ont comparativement à un groupe contrôle, une meilleure organisation neuro-comportementale : plus de sommeil, plus de sommeil lent profond, plus de mouvements et postures en flexion et moins de mouvements d'extension [5].

4. Le contact en peau à peau a un effet analgésique

L'étude de Gray a comparé la réactivité à la douleur de nouveau-nés à terme placés ou non en peau à peau lors d'un micro-prélèvement. Les pleurs et grimaces sont diminués respectivement de 82 et 65% chez les nouveau-nés placés en peau à peau [14].

5. Le contact peau à peau facilite l'établissement du lien mère-enfant

A la naissance, la mère se trouve dans un état de préoccupation maternelle primaire, état d'hypersensibilité fait d'une vigilance émotionnelle et d'une disponibilité particulière pour répondre à son bébé. La libération d'ocytocine chez la mère favorisée par le peau à peau agit comme neurotransmetteur impliqué notamment dans le processus de l'attachement. La reconnaissance par les parents des compétences de leur bébé engendre généralement des réactions favorables à l'établissement du lien mère-enfant, et le temps passé ensemble durant les premiers jours a des conséquences très positives sur la qualité des soins donnés à l'enfant par la mère [15].

6. Le peau à peau permet au nouveau-né d'être d'abord colonisé par la flore bactérienne maternelle

JP. Langhendries a mené une étude à propos de la colonisation bactérienne du tube digestif stérile à la naissance. L'établissement de la flore du tube digestif est dépendant du mode de naissance et de l'environnement. La flore intestinale des enfants nés à domicile est différente de celle des enfants nés en maternité comme l'est la colonisation initiale en cas de césarienne. La flore bactérienne maternelle étant en général moins virulente que la flore bactérienne hospitalière et contre laquelle le lait maternel contient des anticorps adaptés, il semblerait qu'un contact prolongé entre le nouveau-né et sa mère semble plus à même de favoriser une colonisation digestive optimale [16].

7. Conclusion

Le contact mère-enfant en peau à peau en salle de naissance facilite la transition entre la vie intra et extra-utérine. Au regard de toutes ces connaissances, les maternités doivent faire évoluer leurs pratiques et revoir les pratiques de soins aux nouveau-nés en salle de naissance pour qu'elles soient respectueuses de la physiologie de la mère et de l'enfant tout en étant compatibles avec leur sécurité [4].

Surveillance et soins au nouveau-né normal dans les deux premières heures de vie

Les modalités de prise en charge du nouveau-né dans les premières heures de vie en salle de naissance sont en pleine évolution. De nombreuses pratiques systématiques ont été remises en causes par des études convaincantes.

La réflexion au sein des réseaux de périnatalité et l'évaluation des pratiques systématiques lors de l'accueil du nouveau-né à sa naissance sont une tâche nécessaire qui doit mettre en balance les bénéfices et les risques de chaque soin par les équipes de salles de naissance.

Les recommandations internationales sur la prise en charge du nouveau-né en post-partum immédiat préconisent que le nouveau-né bien portant soit séché puis posé sur le ventre de sa mère immédiatement après la naissance, dès lors qu'un examen clinique sommaire a confirmé l'absence de détresse, pour favoriser un contact précoce et prolongé [17,18].

Les nombreux arguments qui montrent les bienfaits du peau à peau plaident pour que ce contact ait lieu dès les premières minutes de vie et soit prolongé pendant une durée suffisante (une heure et demie au minimum) pour favoriser la mise en place du processus complexe d'attachement entre la mère et le nouveau-né [6].

Le réseau sécurité naissance des Pays de la Loire a proposé des recommandations concernant la prise en charge du nouveau-né à terme présumé normal dans les deux premières heures de vie [19].

Tout d'abord, il faut évaluer l'état clinique du nouveau-né. Le score d'Apgar est une cotation d'une adaptation à la vie extra-utérine et non pas directement une aide à la décision d'une prise en charge immédiate. Il faut prendre son pouls par une palpation au cordon ou une auscultation. L'ILCOR (International Liaison Committee On Resuscitation) définit le nouveau-né normal lorsque la réponse est « oui » aux quatre questions suivantes :

- Le nouveau-né est-il à terme ?
- Le liquide amniotique est-il clair et sans infection potentielle ?
- Le nouveau-né crie-t-il ou respire-t-il ?
- Le nouveau-né a-t-il un bon tonus ?

Si le nouveau-né est considéré comme normal, il peut alors être pris en charge de manière simple. Sa place est alors auprès de sa maman. Il faut le sécher, le placer sur la poitrine de sa mère, le couvrir avec un linge chaud pour maintenir sa température et il faut continuer d'observer sa respiration, ses mouvements et sa couleur. Si le nouveau-né est pris en charge de manière simple, il est possible de proposer au couple un peau à peau avec l'enfant.

Les recommandations du groupe de travail du réseau sont de respecter les indications du peau à peau :

- Mère ne présentant pas de pathologie.
- Nouveau-né normal, à terme et sans pathologie.
- La surveillance par un membre de l'équipe médicale doit être possible.
- L'activité au bloc obstétrical doit être compatible avec une surveillance.

Il faut essuyer l'enfant avec un linge chaud, le placer sur le côté, sur la poitrine de sa maman en laissant le visage dégagé et visible. Il est possible de le disposer sur le ventre pour une tétée, sous contrôle d'une aide à ce moment là. Il faut surveiller régulièrement l'aspect et la face de l'enfant et ne pas laisser seuls l'enfant et sa maman, même si le papa ou un familier sont présents. La surveillance est médicale

ou para-médicale. Si la maman est trop fatiguée, on peut proposer au papa d'effectuer le peau à peau dans les mêmes conditions de surveillance.

La prise en charge du nouveau-né et l'examen clinique peuvent être différés dans les deux premières heures de vie.

Dans cette situation, des cas de mort subite et de malaises graves ont été décrits dans la littérature. Le manque de surveillance pourrait-il aboutir à un défaut de sécurité en salle de naissance ? C'est la principale objection pour freiner cette démarche. Peut-on favoriser le lien mère-enfant précoce tout en garantissant la sécurité en salle de naissance [20-27] ?

Malaises graves de nouveau-nés à terme, sains, dans les premières heures de vie

8. Epidémiologie

La mort subite du nourrisson représente en France 350 cas par an soit 0,45/1000 naissances vivantes depuis plusieurs années [28]. Les données sur la mort subite du nouveau-né en maternité sont peu importantes dans la littérature. Trois publications exposent plus spécifiquement des résultats d'études sur la mort subite et malaises graves en maternité et l'incidence varie selon les études entre 0,12 et 0,36/1000 naissances vivantes à terme [21, 25, 26].

La survenue de tels évènements semble être rare chez le nouveau-né au cours des deux premières heures de vie, mais leur incidence est réelle. Quelques cas cliniques isolés ont été mentionnés dans la littérature et ont été décrits sous forme de simples faits cliniques [annexe 1]. Les nouvelles procédures concernant la mise du nouveau-né contre le sein de la mère en peau à peau ont été considérées comme facteurs de risques [24].

Au sein du réseau « Sécurité Naissance-Naitre ensemble » des Pays de la Loire B. Branger et al. ont réalisé une enquête pour connaître l'incidence des malaises graves chez des nouveau-nés à terme et présumés sains. Au total, onze cas dont sept décès ont été signalés sur cinq années et demi. Les taux d'incidence suivants ont été

relevés : un malaise grave pour 26 000 naissances et un décès pour 40 000 naissances. Le taux de létalité en cas de malaises était donc de 64%. Parmi les cas recensés, les malaises avaient lieu essentiellement pendant la nuit de minuit à sept heures du matin et principalement chez des primipares [29].

En l'absence de recueil systématique, il est difficile de savoir s'il s'agit d'un phénomène nouveau ou si l'incidence augmente. La mauvaise qualité de recueil de données des circonstances de survenue des malaises devrait inciter à mettre en place un recueil prospectif, systématique et standardisé avec un système d'alerte organisé par les réseaux de santé en périnatalité ou l'institut de veille sanitaire [29].

9. Physiopathologie

Sur le plan physiopathologique, les causes ne sont pas claires. Il est évoqué un syndrome asphyxique pour des bébés peu réactifs, enfouis sur le ventre ou entre les seins de leur mère, souvent primipare, qui s'endort après l'accouchement [30].

Certains auteurs évoquent les mêmes facteurs que ceux de la mort subite du nourrisson. Ils ont défini l'hypothèse du triple risque [31, 32] :

- Un nourrisson vulnérable.
- Une anomalie du développement du système nerveux autonome.
- Un facteur déclenchant.

La conjonction de facteurs endogènes et exogènes aboutit à un défaut des mécanismes de défense en réponse à une hypoxie et/ou une hypercapnie : réaction d'auto resuscitation défailante avec éveil et réponse cardiorespiratoire (tachycardie, reprise respiratoire) altérés. Cela peut aboutir à une mort subite ou à un malaise grave si des manœuvres de réanimation sont pratiquées. En effet, la réponse normale d'auto resuscitation comporte deux aspects : une réaction d'éveil et une activation cardio-ventilatoire [33].

Le nouveau-né à terme présente une instabilité du rythme respiratoire par immaturité de la chémosensibilité centrale et peut présenter des apnées centrales de courte durée. Certains facteurs de risque peuvent augmenter ce risque d'apnées comme un

traitement maternel, un désordre métabolique, une anémie, une infection, et conduire à une hypoxie [34].

Une autre caractéristique du nouveau-né est la présence d'un chémoréflexe laryngé intense de manière physiologique qui protège de l'inhalation mais entraîne une apnée prolongée avec hypoxie et bradycardie [34].

Les facteurs déclenchants sont multiples [35, 36] :

- L'obstruction des voies aériennes supérieures est responsable d'apnées obstructives.
- Le « rebreathing » correspond à une exhalation de l'air expiré par le nouveau-né dans un environnement confiné et peut aboutir à une hypercapnie et une hypoxie aiguë qui peuvent entraîner une désaturation brutale [37].
- L'asphyxie par enfouissement dans un environnement de couchage mou chez un nourrisson.

Au total, rien ne permet de dire que ces malaises puissent être directement en lien avec les nouvelles pratiques de prise en charge des nouveau-nés dans les premières heures (pas d'aspirations systématiques, mise contre le sein de la mère, tétées précoces...). Selon les pédiatres des maternités où se sont produits les malaises, il leur semble que ces malaises soient d'apparition récente et que la position ventrale des nouveau-nés, contre le sein de leur mère, sans surveillance, sous des tissus divers, pourrait participer à un arrêt cardiorespiratoire de nouveau-nés fragiles [29]. La position ventrale de couchage entraîne plusieurs conséquences surtout si la face se retrouve enfouie ou confinée sous une couverture [32, 33] :

- Favorise l'obstruction et la résistance des voies aériennes supérieures.
- Favorise le « rebreathing ».
- Diminue les réponses d'éveil cardio-respiratoire.
- Favorise le sommeil profond.
- Augmente la température cutanée (action centrale sur la régulation de la respiration).
- Augmente le risque d'asphyxie accidentelle.

Dans la plupart des cas de malaises graves, la mère était seule et ne s'était pas rendu compte de l'arrêt cardiorespiratoire, puisque ce sont les professionnels qui ont porté

le diagnostic. La question de l'importance de la surveillance et de l'intérêt du peau à peau fait débat, souvent passionné [29].

Faut-il favoriser le lien mère-enfant et le bien être des nouveau-nés ou bien la sécurité ?

De plus, en l'absence d'autopsies systématiques ou en analysant les circonstances des cas probables, il est possible que ces cas puissent correspondre à des pathologies prénatales ou postnatales immédiates (hémorragies, infections, détresse respiratoire...) [29].

ETUDES

Problématique

La pratique systématique du peau à peau précoce et prolongé pour tous les nouveau-nés présumés bien portants influence-t-elle l'incidence de la mort subite et des malaises graves au cours des deux premières heures de vie ? La faible incidence de tels évènements nous autorise-t-elle à promouvoir ce contact en peau à peau ? Les bénéfices de cette pratique sont démontrés et celle-ci est recommandée par l'ensemble des sociétés savantes. Le risque principal au cours du peau à peau semble être une obstruction des voies aériennes par contact contre la mère et confinement. Ce risque même très faible doit nous amener à reconsidérer nos pratiques quotidiennes. Bien que les dernières données scientifiques permettent de mieux mesurer l'impact de la naissance sur un nouveau-né, il existe encore beaucoup de discordances dans les modalités d'accueil du nouveau-né qui varient entre établissements, et parfois entre membres d'une même équipe. Les pratiques devraient s'uniformiser pour proposer une naissance optimale aux nouveau-nés et à leurs parents.

L'objet de ce mémoire est d'évaluer la pratique du peau à peau en salle de naissance et vérifier s'il garantit la meilleure prise en charge du nouveau-né. Deux études ont été réalisées pour ce mémoire : l'une est un audit d'observation et l'autre un audit déclaratif.

Première étude : audit d'observation de 50 cas de mise en peau à peau

1. Méthodologie

La méthode choisie pour cette étude est celle de l'audit clinique. Il est défini par l'HAS (Haute Autorité de Santé) comme « une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer » [39].

