

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'État de Sage-femme

*Peau-à-peau en salle de naissance
État des lieux des modalités et des
indications dans trois maternités.*



Marion FORGET
née le 02 août 1990

Directeur de Mémoire : Docteur Bernard BRANGER
Promotion 2010-2014

REMERCIEMENTS

Je remercie l'ensemble des membres du jury pour l'intérêt qu'ils porteront à la lecture de ce mémoire.

Je souhaiterais remercier Monsieur Bernard Branger (médecin coordinateur du Réseau « Sécurité Naissance » des Pays de Loire), mon directeur de mémoire, qui a toujours fait preuve d'une grande disponibilité et de patience, durant la réalisation de ce travail.

Un énorme « Merci » à Madame Rozenn Collin, sage-femme enseignante. Tout ce travail n'aurait pas été possible sans vous. Vous avez toujours trouvé les mots justes. Merci pour votre présence et vos encouragements, ils m'ont été précieux et m'ont permis d'avancer. Merci pour votre confiance et, surtout, votre patience !

Je tenais également à remercier les cadres sages-femmes des trois maternités qui ont permis la réalisation de l'étude. Un grand merci aux équipes des salles de naissance pour leur accueil et leur participation.

Merci à Romain, qui a toujours été présent durant ces 7 dernières années, et sans qui mon parcours n'aurait sûrement pas été le même.

Merci à ma « Mamoune » et mon Papa, à mes sœurs, Pascaline et Adeline, qui m'ont toujours soutenue et encouragée.

A Evan, Lisa, Maëlle, Anaïs et Théo, qui sont, depuis 7 ans, mes petits rayons de soleil.

Et enfin, merci à Caroline et Clémence pour tous ces fous rires et ces bons moments passés ensemble.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : GENERALITES.....	3
1) Définition et historique de la pratique du peau-à-peau.....	3
2) Physiologie de l'adaptation à la vie extra-utérine et capacité du nouveau-né à la naissance.....	4
3) Les bénéfices du contact précoce en peau-à-peau.....	5
3.1) Bien être du nouveau-né/diminution des pleurs/apaisement.....	5
3.2) Effet analgésique.....	5
3.3) Adaptation métabolique.....	6
3.4) Stabilité cardio-respiratoire.....	7
3.5) Colonisation par la flore bactérienne maternelle.....	7
3.6) Effets sur la mise en place et la durée de l'allaitement maternel.....	7
3.7) Bénéfices pour la mère et sur l'établissement du lien mère-enfant.....	8
4) La place du père.....	9
5) Prise en charge du nouveau-né à terme présumé bien portant en salle de naissance.....	10
6) Les risques liés au peau-à-peau.....	11
6.1) Cas décrits de malaises : incidence et définition.....	11
6.2) Facteurs de risque décrits.....	13
6.3) Physiopathologie.....	13
6.4) Description de cas de malaises observés dans les Pays de Loire en 2013.....	14
7) Contexte actuel de la pratique du peau-à-peau.....	16
7.1) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).....	16
7.2) Recommandations de l'IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé).....	16
7.3) Présentation de différentes recommandations.....	17
8) L'information faite aux couples.....	21
PARTIE 2 : ETUDE.....	23
1) Hypothèses et objectifs de l'étude.....	23
2) Méthodologie et caractéristiques de l'étude.....	24
2.1) Lieux et modalités de l'étude.....	24
2.2) Population et domaine de l'étude.....	25
3) Définitions.....	26
4) Résultats.....	28
4.1) Caractéristiques des lieux d'étude.....	28
4.2) Description de la population d'étude.....	28
Le déroulement de la grossesse, présentation des mères: (N=64).....	30
L'accouchement.....	31
Les nouveau-nés : (N=64).....	32
4.3) Description et modalités des peau-à-peau (N=74).....	33