Nous avons établi un questionnaire [annexe 2] qui a été remis à une maternité privée de la région nantaise qui a réalisé 2700 accouchements en 2007. Cet établissement a été choisi pour sa pratique systématique du peau à peau en salle de naissance. Après une rencontre avec la surveillante de la maternité en septembre 2007 qui a accepté l'audit, nous avons mis en place les questionnaires en salle de naissance à partir d'octobre. L'étude a été réalisée sur une période de huit semaines. Les différents critères sur les modalités du travail, de l'accouchement, et de la surveillance du post-partum ont été évalués par des observations directes en salle de naissance pendant les premières heures suivant celle-ci. Tous les 5 jours et ce quelque soit la charge de travail, les sages-femmes devaient remplir le questionnaire d'observation pour chaque naissance durant vingt-quatre heures. Il s'agissait d'auto-évaluation de la part des soignants qui devaient remplir le questionnaire au fur et à mesure des soins et non à distance afin de respecter au mieux le principe d'objectivité du recueil. La totalité des questionnaires distribués a été remplie. Ainsi, cinquante accueils de nouveau-nés ont été observés, ce qui correspond à la taille d'un échantillon pour un audit clinique (HAS).

La pratique du peau à peau en salle de naissance, sa surveillance ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer sa durée ont été analysés grâce au logiciel EpiData 1.0. Les données sont décrites avec des pourcentages pour les données qualitatives, avec des moyennes et des médianes pour les variables quantitatives. Les données ont été comparées avec un seuil de signification à $p < 0.05$ avec le χ^2 ou le test de Fisher pour les pourcentages et le test de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis pour les moyennes et médianes. Les données quantitatives ont été comparées entre elles avec le coefficient de corrélation et le test de la pente de régression.

2. Résultats et analyse.

A. Modalités pratiques du peau à peau

Sur les cinquante observations, tous les nouveau-nés ont bénéficié d'un contact peau à peau en salle de naissance. Immédiatement après la naissance, ils ont tous été essuyé et séché avec un linge chaud.

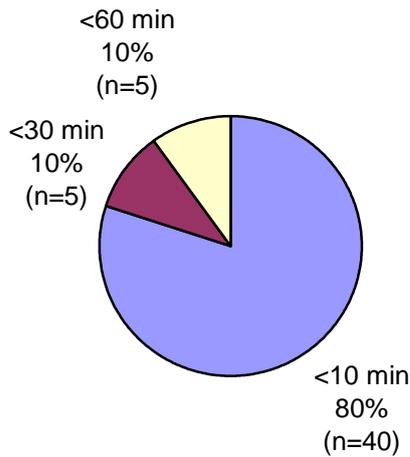


Figure 1: Délai d'installation en peau à peau avec la mère

Parmi les 40 nouveau-nés installés en peau à peau dans les dix premières minutes, 38 l'ont été dès la naissance. Un nouveau-né a été placé en peau à peau à 12 minutes pour un apgar à 8 à une minute de vie nécessitant une aspiration et une oxygénation. Quatre nouveau-nés ont bénéficié du peau à peau après dix minutes de vie sans explication particulière. Les cinq nouveau-nés placés en peau à peau après 30 minutes sont nés par césarienne et ont profité de ce contact avec leur père avant.

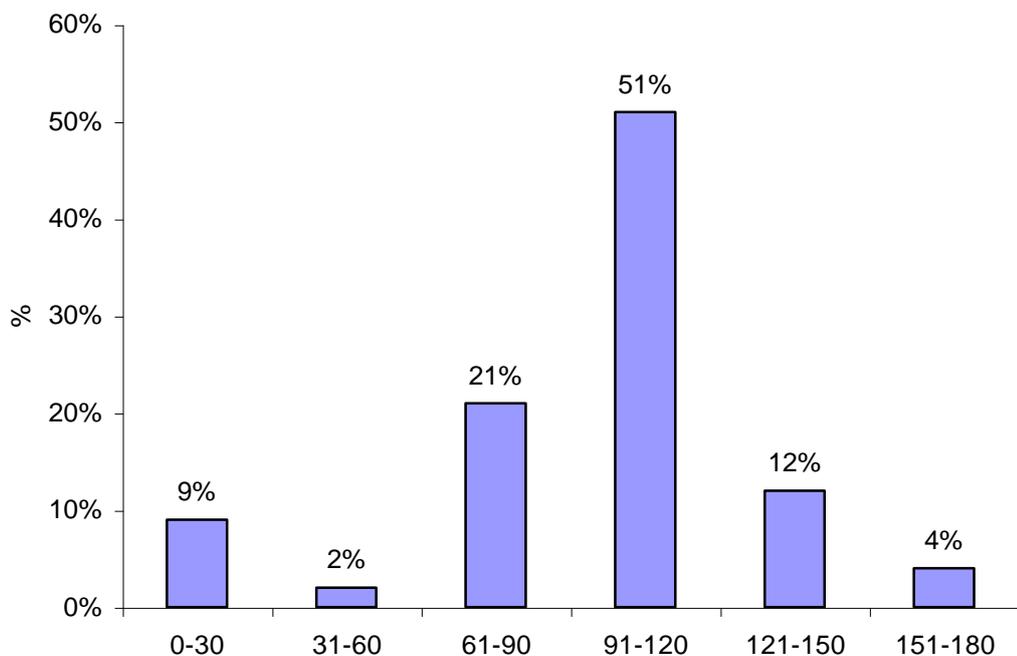


Figure 2: Durée totale du peau à peau (min)

La moitié des nouveau-nés sont restés entre 1h30 et 2h en peau à peau.

La durée moyenne du peau à peau était de 105 minutes \pm 36.

Parmi les durées de peau à peau inférieures à trente minutes :

- Une mère a accouché à 23h45 et était fatiguée,
- Une mère n'a pas voulu garder son enfant sur elle,
- Une mère a eu une hémorragie de la délivrance,
- Un nouveau-né né par césarienne a présenté une détresse respiratoire.

Parmi les observations, 33 (67 %) étaient sur le côté et 16 (33 %) sur le ventre. La visibilité du bébé est noté à la figure 3.



Figure 3 : Visibilité du nouveau-né

Dans 80% des cas, le nouveau-né est visible en s'approchant de la mère.

Sur les cinquante observations, un seul nouveau-né avait le visage enfoui, les autres avaient le visage dégagé. Ce nouveau-né a présenté des geignements à la naissance qui ont disparu en peau à peau mais qui ont repris à quatre heures de vie nécessitant la venue du pédiatre.

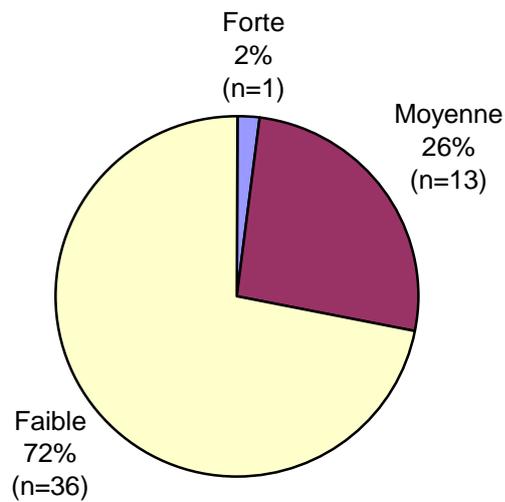
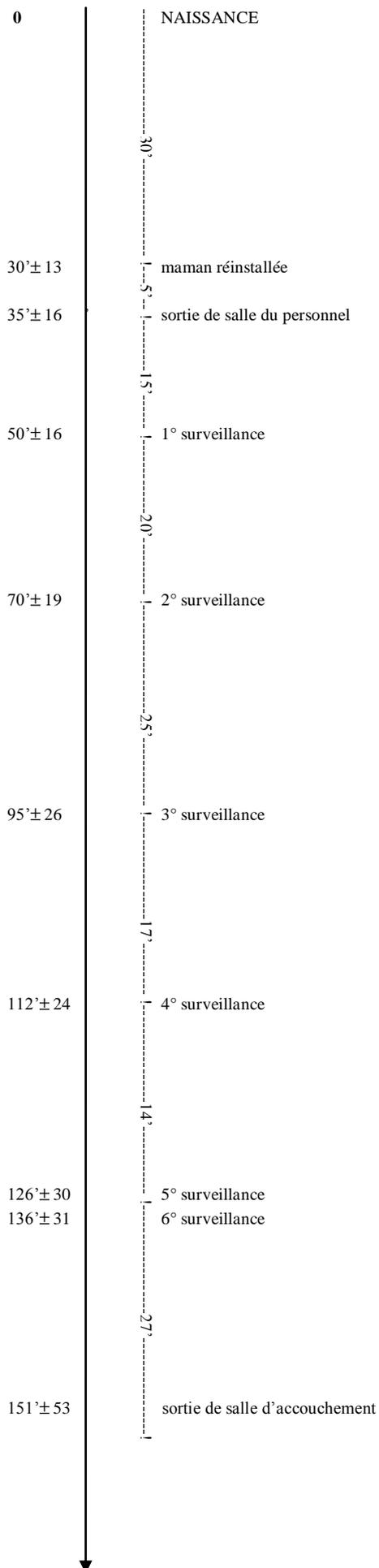


Figure 4 : Luminosité de la salle

B. Fréquence de la surveillance

La fréquence moyenne de surveillance de toutes les observations est notée à la figure suivante : on observe que les temps de surveillance – par rapport à la naissance – sont les suivants : maman ré-installée à 30 mn \pm 13, sortie de salle à 35 mn \pm 16, première surveillance à 50 mn \pm 16, deuxième surveillance à 70 mn \pm 19, troisième surveillance à 95 mn \pm 26, quatrième surveillance à 112 mn \pm 24, cinquième surveillance à 126 mn \pm 30, la sixième surveillance à 136 mn \pm 31, et la sortie de salle d'accouchement à 151 mn \pm 53. Soit en moyenne 4 surveillances pour une durée moyenne en salle de naissance de 2 h 30 après l'accouchement.

Figure 5 : Rythme de surveillance en salle d'accouchement



C. Facteurs susceptibles d'influencer la durée du peau à peau

La durée du peau à peau varie peu selon les modalités de la grossesse, du travail, de l'accouchement dans cet échantillon. Les différences de taux de réponses s'expliquent par le fait que les sages-femmes n'ont pas répondu à toutes les questions à chaque questionnaire. Le « p » correspond à la comparaison des variables pour chaque facteur susceptible d'influencer la durée du peau à peau. Rappelons que la durée moyenne du peau à peau était de 105 minutes \pm 36.

Tableau 1: La durée du travail (n=38) (p=0.12)

Durée du travail	$\leq 3h$ (n=14)	$> 3 h$ et $\leq 6 h$ (n=12)	$> 6h$ (n=12)
Durée moyenne du peau à peau (min)	117 \pm 25	97 \pm 32	103 \pm 45

Tableau 2: La durée d'expulsion (n=37) (p=0.86)

Durée d'expulsion	≤ 10 min (n=19)	11-30 min (n= 12)	>30 min (n=6)
Durée moyenne du peau à peau (min)	112 \pm 33	102 \pm 39	95 \pm 35

Tableau 3: Le type d'accouchement (n=43) (p=0.13)

Type d'accouchement	Voie basse spontanée (n=36)	Instrumental (n=3)	Césarienne (n=4)
Durée moyenne du peau à peau (min)	106 \pm 35	115 \pm 9	86 \pm 50

Tableau 4: Les lésions périnéales (n=39) (p=0.06)

Périnée	Intact (n=15)	Déchirure (n=16)	Épisiotomie (n=8)
Durée moyenne du peau à peau (min)	94 \pm 31	119 \pm 35	106 \pm 34

Tableau 5: L'heure d'accouchement (n=43) (p=0.99)

Heure d'accouchement	Jour (8h-20h) (n=23)	Nuit (20h-8h) (n=20)
Durée moyenne du peau à peau (min)	104 ± 36	106 ± 36

Tableau 6: La charge de travail de la sage-femme (n=40)

Nbre de femmes en charge par sage-femme	1 (n=19)	2 (n=16)	3 (n=4)	4 (n=1)
Durée moyenne du p à p (min)	96 ± 32	107 ± 38	115 ± 41	180

Le coefficient de corrélation est de 0.32 ($p < 0.05$) avec une pente positive de 15.4 ($\text{temps peau à peau} = 15.4 * \text{nombre de femmes} + 78.6$). Plus les femmes sont nombreuses en salle d'accouchement, plus le temps du peau à peau est long.