4.4) Informations données aux parents et consentement.....	37
4.5) Description des contre-indications rencontrées.....	39
4.6) Cas de non-conformité rencontrés (référentiel RSN [Annexe 5]).....	39
4.6.1) Non-conformité d'indication	39
4.6.2) Non-conformité dans les modalités pratiques.....	41
4.7) Comparaison des politiques des différents centres.....	42
 PARTIE 3 : DISCUSSION.....	 43
1) Pertinence et validité de l'étude.....	43
1.1) Points forts de l'étude.....	43
1.2) Points faibles de l'étude, les difficultés et les limites.....	43
2) Lieux et population d'étude.....	44
3) Respect des indications/contre-indications.....	46
4) Respect des conditions de sécurité environnementales.....	49
5) Respect des modalités pratiques.....	50
5.1) Modalités de mise en peau-à-peau.....	50
5.2) Surveillance du peau-à-peau.....	53
5.3) Traçabilité de la surveillance.....	56
6) Respect de l'information.....	58
7) Recommandations du Réseau « Sécurité Naissance » 2013 [Annexe 5].....	62
8) Perspectives.....	64
9) Rôles de la sage-femme dans la pratique du peau-à-peau.....	66
 CONCLUSION.....	 67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	
Annexe 1 :Protocole Peau-à-peau en salle de naissance CHU Nantes 2013	
Annexe 2 :ILCOR Part 7 : Neonatal Resuscitation (2005) 67, 293-303	
Annexe 3 :Les 12 recommandations de l'IHAB pour le succès de l'allaitement maternel	
Annexe 4 :Affiche de l'IHAB 2013	
Annexe 5 :Indications de surveillance du nouveau-né à terme en peau-à-peau en salle de naissance - Recommandations RSN 2013	
Annexe 6 :Recueil de données	
Annexe 7 :Score d'Apgar et score de Silverman	
Annexe 8 :Tableau résumant la courbe d'Usher et Mclean pour la définition du RCIU et de la macrosomie, nouveau-nés à risque d'hypoglycémie	
Annexe 9 :Éléments de prévention des malaises des nouveau-nés en salle de naissance, RSN 2006	
Annexe 10 :Projet de protocole et d'information au sein de la maternité A	
Annexe 11 :Point de vigilance diffusé par la SHAM (assureurs), dans certaines maternités en 2013	

LEXIQUE

AP : Auxiliaire de puériculture

ARCF : Anomalie du rythme cardiaque foetal

AS : Aide-soignante

BAVEU : Bonne adaptation à la vie extra-utérine

ELENA : Réseau de santé en périnatalité Loire Nord-Ardèche

HAS : Haute autorité de Santé

IHAB : Initiative « Hôpital Ami des Bébés »

ILCOR : International Liaison Committee on Resuscitation

IMF : Infection materno-foetale

MAVEU : Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine

MSN : Mort subite du nourrisson

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côtes d'Azur

PAP : Peau-à-peau

PLS : Position latérale de sécurité

PP : Post-partum

RSN : Réseau « Sécurité Naissance » des Pays de la Loire

SF : Sage-femme

INTRODUCTION

Le peau-à-peau (PAP) ou Méthode Kangourou est une pratique qui existe déjà depuis plus de trente ans. Elle était initialement utilisée dans les pays en voie de développement, dans les années 1970-1980, pour les nouveau-nés de faibles poids de naissance ou prématurés, et permettait ainsi de pallier au manque de matériel médical (incubateur). Puis elle s'est étendue aux établissements de santé des pays développés.

Actuellement, on observe une volonté des femmes et des couples de voir l'accouchement moins médicalisé avec une demande d'un accouchement plus « naturel » ou plus « respectueux de la physiologie ». Les couples souhaitent de plus en plus ne pas être des « spectateurs » de leur accouchement, mais plutôt occuper une place « d'acteurs ». Les futurs parents expriment le désir d'être associés aux décisions et de prendre une part plus active dans le déroulement de l'accouchement.

Le peau-à-peau précoce en salle de naissance s'est inscrit, petit à petit, dans la prise en charge des nouveau-nés à terme et bien portants. De nombreux bénéfices ont été associés à cette pratique : amélioration de l'adaptation du nouveau-né, de la mise en place de l'allaitement, ou encore de l'établissement du lien mère-enfant.