Tableau 7: Le terme d'accouchement (n=42) (p=0.41)

Terme (SA)	<37 (n=2)	37-41 (n=34)	>41 (n=6)
Durée moyenne du peau à peau (min)	112 ± 11	107 ± 35	89 ± 45

Tableau 8: La parité (n=43) (p=0.19)

Parité	I (n=16)	II (n=14)	III (n=8)	IV (n=5)
Durée moyenne du p à p (min)	105 ± 28	110 ± 37	98 ± 34	102 ± 61

Tableau 9: Le poids de naissance (n=46) (p=0.10)

Poids (g)	<3000 (n=7)	3000-3500 (n=25)	3500-4000 (n=6)	>4000 (n=8)
Durée moyenne du p à p (min)	114 ± 18	105 ± 36	90 ± 33	105 ± 55

Tableau 10: La température de naissance (n=30) (p=0.09)

Température (°c)	<36,6 (n=5)	36,6-37,5 (n=22)	>37,5 (n=3)
Durée moyenne du peau à peau (min)	101 ± 14	100 ± 37	113 ± 12

Tableau 11: Mise au sein en salle de naissance (n=43) (p=0.17)

Mise au sein	Oui (n=30)	Non (n=13)
Durée moyenne du peau à peau (min)	111 ± 31	90 ± 42

Tableau 12: Présence du père en salle de naissance (n=43) (p=0.37)

Père	Présent (n=38)	Va et vient (n=4)	Absent (n=1)
Durée moyenne du peau à peau (min)	102 ± 35	105 ± 37	129

Cette observation de 50 patientes permet de montrer que dans cet établissement, en 2007, les mères et les nouveau-nés bénéficient largement du peau à peau, et que les modalités et la durée sont constantes sur les observations, avec une durée plus longue quand il y a plus de femmes en salle de naissance.

Deuxième étude : Audit déclaratif de pratique des prises en charge à la naissance du nouveau-né normal, à terme et né par voie basse

3. Méthodologie

Un autre questionnaire [annexe 3] a été réalisé et remis dans trois maternités, qui ont accepté de participer, afin de comparer les pratiques des sages-femmes en salle de naissance. Deux maternités sont situées dans les Pays de la Loire et la troisième se situe en Ille-et-Vilaine. La maternité A est un hôpital public effectuant plus de 3 800 accouchements par an. La maternité B est une maternité privée participant au service public réalisant 2700 accouchements par an. Ce deuxième établissement est le même que celui choisi pour la première étude. La maternité C située en Ille-et-Vilaine est un hôpital public réalisant environ 1 400 accouchements par an. Dans chacune des maternités, les sages-femmes travaillant en salle de naissance ont reçu un questionnaire. Vingt-trois questionnaires ont été recueillis dans la maternité A soit 66% de réponses, treize dans la maternité B soit 50% de réponses et onze dans la maternité C soit 46% de réponses. Au total, 47 questionnaires ont pu être analysés.

Les maternités A et B font partie du Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire. Les recommandations pour la mise en peau à peau en salle de naissance rédigées par le Réseau sont résumées dans l'annexe 4. En plus de ces recommandations, les pédiatres de la maternité A ont fait paraître une note de service spécifique à leur prise en charge du nouveau-né [annexe 5]. Dans la maternité C, le personnel a reçu une formation par l'institut « Co-Naître » qui forme les professionnels de santé autour de la naissance. Ils ont rédigé une charte de l'allaitement maternel [annexe 6] qu'ils utilisent pour l'accueil du nouveau-né en salle de naissance et qui est affichée dans chaque chambre du service de suites de couches.

4. Résultats et analyse

A. Pratique habituelle des sages-femmes

Immédiatement après la naissance, tous les nouveau-nés sont déclarés être placés sur le ventre de leur mère quelque soit la maternité.

Tableau 13 : Déclaration des pratiques immédiatement à la naissance

	Maternité A n = 23	Maternité B n = 13	Maternité C n = 11	Ensemble n = 47
Cordon coupé immédiatement.	74%	0%	82%	55%
Examen clinique complet immédiat.	33%	0%	0%	17%
Examen complet dans les 2 heures.	67%	0%	100%	57%
Bain donné (toujours ou souvent)	9%	67%	0%	23%

Dans les maternités A et C, le cordon est coupé immédiatement la plupart du temps afin de réaliser les pH artériels et veineux au cordon.

Dans la maternité B, l'examen clinique de l'enfant est fait par le pédiatre à J1.

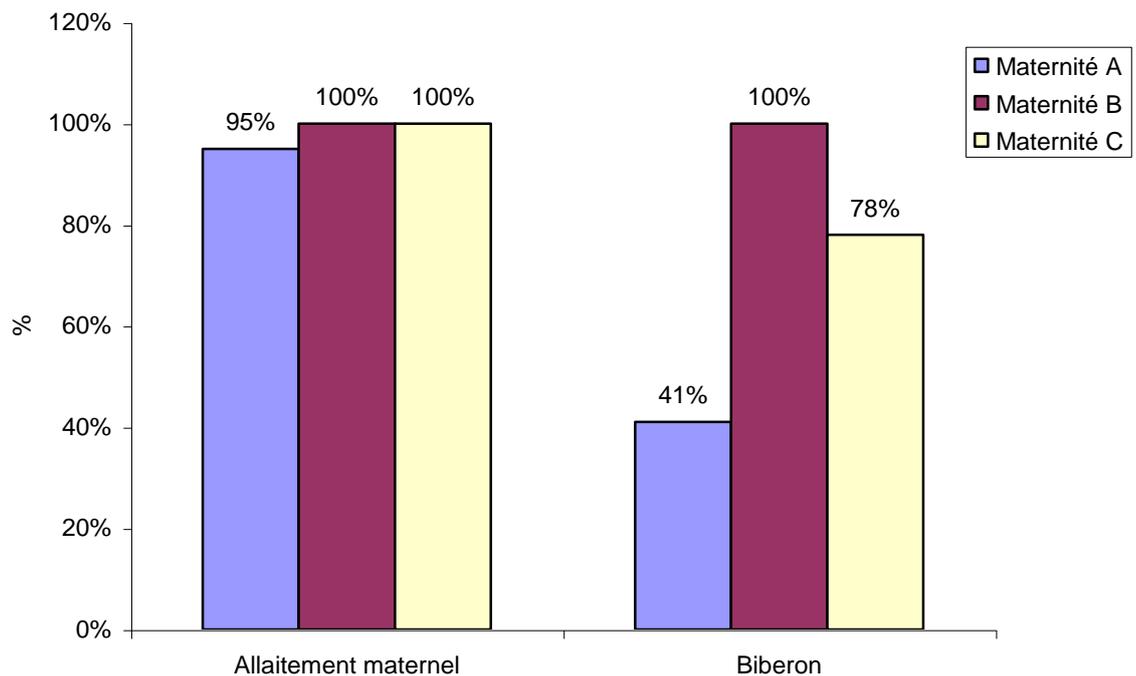


Figure 5 : Pratique du peau à peau en fonction du mode d'allaitement

Dans la maternité B, le mode d'allaitement n'influence pas la pratique du peau à peau. Dans les maternités A et C, les nouveau-nés sont plus installés en peau à peau si la mère allaite.

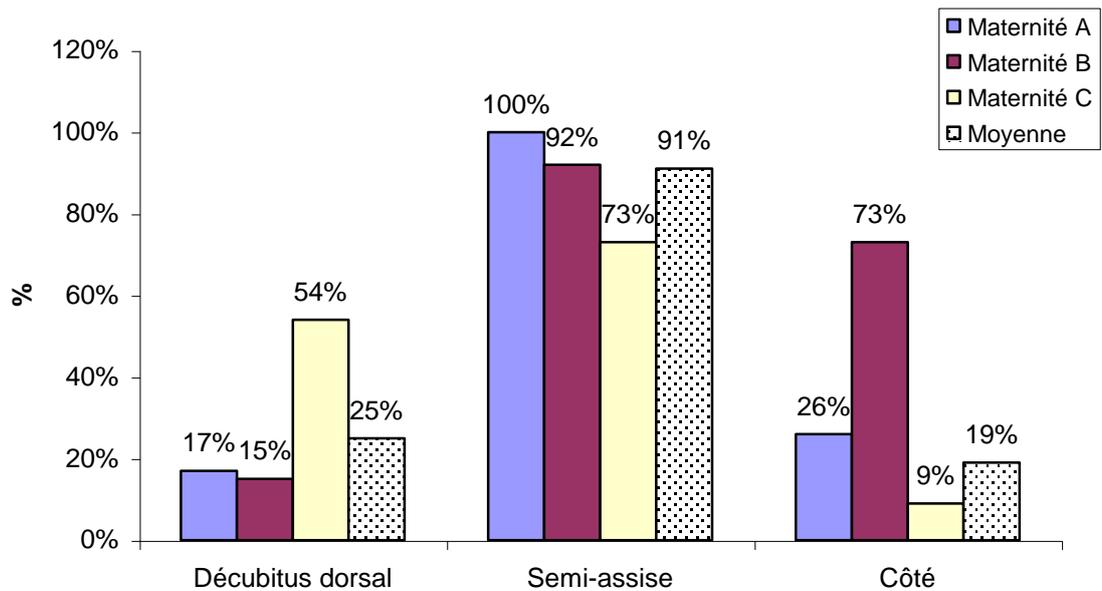


Figure 6 : Installation de la mère pour le peau à peau

Les sages-femmes ont coché plusieurs items bien que la question était à choix unique mais les résultats montrent une tendance. Dans la très grande majorité des cas, la mère est installée en position semi-assise avec son bébé en peau à peau.

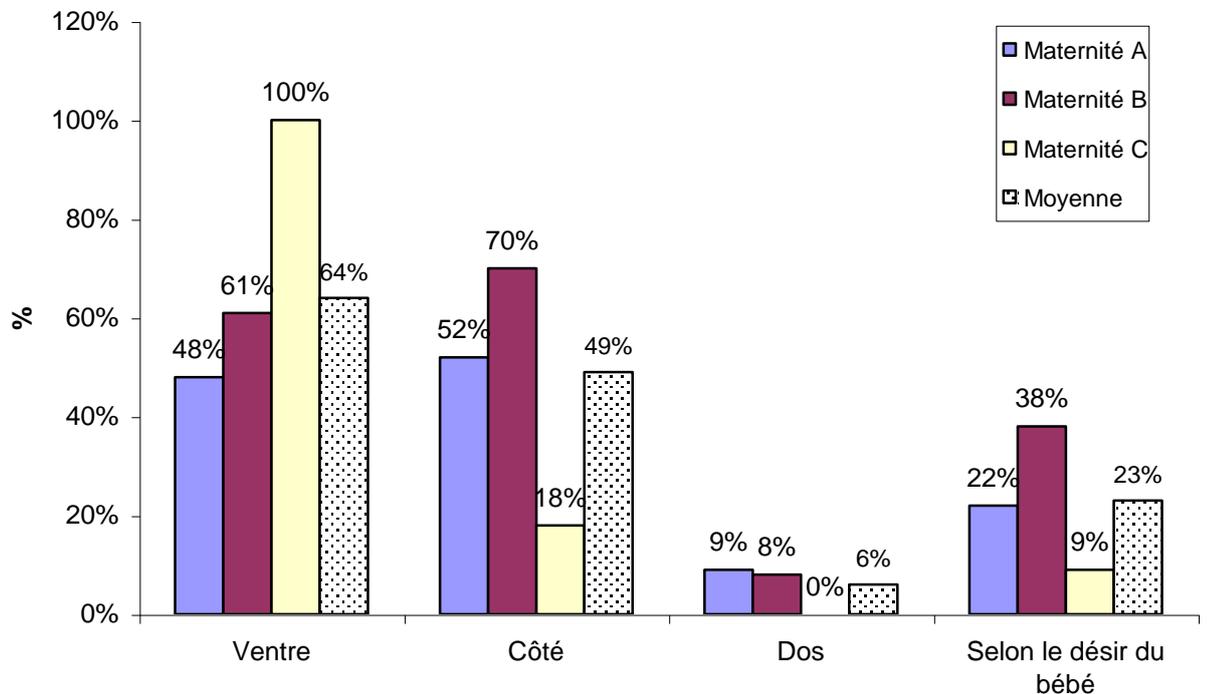


Figure 7 : Position du nouveau-né en peau à peau

Plusieurs items pouvaient être cochés pour cette question. Les réponses varient beaucoup d'une maternité à une autre mais dans toutes les maternités, les nouveau-nés sont placés pour la majorité sur le ventre ou sur le côté.

B. Examen clinique du nouveau-né réalisé dans les deux premières heures de vie en salle de naissance.

Le pourcentage correspond aux sages-femmes qui réalisent le geste de manière systématique ou occasionnelle.

Tableau 14 : L'examen clinique du nouveau-né

	Maternité A (n=23)	Maternité B (n=13)	Maternité C (n=11)
Aspiration pharyngée	83%	61%	90%
Aspiration gastrique	96%	69%	91%
Aspiration nasale	65%	50%	61%
Dépistage de l'atrésie de l'œsophage	83%	31%	82%
Dépistage de l'atrésie des choanes	83%	23%	70%
Examen du crâne, de la face, du cou	100%	8%	100%
Examen du visage (paralysie faciale)	100%	17%	91%
Examen des yeux (pupille, cornée)	73%	0%	73%
Recherche d'une fente labio-palatine	100%	18%	100%
Recherche de paralysie du plexus brachial	100%	31%	91%
Auscultation cardiaque	78%	0%	100%
Auscultation pulmonaire	78%	0%	100%
Examen de la paroi abdominale	93%	17%	91%
Dépistage de malformation ano-rectale	100%	50%	100%
Vérification des OGE	96%	50%	100%
Examen des hanches	87%	0%	73%
Examen de la charnière lombo-sacré	100%	18%	100%
Recherche d'anomalie des membres	100%	18%	100%
Réflexes archaïques	96%	0%	91%

On remarque une différence entre les résultats de ce tableau et ceux décrits pour la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né dans les deux premières heures de vie pour la maternité B [Tableau 13]. Nous avons vu que le nouveau-né était

examiné par le pédiatre à J1 et dans ce tableau, certains gestes sont réalisés par les sages-femmes en salle de naissance. L'explication de cette différence est que les sages-femmes ne retirent pas le nouveau-né de sa mère pour réaliser cet examen clinique ; elles l'examinent visuellement directement en peau à peau.

Dans toutes les maternités, le bébé est systématiquement remis à la mère après les soins.

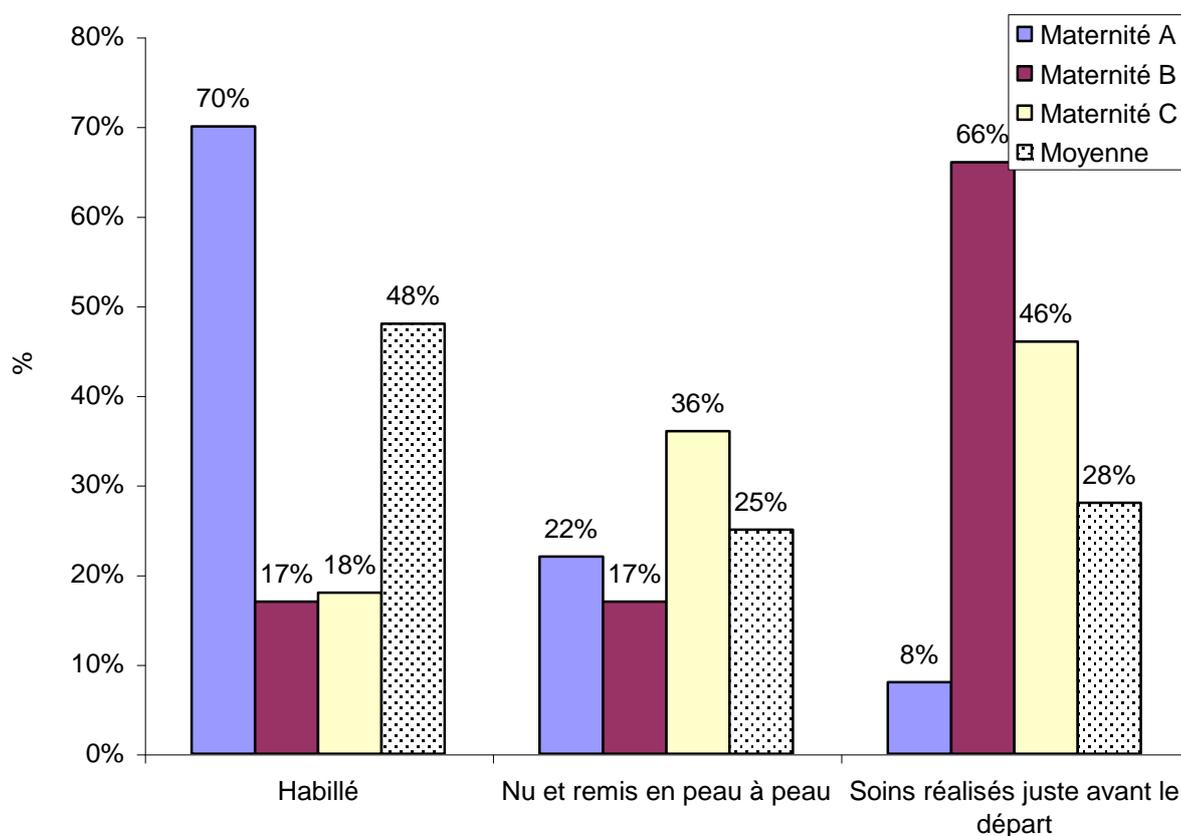


Figure 8 : Installation du nouveau-né après le peau à peau

Dans les maternités B et C, la tendance est de s'occuper des soins du nouveau-né juste avant le départ en suites de couches. Dans la maternité A, le nouveau-né est remis à la mère habillé dans la plupart des cas.

C. La surveillance du peau à peau en salle de naissance.

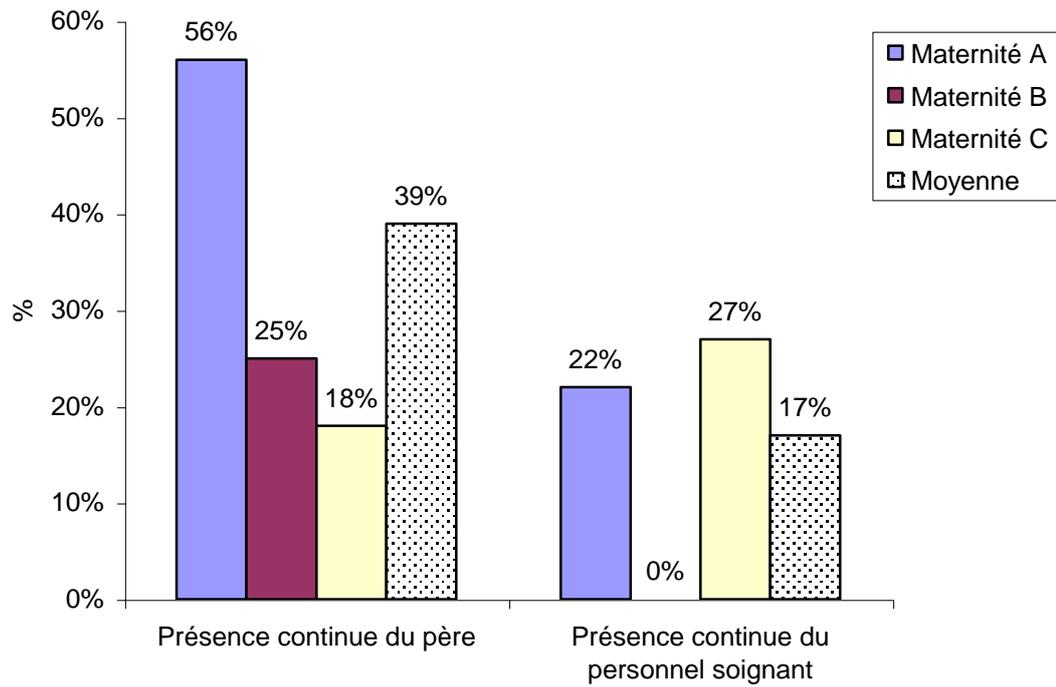


Figure 9 : Surveillance du peau à peau

Dans au moins trois quarts des cas, il n'y a pas de surveillance continue par le personnel soignant.

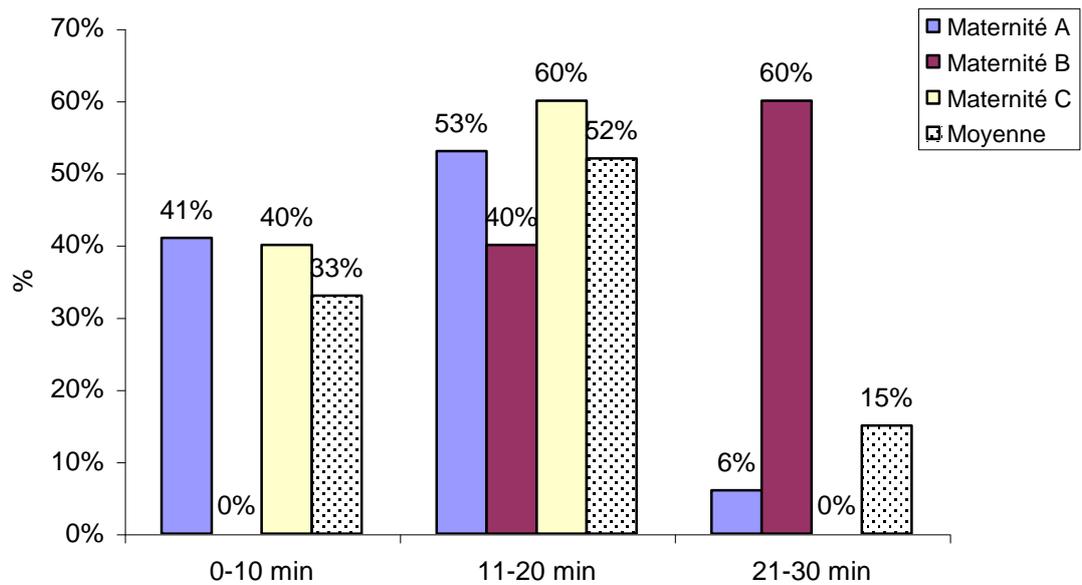


Figure 10 : Fréquence de surveillance du peau à peau

Dans les maternités A et C, la fréquence de surveillance du peau à peau par le personnel soignant est plus rapprochée que dans la maternité B. Le laps de temps entre deux surveillances n'excède jamais trente minutes quelque soit la maternité. La durée moyenne entre deux surveillances est de douze minutes (± 8).

D. Durée du peau à peau

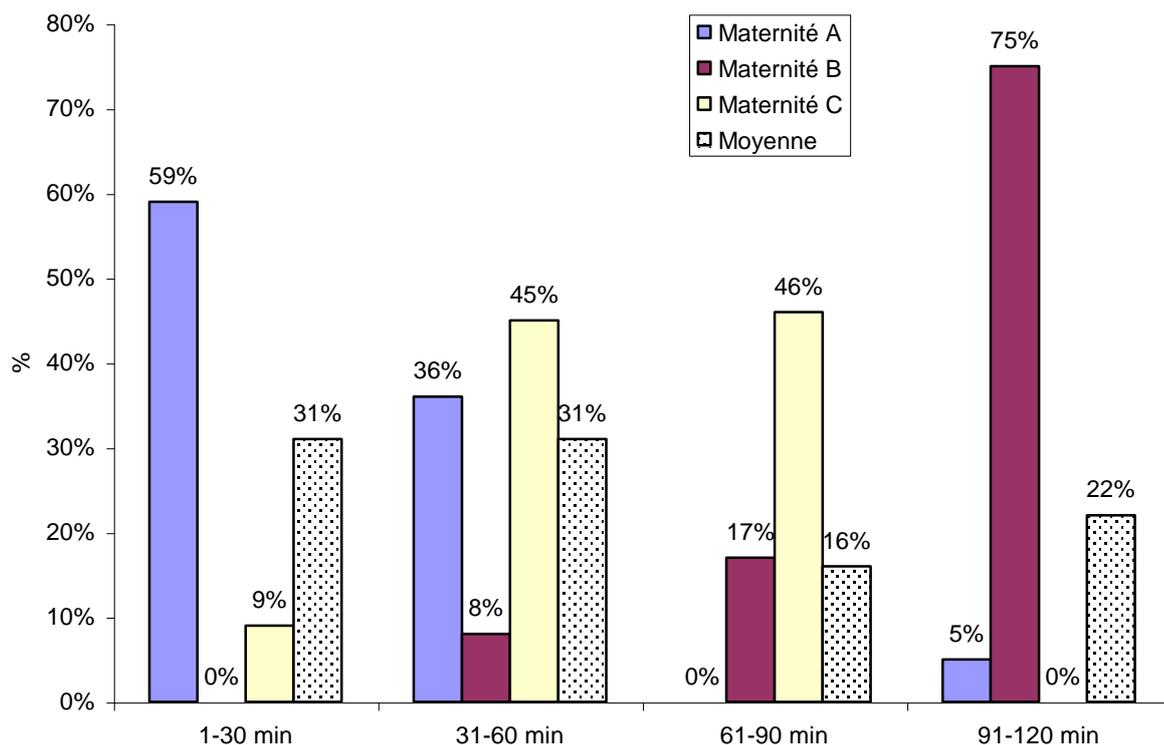


Figure 11 : Durée moyenne du peau à peau

La durée moyenne du peau à peau est dite de soixante-quatre minutes (± 37). Il y a de grandes disparités entre les trois maternités. Dans la maternité A, la durée moyenne du peau à peau est de trente-huit minutes (± 25) ; dans la maternité B, elle est de cent-dix minutes (± 20) et dans la maternité C, elle est de soixante-sept minutes (± 19).

Tableau 13 : La durée du peau à peau est : (plusieurs réponses possibles)

	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Moyenne
Un temps demandé par la mère	70%	92%	73%	77%
Un temps selon l'occupation du personnel	52%	0%	9%	28%
Un temps limité	17%	0%	9%	11%

Dans plus de trois-quarts des cas, la mère décide du temps du peau à peau. En commentaires, beaucoup de sages-femmes ont ajouté un item supplémentaire qui n'avait pas été proposé dans le questionnaire : le temps du peau à peau est « un temps proposé par le personnel soignant ».