Le peau-à-peau semblait donc être une pratique simple et naturelle, ne présentant que des bienfaits et avantages pour la mère et l'enfant. Cependant, depuis les années 2000, certains auteurs ont décrit des cas de malaises précoces chez des nouveau-nés à terme, bien portants, en peau-à-peau contre leur mère. Les professionnels se sont donc interrogés sur cette pratique. Ils ont été confrontés à un risque qui, bien qu'ayant une faible incidence (3,2 à 3,8/100 000 naissances) [30-32], ne pouvait pas être ignoré. Ces malaises, dont la physiopathologie reste encore mal connue, sont venus ébranler les bénéfices incontestables associés à la pratique du peau-à-peau.

Dans le but de limiter et de réduire l'incidence de ces malaises, des recommandations ont été proposées afin d'encadrer le peau-à-peau en salle de naissance.

Sur le terrain, les professionnels ne considéraient pas le peau-à-peau comme un acte médical et ont donc été réticents à le « protocoliser » de manière formelle. De plus, délivrer une information objective, exhaustive et non alarmiste aux parents reste un exercice difficile pour les soignants en salle de naissance.

A long terme, même si les bienfaits associés à cette pratique ne peuvent être remis en cause, le risque de voir les professionnels refuser de proposer le peau-à-peau en salle de naissance est réel.

En Pays de Loire, des propositions pour une prévention des malaises précoces en salle de naissance avaient été éditées en 2006 [Annexe 9] par le Réseau "Sécurité Naissance" (RSN); ces recommandations ont été actualisées en 2013 [Annexe 5]. Parallèlement, quelques établissements de la région ont écrit leur propre protocole.

La sage-femme (SF) a un rôle primordial à jouer dans la garantie de la sécurité au décours du peau-à-peau pour la mère et le nouveau-né. Elle a une place incontestable dans le respect de ses indications et contre-indications, dans la décision d'effectuer le peau-à-peau en fonction des possibilités réelles de surveillance et dans l'information donnée aux parents.

Dans un premier temps, nous décrirons les données de la littérature concernant les bénéfiques et les risques du peau-à-peau. Puis nous présenterons le contexte actuel entourant la pratique du peau-à-peau. Ensuite, nous présenterons notre étude, qui a consisté en l'observation de peau-à-peau en salle de naissance, ainsi que la méthode utilisée et les résultats obtenus. Enfin nous comparerons nos données avec celles déjà existantes.

Les objectifs de ce mémoire sont d'observer les modalités et indications du peau-à-peau en salle de naissance, d'évaluer les informations délivrées aux parents et d'étudier leur conformité aux recommandations du Réseau « Sécurité Naissance » (2013).

PARTIE 1 : GENERALITES

1) Définition et historique de la pratique du peau-à-peau

Le peau-à-peau peut être défini comme le « contact tactile, précoce et prolongé (>une heure) entre le nouveau-né, et sa mère dès la naissance et dans le post-partum immédiat » [Annexe 1]. Ce contact précoce permet de créer une transition pour l'enfant qui vient de naître, entre le monde in utéro et le monde extérieur. Il lui permet de se retrouver au plus près de sa mère, d'être stimulé, de se réchauffer, d'être rassuré.

Initialement, la Méthode Kangourou a été créée en 1978 en Colombie par le Dr Edgar Rey Sanabria, pédiatre, qui décide de réagir devant le taux élevé de mortalité et d'abandons des nouveau-nés prématurés et de petits poids de naissance dans sa maternité. Cette méthode avait pour but de pallier à l'insuffisance de moyens techniques et consistait à installer le nouveau-né nu au contact de la peau de sa mère, chaude et confortable ; il avait ainsi directement accès au sein maternel. Ce sont les débuts de la Méthode Kangourou et du peau-à-peau.