E. L'avis des sages-femmes

Tableau 14 : Raisons invoquées pour limiter la durée du peau à peau (plusieurs réponses possibles)

	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Moyenne
Fin de la délivrance	4%	0%	0%	2%
Fin de la suture	13%	0%	18%	12%
Absence de personnel dans la salle d'accouchement	35%	0%	9%	21%
Absence du père en salle d'accouchement	48%	12%	0%	29%
Soins au nouveau-né	35%	12%	45%	33%
Fatigue maternelle	74%	25%	36%	55%

La raison la plus retenue pour limiter la durée du peau à peau est la fatigue maternelle. Cela va dans le même sens que les résultats du tableau précédent

[Tableau 3] où nous avons vu que l'arrêt du peau à peau est principalement demandé par la mère.

Tableau 15 : Critères pour installer le nouveau-né en peau à peau (plusieurs réponses possibles)

	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Moyenne
Systematiquement si possible	78%	100%	100%	89%
Si demande parentale	56%	31%	64%	51%
En cas d'hypothermie fœtale	13%	0%	9%	8.5%
Présence continue auprès de la mère	26%	0%	18%	17%

Dans plus des trois quarts des cas, les sages-femmes prétendent installer le nouveau-né en peau à peau systématiquement si possible.

Tableau 16 : Connaissance de recommandations sur la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance

	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Moyenne
Recommandations	62%	82%	82%	72%
Du Réseau	48%	64%	27%	46%
De l'ANAES	14%	18%	45%	23%
De revues	19%	36%	45%	30%

Les sages-femmes disent à 72% avoir pris connaissance de recommandations particulières sur la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance. Les recommandations dans la maternité C située en dehors des Pays de la Loire proviennent essentiellement d'une formation que les sages-femmes ont suivi pour la mise en place de l'allaitement maternel. Cette formation leur a permis de rédiger une charte et de se mettre d'accord sur une attitude identique en salle de naissance pour réaliser les soins au nouveau-né. A peine la moitié des sages-femmes de la maternité A et deux tiers de celles de la maternité B déclarent être au courant des recommandations rédigés par le Réseau Sécurité Naissance « Naître Ensemble ».

Commentaires en clair

Les sages-femmes ont noté de nombreux commentaires à propos du questionnaire que nous allons tenter de résumer en les classant par maternité. Tous les commentaires ne seront pas écrits mais ceux qui sont les plus fréquemment répertoriés.

Maternité A

Parmi les 18 commentaires notés pour la maternité A, 12 ont insisté sur la nécessité de surveillance pendant la durée du peau à peau.

- « Le peau à peau est limité à quelques minutes la nuit car la fatigue des parents diminue leur vigilance ».
- « Le peau à peau n'est réalisé que si la disponibilité du personnel est compatible avec une surveillance de l'enfant ».
- « Le peau à peau dépend de l'attitude de la maman, de ses capacités d'observation ».
- « La présence continue du personnel soignant est souhaitable mais impossible ».
- « Le peau à peau est réalisé si le papa est présent et si le couple a reçu des conseils de surveillance : mobilité du nouveau-né et dégagement des voies aériennes supérieures en permanence ».

Les autres commentaires mentionnent que « le peau à peau doit être réalisé au cas par cas en fonction du désir des parents et selon l'état clinique du nouveau-né et de la mère ».

« Un protocole rendrait le peau à peau encore plus difficile et impliquerait sûrement une surveillance continue, un scope... ; ce qui est en contradiction avec son côté naturel ».

Maternité B

A propos de la surveillance :

- « La surveillance dépend de l'attitude des parents et de leur vigilance, de l'adaptation à la vie extra utérine et de la position du bébé ».

- « Le père est présent quasiment tout le temps et l'auxiliaire et la sage-femme se relaient régulièrement pour la surveillance ».

Le temps du peau à peau est « un temps proposé par l'équipe ou demandé par la mère et qui n'est pas limité en l'absence de pathologie maternelle ou néonatale ».

« Un bébé peut bénéficier du peau à peau quelque soit son mode d'alimentation ».

Il y a eu un consensus d'équipe sur la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance par la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture pour une attitude commune mais « la prise en charge est individualisée pour chaque naissance ». « Le terme *protocole* ne convient pas au peau à peau qui est une pratique naturelle ».

Maternité C

« Le peau à peau est proposé aux parents systématiquement avant la naissance en leur expliquant les bénéfices et réalisé selon leur souhait ». « Il est indispensable à l'instauration du lien entre la mère et le bébé ». « La présence du personnel soignant est continue au début, puis la fréquence de surveillance diminue au fur et à mesure pendant les deux premières heures ». « Les soins au nouveau-né sont réalisés juste avant le départ en suites de couches afin de garder le bébé le plus longtemps possible contre sa mère ».

Discussion sur l'audit d'observation de 50 cas de mise en peau à peau

5. Biais de méthodologie

L'audit clinique pose le problème de son influence sur les pratiques et donc sur les résultats obtenus. Les observations ne pouvaient être réalisées par une seule personne, ce qui aurait été idéal pour l'objectivité du recueil. Cependant, une personne extérieure au service, présente en qualité d'observateur, augmente la vigilance des soignants quant à leurs pratiques qui s'en trouvent alors légèrement modifiées. Les sages-femmes devaient évaluer leur propre travail ce qui entraîne un biais de subjectivité que nous avons essayé de minimiser en leur demandant de remplir le questionnaire au fur et à mesure de la prise en charge et non à distance et les questions posées étaient simples. Quoiqu'il en soit ces inconvénients font partie de la méthode elle-même.

6. Résultats

Les bénéfices du peau à peau ont été largement démontrés. Outre le fait que le contact précoce et prolongé entre le nouveau-né et sa mère facilite la mise en place de l'allaitement maternel, il permet de nombreux autres avantages. Il favorise l'adaptation thermique. Il améliore le bien-être du nouveau-né. Il favorise l'adaptation métabolique. Il facilite l'établissement du lien mère-enfant. Il permet au nouveau-né d'être d'abord colonisé par la flore bactérienne « familiale ». Il facilite la transition entre la vie intra et extra-utérine. Il respecte donc la biologie du nouveau-né mais doit être compatible avec sa sécurité.

Rappelons les éléments de prévention des malaises de nouveau-nés dans les deux premières heures en salle de naissance dans le Réseau des Pays de la Loire :

- Réserver les indications du peau à peau aux mères sans pathologie, aux nouveau-nés normaux, non prématurés et sans pathologie, avec une surveillance possible et une activité obstétricale compatible avec une surveillance à ce moment-là ;

- Sécher l'enfant avec un linge chaud (mis par exemple en attente sous une rampe chauffante) ;
- Recouvrir d'un linge en laissant le visage dégagé et visible (un bonnet peut être mis sur la tête) ;
- Mettre le nouveau-né plutôt sur le côté sur la poitrine de la mère, et le disposer sur le ventre en cas de besoin de téter (sous contrôle d'une aide à ce moment-là) ;
- Surveiller régulièrement l'enfant en restant dans la salle de naissance et en regardant son aspect et sa face ;
- Ne pas laisser seuls une mère et son nouveau-né ; la présence du père ou d'un familial n'est pas une garantie de surveillance de qualité.

Le premier élément de prévention est de réserver les indications du peau à peau aux mères sans pathologie, aux nouveau-nés normaux, non prématurés et sans pathologie, avec une surveillance possible et une activité obstétricale compatible avec une surveillance à ce moment-là.

L'établissement dans lequel a été réalisée l'étude place l'accueil du nouveau-né comme priorité. Cette maternité est un établissement de niveau II et accueille par conséquent beaucoup de grossesses à bas risques avec peu de complications maternelles et néonatales. Ainsi, tous les nouveau-nés ont pu bénéficier d'un contact en peau à peau débuté dès la première heure de vie. Parmi toutes les observations, cinq mères ont accouché par césarienne mais ont toutes eu leur enfant en peau à peau dès leur retour de césarienne pour une durée moyenne de 86 minutes ± 50 . Deux enfants nés avant terme soit l'un à 35 semaines d'aménorrhée (SA) et 6 jours et l'autre à 36 SA et 1 jour ont aussi été installés en peau à peau durant 120 minutes pour le premier et 105 minutes pour le second. Les surveillances de ces deux nouveau-nés ont été plus rapprochées avec une moyenne de quinze minutes entre chaque visite par le personnel soignant. Il n'y a pas eu de particularité notée pour ces différentes situations.

Les éléments de prévention indiquent que l'activité obstétricale doit être compatible avec une surveillance. Les résultats de l'étude montrent de manière significative que plus les femmes sont nombreuses en salle d'accouchement, plus le temps du peau à peau est long. Si nous supposons que la charge de travail importante de la sage-

femme ne lui permet pas de réaliser une surveillance rapprochée, nous pouvons conclure que cet élément de prévention des malaises de nouveau-nés n'est pas respecté sur cet échantillon.

Tous les nouveau-nés ont été séchés avec un linge chaud à la naissance comme le recommande le Réseau Sécurité Naissance.

Le réseau préconise des recommandations en ce qui concerne l'installation du nouveau-né : le mettre plutôt sur le côté sur la poitrine de la mère, le disposer sur le ventre en cas de tétée et recouvrir le nouveau-né d'un linge en laissant le visage dégagé et visible. Dans l'échantillon étudié, 67% des nouveau-nés ont été positionnés sur le ventre, seuls 33% étaient sur le côté. Le Dr Gremmo-Feger pédiatre au CHU de Brest et s'occupant de la formation Co-Naître en Bretagne préconise le peau à peau avec le bébé à plat ventre contre sa mère. Dans toutes les observations, les sages-femmes ont dit avoir recouvert systématiquement l'enfant avec un linge ou une couverture. Sur les 50 cas, un nouveau-né a été découvert le visage enfoui contre sa mère. Cet enfant a présenté des geignements à la naissance qui ont repris à quatre heures de vie, nécessitant la venue du pédiatre. Nous pouvons nous poser la question de la sécurité qui reste la principale objection à la pratique du peau à peau dans ce cas précis. Sur le plan physiopathologique, nous avons vu que les causes des malaises évoquent un syndrome asphyxique avec respiration exclusive de l'air expiré (rebreathing) pour des bébés peu réactifs, enfouis sur le ventre ou entre les seins de leur mère, souvent primipare, qui s'endort après l'accouchement [29]. Pour ce cas, la mère était primipare et a accouché spontanément à huit heures du matin d'un bébé avec un apgar à 8 à une minute de vie puis à 10 à cinq minutes de vie. Le nouveau-né n'a pas été installé sur une table d'examen et a été mis immédiatement en peau à peau en position ventrale où il est resté 160 minutes puis a été dans les bras de son père pendant 60 minutes. Durant le post-partum immédiat, la sage-femme est restée 55 minutes après l'accouchement dans la salle pour suturer la déchirure périnéale et le papa est resté toujours présent. La sage-femme avait en charge trois patientes et la surveillance après la première heure de vie n'a pas été notée pour ce questionnaire. De nombreux facteurs de risque de malaise sus cités sont retrouvés et on peut se demander si la pratique du peau à peau est licite dans ce cas et ne pourrait pas être contre-indiquée au profit de la mise en lit ou en couveuse. Aurait-on dû installer une

surveillance monitorée pour cet enfant resté en peau à peau ? Le débat n'est pas résolu et se heurte au concept de soins minimaux et relationnels [29].

La dernière recommandation concernant la surveillance semble être la plus difficile à mettre en œuvre dans les services. Il faudrait surveiller régulièrement l'enfant en restant dans la salle de naissance en regardant son aspect et sa face et sans laisser seuls une mère et son nouveau-né (la présence du père ou d'un familial n'étant pas une garantie de surveillance de qualité). Il y a différentes manières d'interpréter cette phrase. Faut-il être présent en continu ou surveiller régulièrement l'enfant ? Le groupe de discussion qui a rédigé cette recommandation n'a pas réussi à définir un consensus général commun à toutes les maternités. Y aurait-il un temps optimal entre deux surveillances ? La réponse dépend évidemment du contexte propre à chaque naissance. Les résultats de l'étude montrent que le personnel soignant reste en moyenne 35 minutes de manière continue en salle après la naissance mais que la surveillance ultérieure est discontinuë : 14 à 25 minutes en moyenne entre deux surveillances.

La faible incidence des malaises de nouveau-nés en salle de naissance nous permet-elle de réaliser le peau à peau en effectuant une surveillance discontinuë ? La charge de travail ne permet pas de rester présent dans la salle de naissance pendant les deux heures de surveillance du post-partum. Faudrait-il alors limiter la durée du peau à peau et ne pas le prolonger à partir du moment où la sage-femme quitte la salle d'accouchement ? Une surveillance discontinuë pourrait-elle être admise si le nouveau-né est correctement installé ; sur le côté avec le visage dégagé, et que les parents restent vigilants et demandent l'arrêt du peau à peau dès qu'ils le désirent ou si la mère est fatiguée ? On peut se demander si une information des parents préalable à l'accouchement ne pourrait pas avoir des aspects bénéfiques : leur expliquer l'intérêt du peau à peau, les informer sur l'importance de la position du bébé pour dégager les voies respiratoires et leur permettre d'accepter l'état de fatigue de la mère. Les parents pourraient dès lors se sentir plus actifs dans la surveillance de leur enfant. N'oublions pas que dès lors qu'ils auront quitté la salle d'accouchement, soit deux heures après la naissance, le bébé et la mère seront en surveillance très sporadique. Cette formation leur serait utile au moins pendant les premières semaines de vie de leur enfant et leur permettrait de se sentir plus responsables.

Depuis son ouverture en 2004, cette maternité a été confrontée une fois à un malaise grave sans décès d'un nouveau-né en peau à peau dans les deux premières heures de vie. La sage-femme ainsi que le gynécologue-obstétricien étaient présents dans la salle au moment du malaise. La présence continue du personnel soignant n'est donc pas le gage d'une surveillance continue du nouveau-né.

Les recommandations internationales sur la prise en charge du nouveau-né en post-partum immédiat préconisent que le nouveau-né bien portant soit séché puis posé sur le ventre de sa mère dès les premières minutes de vie, dès lors qu'un examen clinique sommaire a confirmé l'absence de détresse, pour favoriser un contact précoce et prolongé (une heure et demie au minimum) [17, 18].

Notre étude montre que les nouveau-nés sont installés dans les dix premières minutes de vie en peau à peau dans 80% des cas. Les enfants nés par césarienne ont été mis sur le ventre de leur mère dès leur retour de salle de césarienne. La durée moyenne du peau à peau est de 105 minutes. Parmi les facteurs analysés, un seul a eu une influence sur la durée du peau à peau ; il s'agit de la charge de travail de la sage-femme. Plus la sage-femme a de patientes en charge, plus la durée du peau à peau est longue. Une des hypothèses pourrait être que lorsque la charge de travail devient trop importante, le personnel soignant ne dispose plus d'un temps suffisant pour arrêter le peau à peau. Les sages-femmes réalisent une surveillance régulière mais ne peuvent pas faire les soins de nursing au nouveau-né. Cette maternité favorise le contact précoce et prolongé entre la mère et l'enfant comme le préconisent l'OMS et l'HAS et se situe dans une démarche visant le label Initiative Hôpital Ami des Bébé. Cette politique définie et volontaire permet de placer les soins aux nouveau-nés pour le bien-être des enfants et de leurs parents comme priorité ce qui n'est pas réalisé dans la plupart des maternités.

Discussion sur l'audit déclaratif et l'opinion des sages-femmes

7. Biais de méthodologie

Les résultats de l'audit déclaratif présentent plusieurs biais. Dans chaque maternité, le questionnaire était proposé aux sages-femmes en salle de naissance. Les taux de réponses étaient de 66% dans l'établissement A, et respectivement 50 et 46% dans les établissements B et C. Le faible taux de réponse peut indiquer que seules les sages-femmes intéressées par le sujet ont répondu et les résultats sont par conséquent biaisés. L'audit déclaratif pose également le problème d'une sur-estimation des pratiques par les soignants eux-mêmes par rapport à l'audit d'observation et une certaine influence par les choix de réponse possibles.

8. Comparaison des deux études

Les sages-femmes disent pratiquer le peau à peau systématiquement quelque soit le mode d'allaitement. En effet, nous avons montré dans l'audit d'observation que tous les nouveau-nés ont bénéficié du peau à peau en salle de naissance et que le type d'allaitement n'influençait pas de manière significative sa durée moyenne (111min vs 90min).

Pour l'installation du nouveau-né, nous retrouvons dans les deux études que deux tiers sont positionnés sur le ventre. En revanche, deux tiers sont déclarés être installés sur le côté, or dans l'audit d'observation, seul un tiers l'était. Cela peut être expliqué par le fait que pour l'observation, les sages-femmes ont répondu au questionnaire pour un nouveau-né précis alors que dans l'audit déclaratif, les sages-femmes expliquent leur pratique habituelle qui varie selon les cas.

Les soins de l'enfant sont le plus souvent faits juste avant le départ pour les suites de couches ce qui correspond à ce que nous avons vu dans la première étude ; à savoir, une pratique du peau à peau dès les premières minutes de vie et de manière prolongée.

Nous avons vu que la surveillance du peau à peau était discontinuée par le personnel soignant et que la fréquence de surveillance se situe entre dix et trente minutes ce qui est concordant entre les deux études.

Pour la durée moyenne du peau à peau, nous retrouvons aussi les mêmes résultats d'une étude à l'autre. La durée moyenne exprimée par les sages-femmes est de 110

minutes alors que dans l'audit d'observation nous avons pour les cinquante observations une durée moyenne de 105 minutes.

Pour les résultats que nous pouvons comparer entre les deux études, nous retrouvons des résultats vraiment concordants. Nous pouvons admettre qu'il n'y a pas énormément de différences entre ce que les sages-femmes disent et pensent faire et ce qu'elles font réellement ce qui réduit une partie des biais liés à l'audit déclaratif.

9. Comparaison des trois maternités

Nous avons vu dans la première étude que la maternité B a placé l'accueil du nouveau-né comme priorité dans le but d'obtenir le label « Initiative Hôpital Ami des Bébé » (IHAB). Cette initiative est un concept international proposé depuis 1992 par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Unicef. L'objectif de cette initiative est de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau né afin d'améliorer l'accueil de celui-ci. L'équipe d'un service « Ami des Bébé » favorise la proximité mère-enfant d'une part, et encourage, accompagne et protège l'allaitement maternel d'autre part. Elle assure à chaque enfant et à sa mère, le meilleur capital santé et le meilleur attachement possible. Plusieurs des Dix recommandations de l'OMS et de l'UNICEF sont bénéfiques aussi pour les bébés non allaités puisqu'elles favorisent une bonne relation mère enfant.

Les résultats de notre étude témoignent bien de cette politique. En effet, nous avons vu que l'établissement du lien mère-enfant est instauré dès la naissance par le contact en peau à peau pour tous les nouveau-nés quelque soit le mode d'allaitement après qu'un examen visuel sommaire de l'enfant a exclu une détresse néonatale. Les soins de nursing sont différés et réalisés juste avant le départ pour les suites de couches afin que le peau à peau soit prolongé au maximum avec une durée moyenne de 110 minutes dans l'étude. C'est la mère qui décide d'interrompre le peau à peau lorsqu'elle le désire ; sinon il peut être poursuivi jusqu'à la sortie de salle d'accouchement. Aucune sage-femme n'impose une présence continue par un tiers auprès de la maman. La surveillance par le personnel soignant est discontinuée toutes les 22 minutes en moyenne. Cette surveillance est réalisée alternativement entre la sage-femme et l'auxiliaire. Les sages-femmes ont répondu à 82% avoir connaissance de recommandations sur la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance et pour 64% du Réseau Sécurité Naissance « Naître Ensemble ».

Au sein de la maternité A, les résultats de l'étude sont vraiment différents de ceux de la maternité B bien que ces deux établissements fassent partie du même réseau périnatal. A la suite de malaises graves de nouveau-nés en peau à peau, les pédiatres ont rédigé une note de service dans laquelle ils précisent que la durée du peau à peau doit être limitée à quinze minutes et que la surveillance par un membre de l'équipe doit être continue [annexe 5]. La diffusion de ces recommandations limite beaucoup la pratique du peau à peau qui n'est pas systématique pour les nouveau-nés présumés sains et qui varie beaucoup en fonction du mode d'allaitement. Les nouveau-nés sont mis deux fois plus en peau à peau si la mère allaite. Il est réalisé dans seulement 41% si la mère donne le biberon. La durée moyenne du peau à peau est de 38 minutes et ensuite, l'enfant est la plupart du temps habillé. L'examen clinique complet est réalisé dès la naissance pour un tiers des nouveau-nés. Dans cette maternité, la prise en charge est plus sécuritaire et la surveillance est beaucoup plus rapprochée. Une sage-femme sur cinq permet la réalisation du peau à peau uniquement si le personnel soignant est présent de manière continue dans la salle. La durée moyenne entre deux surveillances est de 11 minutes. La durée du peau à peau est dans la moitié des cas limitée selon l'occupation du personnel et l'absence du père en salle de naissance. Les recommandations pour la prise en charge du nouveau-né ne sont connues que par 62% des sages-femmes.

Au sein de cette maternité, un nouveau mode de surveillance est en phase d'essai depuis février 2008. Il s'agit d'un chausson porté par le bébé, destiné à mesurer l'oxymétrie de pouls (SpO₂), la fréquence cardiaque (FC) et l'activité du bébé et transmettre ces données par radiofréquence à un récepteur distant porté par le professionnel de santé. L'objectif est de proposer une technologie de moniteur de surveillance de nouveau-nés présentant un risque de décompensation respiratoire brutal. La surveillance monitorée serait-elle la solution pour allier bien être et sécurité ? Les premiers essais semblent mettre en évidence des difficultés techniques et d'organisation. A quels enfants doit-on poser ce chausson de surveillance ? A partir de quel moment : le début du peau à peau ou la sortie de salle d'accouchement ? La taille du dispositif d'alerte ne permet pas d'en avoir deux sur soi donc si le chausson doit être installé à tous les nouveau-nés, la sage-femme ne peut pas réaliser de peau à peau pour plusieurs patientes simultanément. La

surveillance médicale par des moyens techniques est-elle compatible avec le peau à peau qui se revendique comme un acte naturel ?

La maternité C est la seule qui ne fait pas partie du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire. Le réseau périnatal « Bien Naître en Ille et Vilaine » n'a pas établi de recommandation particulière pour la pratique du peau à peau en salle de naissance mais une charte [annexe 6] a été rédigée pour le service. La politique mise en place consiste à favoriser l'allaitement maternel qui est facilité par le peau à peau précoce. Tous les enfants allaités au sein et trois quarts des enfants non allaités en bénéficient dès la naissance. Les soins de nursing et l'examen clinique sont différés dans le post-partum. La surveillance est discontinuée dans trois quarts des cas mais réalisée à une fréquence moyenne de 10 minutes. La durée moyenne du peau à peau est de 67 minutes. Dans 82% des cas, les sages-femmes disent avoir eu connaissance de recommandations sur la prise en charge du nouveau-né.

Ces trois exemples montrent bien que la prise en charge est très différente d'une maternité à une autre. A la lecture de chaque questionnaire, nous avons pu vérifier qu'elle est également très variable au sein d'une même équipe mais dans les maternités B et C où une politique particulière a été définie, nous retrouvons une harmonisation des pratiques.

10. Perspectives

La pratique du peau à peau, recommandée par la littérature, n'est pas toujours réalisée en pratique. Lorsqu'elle est faite, les règles établies pour la surveillance et la sécurité ne sont pas systématiquement respectées. Le risque principal au cours du peau à peau semble être la survenue d'un malaise grave du nouveau-né, toujours traumatisant pour les parents et le personnel soignant. Ce risque, même très faible (estimé à 1 pour 26000 avec 1 décès pour 40000 naissances [29]), ne doit pas faire oublier l'obligation de sécurité dans cette situation. Certaines sages-femmes déclarent ne plus faire de peau à peau par crainte de ces malaises.

Les études à la base de ce mémoire ont permis de constater que toutes les sages-femmes ne connaissent pas les recommandations et que l'intérêt et l'évaluation des risques restent flous pour nombre d'équipes.

S'il faut renforcer la pratique du peau à peau, il semble alors que l'information doive être améliorée auprès de l'ensemble du personnel soignant (des médecins aux auxiliaires de puériculture).

Par quels moyens ? Information scientifique ? Formation (initiale ou continue) ?

Définition de protocoles ?

C'est vraisemblablement en utilisant l'ensemble de ces moyens que l'on favorisera la pratique tout en améliorant la sécurité, avec en prime une clarification des méthodologies et des responsabilités du personnel soignant. En effet, en l'absence de protocole clairement établi, il semble qu'il reste un certain flou dans les responsabilités respectives de la direction d'établissement, du chef de service, de la sage femme et des autres personnels soignants en cas de malaise d'un nouveau-né.

Comme dans toute démarche qualité, audits et évaluations permettront alors de vérifier la réalisation et d'améliorer les recommandations dans le temps tout en valorisant le travail du personnel.

CONCLUSION

Le peau à peau en salle de naissance est une pratique qui se généralise de plus en plus au sein des maternités. Il amène une dimension plus physiologique à l'accueil du nouveau-né, très appréciée des parents en général. Cette nouvelle pratique a semblé coïncider avec plusieurs malaises graves de nouveau-nés présumés sains à la naissance. Il convient donc de réaliser une surveillance adaptée pour que ces évènements ne se reproduisent plus.

La confrontation des trois établissements dans leur pratique courante montre de grandes disparités qui font réfléchir sur la pratique de chacun. Chaque maternité travaille avec des convictions différentes. Dans la maternité A, l'enjeu sécuritaire est primordial au détriment de la généralisation du peau à peau, dans la B, le bien être du nouveau-né est une priorité et tous les enfants sont mis en peau à peau et, dans la C, la promotion de l'allaitement passe par l'accueil du nouveau-né en peau à peau. La prise en charge du couple mère-enfant est par conséquent très différente et les avis divergent.