Une nouvelle équipe en 1989, dirigée par le Dr N. Charpak, débute l'évaluation de la méthode, sa systématisation et la création de règles précises. [1]

Cette méthode a été diffusée dans le monde entier, et est aujourd'hui utilisée dans les pays développés, aussi bien dans les services de soins pour les nouveau-nés prématurés que pour ceux nés à terme. Dans les services accueillant des nouveau-nés prématurés, la pratique est utilisée partiellement et ponctuellement afin de favoriser l'établissement d'un lien mère-enfant, souvent difficile à créer lorsque le nouveau-né est en incubateur.

Depuis quelques années, de plus en plus d'études montrent que certains soins faits dès la naissance n'apportent pas de bénéfice au nouveau-né « normal » à terme, et freinent l'établissement de la relation parent enfant. Il existe donc une place de plus en plus importante pour la pratique du peau-à-peau en salle de naissance, diminuant le stress de la naissance pour le nouveau-né et favorisant son adaptation.

2) Physiologie de l'adaptation à la vie extra-utérine et capacité du nouveau-né à la naissance

A la naissance, le nouveau-né passe d'un milieu aquatique où il est entièrement dépendant, à une vie en milieu aérien où il doit vivre en toute autonomie. Ce changement de milieu va nécessiter une adaptation de l'enfant à un nouvel environnement, notamment au niveau circulatoire, respiratoire, métabolique et thermique. En effet, le placenta joue un rôle primordial dans la régulation respiratoire et métabolique en effectuant des échanges gazeux sanguins in utéro.

Sur le plan respiratoire, le nouveau-né doit passer d'une respiration intermittente où les mouvements respiratoires n'ont aucun but respiratoire propre à une respiration efficace et régulière. La naissance est un moment de transition et d'adaptation délicat également au niveau circulatoire. In utéro, cette circulation se faisait en parallèle avec l'existence de trois shunts, qui permettaient de privilégier la perfusion des organes primordiaux. A la naissance, il existe de grandes modifications circulatoires (inversion des résistances, la fermeture de ces trois shunts et une circulation en série).

A la naissance, l'enfant subit la transition entre un environnement régulé par la température maternelle et un environnement « froid », où il doit réguler, seul, sa température corporelle.

La naissance marque également le sevrage brutal des apports placentaires, et nécessite donc une adaptation métabolique rapide.

La naissance, plaçant l'enfant dans une position de vulnérabilité, représente donc une période de « stress », traduit par l'augmentation des catécholamines, qui le place dans un état de vigilance exceptionnel [2,3,4].

Dès sa naissance, l'enfant possède des capacités exceptionnelles sur le plan sensoriel. Certains chercheurs notamment français, dont B.Schaal, ont montré que les systèmes sensoriels sont fonctionnels avant la naissance, ce qui permet à l'enfant, déjà in utéro, d'enregistrer des informations et de les mémoriser. Ceci a été particulièrement bien démontré sur le plan de l'olfaction et de l'audition. Il existe à la naissance une continuité sensorielle qui facilite l'adaptation de l'enfant à son nouvel environnement. Cette continuité sensorielle est au mieux préservée par le contact peau-à-peau précoce entre le nouveau-né et sa mère. La décharge de catécholamines décrite place le nouveau-né dans un état de vigilance et d'alerte, moment pendant lequel il est particulièrement attentif [2].

3) Les bénéfices du contact précoce en peau-à-peau

« Parce qu'une mère et son enfant ne devraient jamais être séparés, la mise en peau-à-peau dès les premières heures de vie gagnerait même, selon nous, à devenir la règle dans toutes les maternités. (...) Le plaisir est instantané pour la maman et pour le bébé » [1]

De nombreux bénéfices et avantages liés à la position peau-à-peau, déjà décrits dans les années 1980, ont été mis en évidence, particulièrement pour le nouveau-né, mais également pour la mère. Plusieurs études ont démontré, chez le nouveau-né né à terme, que le peau-à-peau a des effets bénéfiques sur son adaptation, sur la mise en place de l'allaitement maternel, ainsi que sur l'établissement d'un lien précoce mère-enfant. La pratique du peau-à-peau précoce permet de créer un pont entre les mondes intra et extra utérins

3.1) Bien être du nouveau-né/diminution des pleurs/apaisement

Selon Christensson en 1992, le contact peau-à-peau peut permettre d'augmenter le bien être du nouveau-né ; il a constaté que les nouveau-nés séparés de leur mère, installés dans un berceau, pleurent plus que les nouveau-nés placés en peau-à-peau [5].