Avant de médicaliser cette surveillance, l'intégralité des sages-femmes devrait connaître et appliquer les recommandations proposées. Il faut respecter les contre-indications du peau à peau et lorsqu'il est réalisé, le faire dans des conditions optimales. L'installation correcte de la mère et de l'enfant est primordiale. Les parents doivent rester attentifs et appeler dès que la mère se sent fatiguée. La présence continue du personnel soignant est incompatible avec un peau à peau prolongé et aucun consensus n'a pu être défini quant au rythme de surveillance. Il faut donc l'apprécier en fonction du contexte et passer très régulièrement en salle pour vérifier que tout va bien et évaluer s'il est préférable de mettre fin au peau à peau où s'il peut être prolongé. La charge de travail est une difficulté mais dans les maternités qui réalisent beaucoup de peau à peau, la surveillance est conjointe entre l'auxiliaire et la sage-femme. Ces recommandations devraient être acceptées par toutes les maternités, transmises et expliquées à toutes les personnes concernées, et être disponibles très facilement dans le service..

Un recueil prospectif systématique des circonstances de survenue des malaises doit être organisé avec un système d'alerte par les réseaux de périnatalité ou l'institut de

veille sanitaire afin de suivre l'incidence de ces évènements qui semblent être un phénomène nouveau dans l'esprit des sages-femmes et des pédiatres.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Odent M. In Bien naître. Paris : édition du seuil, 1976. 11-36.
2. Leboyer F. In Pour une naissance sans violence. Paris : édition du seuil ; 1980. 13-156.
3. Busnel M-C, Herbinet. E. L'Aube des sens. *Les cahiers du nouveau-né* n°5, Paris : éditions Stock, 8^e édition, 1991.
4. Gremmo-Feger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. *Les dossiers de l'allaitement*, Avril-Mai-Juin 2002, n°51.
5. Goldstein Ferber S, Makhoul R. The effect of skin-to-skin contact (Kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn : a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 4 avril 2004; vol. 113 : 858-865.
6. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; issue 4: 1-32.
7. Bystrova K, Widstöm AM, Matthiessen AS, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “stress of being born” : a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003; 92: 320-326.
8. Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 2007 ; 52 (2) : 116-125.
9. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruzko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta paediatr* 2002; 91 : 1301-1306.
10. OMS. Les dix conditions de l'initiative Hôpital Ami des bébés. http://www.unicef.lu/fr/news/announcements/2007/05/31_bfhi_chl/index.html [réf du 29/02/08]
11. Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992 ; 81 : 488-493.

12. Christensson K, Cabrera T, Christensson E, et al. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta paediatr.* 1995 ; 85 : 468-473.
13. Michelsson K, Christensson K, Rothgänger H, et al. Crying in separated and non separated newborns : sound spectrographic analysis. *Acta paediatr.* 1996; 85 : 471-475.
14. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics.* 2000 ; 105(1) : e14.
15. Nissen E, Lilja G, Widstrom AM, et al. Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995 ; 74 : 530-533.
16. Langhendries JP, Paquay T, Hannon M, et al. Acquisition de la fore intestinale néonatale : rôle sur la mortalité et perspectives thérapeutiques. *Arch pediatr.* 1998 ; 5 : 644-653.
17. ANAES. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations. Mai 2002. http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272220 [réf. du 29/02/08]
18. OMS/UNICEF. Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. <http://unicef.org/french/sowc98/r051.htm> [réf du 29/02/08]
19. Branger B, Seguin G, Brossier JP. Soins au nouveau-né normal dans les deux premières heures. Xèmes Journées scientifiques RSN des Pays de la Loire. Novembre 2006.
20. Burchfield DJ, Rawlings DJ. Sudden deaths and apparent life-threatening events in hospitalized neonates presumed to be healthy. *Am J Dis Child.* 1991 ; 145 : 1319-1322.
21. Dehan M, Imbert MC, et al. Mort subite du nouveau-né en maternité. Etude de 31 cas. *Arch fr pediatr.* 1992; 49 : 609-616.
22. Espagne S, Hamon I, Thiébauges O, et al. Mort de nouveau-nés apparemment sains en salle de naissance : un problème de surveillance ? *Arch pediatr.* 2004 ; 11 : 436-439.
23. Gatti H, Castel C, Andrini P, et al. Malaises graves et morts subites après une naissance normale à terme : à propos de six cas. *Arch pediatr.* 2004 ; 11 : 432-435.

24. Hays S, Feit P, Barré P, et al. Arrêt respiratoire en salle de naissance chez des nouveau-nés à terme sains placés sur le ventre maternel : 11 nouveaux cas. *Arch pediatr*. 2006 ; 13 : 1067-1068.
25. Polberger S, Svenningsen NW. Early neonatal sudden infant death and near death of fullterm infants in maternity wards. *Acta pediatr scand*. 1985 ; 74 : 861-866.
26. Rodriguez-Alcaron J, Melchor JC, Linares A, et al. Early neonatal sudden death or near death syndrom. An epidemiological study of 29 cases. *Acta pediatr*. 1994 ; 83 : 704-708.
27. Toker-Maimon O, Joseph LJ, Bromiker R, et al. Neonatal Cardiopulmonary arrest in the delivery room. *Pediatrics*. 2006; 118 : 847-848.
28. Bouvier-Colle MH, Hatton F. Mort subite du nourrisson: aspects épidémiologiques, histoire et statistiques. *Médecine thérapeutique/ Pédiatrie*. 1998 ; 3 : 253-260.
29. Branger B, Savagner C, Roze JC, et al. Onze cas de malaises graves de nouveau-nés à terme et présumés sains dans les premières heures de vie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2007 ; 04 : 010.
30. Kuhn P, Donato L, Laugel V, et al. Malaise grave précoce du nouveau-né : à propos de deux cas survenus en salle de naissance. Xxxe Journées nationales de la société française de médecine périnatale, Reims 2000.
31. Warren G, Guntheroth WG, Spiers PS. The triple risk hypotheses in sudden infant death syndrome. *Pediatrics*. 2002 ; 110 : e64.
32. The changing concept of sudden infant death syndrome : Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005 ; 116 : 1245-1255.
33. Kahn A, Groswasser J, et al. Sudden infant stress, arousal and SIDS. *Early Human Development*. 2003 ; 75 : 147-166.
34. Gaultier C, Gallego J. Development of respiratory control : evolving concepts and perspectives. *Respiratory Physiology and Neurobiology*. 2005 ; 149 : 3-15.
35. Engelberts CA. The role of obstructive apnea in sudden infant death syndrome and apparent life threatening event. *Int J of Pediatr Otorhinolaryngol*. 1995 ; 32 : 59-62.
36. Patel AL, Paluszynska P, et al. Occurrence and mechanisms of sudden oxygen desaturation in infants who sleep face down. *Pediatrics*. 2003 ; 111 : 328-332.

37. Patel AL, Harris K, Thach BT. Inspired CO₂ and O₂ in sleeping infants rebreathing from bedding : relevance for sudden infant death syndrome. *J Appl Physiol*. 2001 ; 91 : 2537-2545.
38. Pignotti MS, Indolfi G, et al. Perinatal asphyxia and inadvertent neonatal intoxication from local anaesthetics given to the mother during labour. *BMJ*. 2005 ; 330 : 34-35.
39. L'audit clinique ciblé, méthode d'évaluation des pratiques professionnelles. http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_432297 [réf du 29/02/08]

Annexe 1: Caractéristiques anamnestiques cliniques et paracliniques des cas de mort subite et malaises graves dans les deux premières heures de vie.

Etude	Grossesse			Accouchement	MS ou MG			Nouveau-né	
	Pathologie maternelle	Tabac Traitement	Contexte infectieux		Mode	Heure	Circonstances cliniques	Réanimation	Terme Apgar Examen A la Naissance
Dehan et al. (21)	HRP MAP 36 SA	?	Infection Urinaire	Césarienne Péridurale	H2	ACR sur Hématémèse	DC	36+5 SA 10/10 2880g Détresse respiratoire	MMH Gastrite érosive
	Grossesse normale	?		VB péridurale Forceps	H1	?	DC	40 SA 10/10 3030g	Anoxie périnatale
Gatti et al. (23)	P1 Grossesse normale	?	Aucun	VB Présentation céphalique	90 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR	Intubation Ventilation Adrénaline en intra trachéal Bicarbonates IV	38 SA 10/10 2880g	DC à J11 Autopsie négative
	P1 Grossesse normale	?	Aucun	VB Présentation céphalique	40 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR	DC	36 SA 10/10 3110g	DC à 80 min Autopsie négative
	P1 Grossesse normale	?	Aucun	VB Présentation céphalique	H2	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR	Intubation Ventilation Adrénaline en intra trachéal	37 SA 10/10 2420g	DC à H21 Autopsie négative
	P1 Grossesse normale	?	Aucun	VB Présentation céphalique	45 min	Dans les bras face enfouie dans le cou	Ventilation au masque	37 SA 10/10 2420g	Bilan négatif Examen normal à 3 mois de vie

	P1 Grossesse normale	?	Aucun	VB Présentation céphalique	20 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR		37 SA 10/10 3680g	DC à J20 Autopsie négative
	P1 Grossesse normale	?	Aucun	VB Présentation céphalique	120 min	Décubitus ventral sur le sein après 45 min de tétée ACR	Intubation Ventilation Adrénaline en intra trachéal	40 SA 10/10 3320g	DC à H47 Autopsie négative
Espagne et al. (22)	P1 Grossesse normale	?	Aucun	VB	H1	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR	Intubation Ventilation MCE Adrénaline en intratrachéal Bicarbonates IV	37+5 SA 9/10 3070g	DC à J7 Autopsie négative
	P1	Antibiotiques Nalbuphine IV H-30min	Fièvre maternelle PV + à candida	VB	H2	Décubitus ventral sur le ventre de la mère	Intubation Ventilation MCE Adrénaline en intratrachéal Bicarbonates IV	40 SA 9/10 3050g normal 15 min avant	Choc septique à candida possible
Khun et al. (30)	P1	?			H1	Au sein ACR	?	A terme eutrophe	DC Autopsie négative
	P1	?			90 min	Au sein ACR	?	A terme eutrophe	DC Autopsie négative
Hays et al. (24)	G1P1	Antibiotiques	Streptococque B	VB	35 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR	Intubation Ventilation MCE	39 SA 10/10 2750g	DC à J7 Autopsie négative
	G1P1	Antibiotiques	Streptococque B	VB	30 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR	Intubation Ventilation MCE	38 SA 10/10 3110g	DC à J10 Autopsie négative

	G1P1	Antibiotiques	RPM	VB	H1	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR	Stimulation	40 SA 10/10 3240g	Bilan négatif Examen normal à 3 mois
	G1P1	?		VB	90 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère AR	Intubation Ventilation MCE	A terme 10/10 3315g	Bilan négatif Examen normal à 3 mois
	G5P3	?		VB	5 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR	Intubation Ventilation MCE	A terme 7/10 3750g	Bilan négatif Examen normal à 3 mois
	P1	?		VB	45 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère AR Bradycardie	Ventilation au masque	40+3 SA 10/10 3240g	Bilan négatif Examen normal à 1 an
	P1	?		VB	30 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère AR Bradycardie	Ventilation au masque Intubation secondaire	39+4 SA 9/10 3280g	DC à J16 Autopsie négative
		?		VB	10 min	Dans les bras de la mère AR	Stimulation	39+5 SA 9/10 3080	Bilan négatif Examen normal au décours
	G1P1	?		VB	30 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère AR	Ventilation MCE	39 SA 10/10 3000g	Bilan négatif Examen normal à 1 an
	G1P1	?	LAT	VB	5 min	Décubitus ventral sur le ventre de la mère AR	Ventilation Hypotension	40+3 SA 9/1/3/6 3000g	Hypsarythmie

		?		VB	H2	Décubitus ventral sur le ventre de la mère ACR	DC à 140 min de vie	39 SA 10/10 4170g	Autopsie négative
Toker Maimon et al. (27)		?		VB	<H2	Au sein ACR		A terme	Examen normal au décours
		?		VB	<H2	Au sein ACR		A terme	Bilan négatif
Pignotti et al.		Anesthésiques locaux		VB	30 min	Apnée Bradycardie hypotonie	ventilation	A terme 9/9 3550g	Intoxication aux anesthésiques locaux

Annexe 2 : Audit de pratiques des soins aux NN en salle de naissance

Activité :

- _ Lieu de naissance
- _ Nombre de Sages-femmes
- _ Nombre de femmes au bloc obstétrical :
1. Expectantes : 2. En travail : 3. Accouchées : 4. Césarienne :
- _ Nombre de femmes en charge de la sage-femme :

Grossesse et accouchement :

- _ Gestité : _ Parité : _ Terme (SA) :
- _ Durée du travail :
- _ Durée de l'expulsion :
- _ Accouchement :
1. Voie basse spontanée 2. Forceps 3. Ventouse
- _ Périnée :
1. Intact 2. Déchirure 3. Episiotomie
- _ Nombre de personnes présentes à l'accouchement :
1. Sage-Femme 2. Gynécologue-obstétricien 3. Etudiant sage-femme 4. Interne 5. Aide soignant 6. Pédiatre 7. Accompagnant
- _ Heure d'accouchement :
- _ Femme réinstallée (heure) :

Prise en charge du nouveau-né dans les premières minutes de vie :

- _ Apgar à 1 mn : Apgar à 5 mn :
- _ Poids :
- _ Température :
- _ Gestes effectués :
1. Essuyage_ Séchage 2. Désobstruction des VAS 3. Examen clinique
4. Saturomètre 5. Bain
- _ Autres gestes (précisez) :
- _ A la naissance :
- Le NN est disposé : 1. Sur les seins de la mère 2. Sur une table de réanimation
- La table est : 1. Dans la salle de naissance 2. En dehors de la salle

Prise en charge après les premières minutes :

- _ Toilette : 1. Oui 2. Non
- _ Habillement : 1. Lange 2. Bonnet 3. Vêtements 4. Nu
- _ Le nouveau-né est placé : (précisez l'heure et la durée)

1. Peau à peau heure :..... durée :.....
2. Berceau heure :..... durée :.....
3. Bras du père heure :..... durée :.....
4. Couveuse heure :..... Durée :.....

Pour le peau à peau :

_Position : 1. Côté 2. Ventre 3. Dos

_Visage : 1. Dégagé 2. Enfoui 3. Indifférent

_Couvert : 1. Nu 2. Lange 3. Vêtements 4. Bonnet 5. Couverture

_Visible :

1. Depuis le périnée
2. Depuis la salle
3. En s'approchant de la mère
4. En écartant les langes

_Luminosité de la salle : 1. Forte 2. Moyenne 3. Faible

_Mise au sein : 1. Oui 2. Non

_Si oui : durée.....

_Papa ou accompagnant :

1. Présent
2. Absent
3. Va et vient

_Problèmes rencontrés durant le peau à peau :

.....

Soignants :

_Heure de sortie de salle du dernier soignant après l'accouchement :

_Nombre de visites en salle d'accouchement dans les premières heures :

Heures : -	Par qui : -	Durée : -
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Mère :

_Heure de sortie de salle d'accouchement :

Problèmes rencontrés durant le post- partum immédiat :

_Mère :

.....

_Nouveau-né :

.....

Annexe 3 : Audit déclaratif des pratique de prises en charge à la naissance du nouveau-né normal, à terme et né par voie basse

Votre nombre d'années de pratique

1^{ère} partie : Répondez selon votre pratique habituelle

Pour un nouveau-né sain, à terme (>37 SA), né par voie basse et ayant une bonne adaptation à la vie extra utérine.

Et une mère ne présentant pas de pathologie l'empêchant de s'occuper de son bébé.

A la naissance, vous coupez le cordon :

1. Immédiatement
2. De manière différée

Immédiatement après la naissance, vous placez le bébé :

1. Sur le ventre de la mère <input type="checkbox"/> Puis : - Vous le laissez sur le ventre de la mère <input type="checkbox"/> - Vous l'amenez sur la table de réanimation <input type="checkbox"/> - Vous l'amenez sur une table de soins <input type="checkbox"/>	2. Sur une table de soins <input type="checkbox"/> Puis : - Vous le laissez sur la table de réanimation <input type="checkbox"/> - Vous le ramenez sur le ventre de la mère <input type="checkbox"/>
--	---

Si le bébé est pris en charge immédiatement après la naissance par le personnel

- Seuls les premiers gestes sont réalisés : 1. Oui 2. Non

- Si oui, quels sont ces gestes (ex :aspiration pharyngée, gastrique, pesée, prise de la température, pose du clamp de Barr, vitamine K, soin des yeux...):

.....
.....

- L'examen clinique complet de l'enfant est réalisé :

Immédiatement : 1. Oui 2. Non

De manière différée (dans les deux premières heures) : 1. Oui 2. Non

- Le bébé est baigné :

1. Le plus souvent 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

- Si la mère allaite :

1. Le bébé est habillé : Oui Non
2. Le bébé est installé en peau à peau

- Si la mère n'allait pas :

1. Le bébé est habillé : Oui Non
2. Le bébé est installé en peau à peau

Pour le peau à peau en salle de naissance

-Vous installez la maman :

1. En décubitus dorsal
2. En position semi-assise
3. Sur le côté

- Vous positionnez le bébé:

1. Sur le ventre
2. Sur le côté
3. Sur le dos
4. Selon le désir du bébé

- Le bébé est situé :

1. Dans les bras de la mère
2. Sur la poitrine de la mère
3. Sur le côté de la mère

- Pendant le temps du peau à peau, une personne assure auprès de la maman :

1. Une présence continue
2. Une présence discontinue → A quelle fréquence :

- Qui assure une présence :

1. Vous-même ou collègue SF
2. Aide-soignant
3. Etudiant SF
4. Papa
5. Autre membre de la famille
6. Cela dépend des personnes accompagnantes

- Le temps du peau à peau est :

1. Un temps demandé par la mère
2. Un temps suivant l'occupation du personnel soignant
3. Un temps limité *pas plus de min*

- Si vous limitez la durée du peau à peau, quelle en est la raison :

- Fin de la délivrance
- Pendant le temps de la suture périnéale
- Absence de personnel soignant dans la salle d'accouchement
- Absence du père ou d'un membre de la famille dans la salle d'accouchement
- Soins de routine ou examen clinique du bébé
- Fatigue maternelle
- Autre

- Quelle est la durée moyenne du peau à peau :minutes

- Avez-vous des commentaires sur la pratique du peau à peau et de sa surveillance :

.....

.....

.....

➔ Pour l'examen clinique (réalisé immédiatement ou de manière différée), vous pratiquez :

	Toujours	Parfois	Jamais
Une aspiration pharyngée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une aspiration gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une aspiration nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un dépistage de l'atrésie de l'œsophage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un dépistage de l'atrésie des choanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un examen du crâne, de la face et du cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un examen du visage (paralysie faciale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un examen des yeux (pupille, cornée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La recherche d'une fente labio-palatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La recherche de paralysie du plexus brachial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une auscultation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une auscultation pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un examen de la paroi abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un dépistage de malformation ano-rectale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une vérification des OGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un examen des hanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un examen de la charnière lombo-sacré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une recherche d'anomalie des extrémités des membres
Les réflexes archaïques

- Après les soins, le bébé est remis à la mère :

1. Oui 2. Non

Si oui : 1. Le bébé est habillé

2. Le bébé est gardé nu et remis en peau à peau

3. Les soins sont réalisés juste avant le départ de la mère

Pour quelle raison :

Si non : 1. Le bébé, habillé, est mis en berceau

2. Le bébé est mis en couveuse

3. Le bébé est confié à un membre de la famille

4. Autre (précisez)

Pour quelle raison :

2^{ème} partie : Répondez selon votre avis personnel sur la prise en charge du nouveau-né à la naissance

Vous pensez que la pratique du peau à peau dès la naissance (pour un bébé à terme et sans anomalie immédiate) : *(plusieurs réponses possibles)*

- Est une nécessité pour le bien-être du bébé
- Est un plus pour le bébé
- Est un risque pour le bébé
- Facilite le lien mère-enfant
- Permet une mise au sein précoce

Commentaires :

.....
.....

Sur quels critères installez-vous le bébé en peau à peau : *(plusieurs réponses possibles)*

- Systématiquement lorsque cela est possible
- Si il y a une demande de la part des parents
- Seulement en cas d'hypothermie du bébé
- Seulement si une personne est présente de manière continue auprès de la mère
- Lorsque vous suturez le périnée
- Autres :

Commentaires :

.....
.....
Avez-vous connaissance d'un protocole dans le service sur la prise en charge du nouveau-né à la naissance ou de recommandations écrites ou orales ? : 1. Oui 2. Non 3.

Ne sais pas (*précisez*)

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

Si non, aimeriez-vous discuter avec les gynécologues-obstétriciens, les autres sages-femmes, les pédiatres et les puéricultrices sur un protocole de prise en charge commun ou préférez-vous réaliser les soins à votre guise? :

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

Avez-vous connaissance de recommandations particulières sur la prise en charge du nouveau-né en salle d'accouchement ?

1. Oui 2. Non

Si oui :

1. De l'ANAES
2. Du Réseau Sécurité Naissance
3. De revues
4. Autres (*précisez*)

Avez- vous des commentaires à propos de ce questionnaire :

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

Annexe 4 : RECOMMANDATIONS POUR LE PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE DU RESEAU SECURITE NAISSANCE – NAITRE ENSEMBLE

Le groupe de travail recommande, pour la mise du nouveau-né en peau à peau, les précautions suivantes :

Respecter les indications du peau à peau : mère sans pathologie, nouveau-né normal, non prématuré et sans pathologie, surveillance possible, activité obstétricale compatible avec une surveillance à ce moment-là, sécher l'enfant avec un linge chaud (mis par exemple en attente sous une rampe chauffante), recouvrir d'un linge en laissant le visage dégagé et visible (un bonnet peut être mis sur la tête), mettre le nouveau-né plutôt sur le côté sur la poitrine de la mère, et le disposer sur le ventre en cas de besoin de téter (sous contrôle d'une aide à ce moment-là), surveiller régulièrement l'enfant en restant dans la salle de naissance et en regardant son aspect et sa face, ne pas laisser seuls une mère et son nouveau-né ; la présence du père ou d'un familial n'est pas une garantie de surveillance de qualité, une surveillance est médicale ou para-médicale.

Les contre-indications à la position du nouveau-né en peau à peau sont les suivantes : Pathologie maternelle, pouvant affecter la vigilance de la mère et l'état de santé du nouveau-né, en particulier chez la primipare, absence de surveillance possible (nombre de personnes, activité importante au bloc obstétrical à ce moment-là, nouveau-né prématuré ou présentant des anomalies).

Annexe 5 : PROCEDURE POUR LA PRATIQUE DU PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE

Indications

- Accouchement normal à terme (37-41 SA)
- Enfant de poids normal, APGAR 10/10
- Désir de la maman

Modalités

- Si possible dès la naissance
- Durée 15 minutes maximum
- Position : nouveau-né en décubitus ventral, tête bien dégagée et non couverte par un drap
- En présence de SF ou ESF

Annexe 6 : CHARTE ALLAITEMENT MATERNEL

- Nous adoptons dans notre établissement une politique écrite, en faveur de l'allaitement maternel, que nous portons systématiquement à la connaissance des personnels soignants et stagiaires.
- Nous donnons à tous les soignants les compétences et les moyens nécessaires à la prise en charge de l'allaitement dans le respect des rythmes du nouveau-né.
- Nous informons tous les parents des bienfaits de l'allaitement maternel et des conditions de sa réussite au cours des rencontres prénatales, des cours de préparation à la naissance, des consultations, des hospitalisations. Nous diffusons systématiquement, en complément d'information, le livret « l'allaitement au fil du temps ».
- **Dès la naissance, en accord avec les parents, nous favorisons le contact prolongé en peau à peau entre le nouveau-né et sa mère ou son père. Les soins de naissance sont faits après ce temps de rencontre bébé-parents.**
- Nous laissons pendant ce temps le bébé aller vers le sein afin qu'il le découvre dans les meilleures conditions possibles pour une première tétée « plaisir » ; nous proposons notre aide si nécessaire.
- Nous encourageons toutes les mères qui le souhaitent, à donner leur colostrum (au sein ou au doigt) afin que leur nouveau-né bénéficie de cet aliment idéal des premiers jours. Nous mettons en œuvre les moyens nécessaires pour aider les mères qui souhaitent arrêter ensuite leur lactation.

- Nous donnons aux mères toutes les informations utiles pour entretenir efficacement leur lactation : tétées fréquentes, positions possibles, en cas de besoin stimulation manuelle ou tire-lait.
- Dans la limite du possible, nous ne donnons aux nouveau-nés allaités aucun autre aliment que le lait maternel. Si nécessaire ou sur prescription médicale, un lait adapté sera proposé. Ces compléments de lait (maternel ou adapté) seront donnés prioritairement à la tasse, à la seringue ou au doigt.
- Nous ne faisons la promotion d'aucune sucette ou tétine.
- Nous conseillons aux mères de garder leur enfant jour et nuit auprès d'elles, afin de maintenir une proximité sensorielle favorable aux nouveau-nés. Nous mettons à leur disposition les moyens nécessaires pour que cette proximité se fasse en toute sécurité. Nous les soutenons dans les moments difficiles.
- Avant leur sortie, nous informons les mères des relais possibles : sages-femmes libérales, PMI, médecins traitants, associations.

RESUME

Il a fallu des années et de nombreuses publications pour faire évoluer les pratiques professionnelles concernant l'accueil du nouveau-né en salle de naissance. Le peau à peau dès les premières minutes de vie s'est alors peu à peu généralisé. Néanmoins, des cas de malaises graves de nouveau-nés ont remis en cause cette pratique qui a fait l'objet de recommandations particulières quant à sa surveillance.

Afin d'évaluer les modalités pratiques ainsi que la surveillance du peau à peau, deux audits ont été entrepris. Un audit d'observation de 50 cas a été réalisé puis comparé aux recommandations et un audit déclaratif pour recueillir l'opinion des sages-femmes et leur pratique habituelle au sein de trois maternités différentes.

La confrontation des différentes pratiques a permis d'évaluer les prises en charge en soulignant les points discordants entre les établissements mais aussi vis à vis des recommandations établies.

MOTS CLES

Peau à peau, salle de naissance, malaises, recommandations.