En 1999, des auteurs polonais ont comparé trois groupes de nouveau-nés : en peau-à-peau, emmaillotés et allongés à côté de leur mère ou emmaillotés et séparés de leur mère. Ils ont montré que la durée moyenne des pleurs chez les nouveau-nés en peau-à-peau était un peu plus courte que chez les nouveau-nés emmaillotés allongés à côté de leur mère, et trois fois plus courte que chez les nouveau-nés séparés de leur mère. Le nombre d'épisodes de pleurs était également diminué chez les enfants en peau-à-peau, avec en moyenne sept épisodes ; contrairement aux enfants emmaillotés allongés à côté de leur mère ou séparés, qui étaient respectivement de 17 et 38. [6]

En 2011, la pratique du peau-à-peau a été associée à une baisse du taux salivaire de cortisol chez les enfants. Le cortisol étant une des hormones du stress, le peau-à-peau intervient donc dans la diminution du « stress » conséquent à la naissance chez les nouveau-nés [7].

3.2) Effet analgésique

Gray a montré, en 2000, que les pleurs et les grimaces chez le nouveau-né à terme lors d'un prélèvement au talon sont diminués significativement lorsqu'ils sont placés en peau-à-peau contre leur mère, par rapport à ceux installés dans un berceau [8]. Il en est arrivé aux mêmes conclusions dans son étude de 2002, concernant l'effet analgésique de l'allaitement [9].

Chermond, en 2009, a montré que le contact peau-à-peau et l'utilisation de glucose permettent de réduire la douleur ressentie par le nouveau-né à terme, d'autant plus quand les deux méthodes sont combinées [10]. Le peau-à-peau et la mise au sein peuvent donc être de bons moyens de pallier aux sensations douloureuses ressenties par les nouveau-nés.

3.3) Adaptation métabolique

Adaptation et régulation thermique

De nombreuses études ont démontré les effets bénéfiques du peau-à-peau sur le plan de l'adaptation thermique des nouveau-nés à la naissance.

Christensson et al., en 1992 déjà, avaient démontré que les températures axillaire et corporelle étaient significativement plus élevées chez les nouveau-nés placés en peau-à-peau, comparés aux enfants séparés de leur mère et installés dans un berceau [5]. L'étude polonaise de 1999 est arrivée aux mêmes conclusions [6]. Le peau-à-peau permettrait donc à l'enfant de limiter l'énergie dépensée pour se réchauffer.

En 2003, Bystrova et al. ont cherché à évaluer les conséquences des différentes pratiques de soins en salle de naissance sur les variations de température des nouveau-nés, durant les 90 premières minutes de vie. Les nouveau-nés étaient soit en peau-à-peau, soit installés dans les bras de leur mère, habillés ou emmaillotés, soit couchés dans un berceau, habillés ou emmaillotés. Ils ont mis en évidence des variations importantes de la température au niveau distal, et essentiellement au niveau du pied : elle est significativement diminuée chez les nouveau-nés placés en berceau d'autant plus qu'ils sont emmaillotés, contrairement aux enfants placés en peau-à-peau, chez lesquels la température augmente. De plus, cette élévation de la température est d'autant plus rapide que les enfants sont en peau-à-peau ; l'augmentation est plus lente chez les autres enfants [11]. De même, Fransson et al., en 2005, ont souligné l'importance du contact physique rapproché entre les nouveau-nés et leur mère pour la régulation thermique durant les premiers jours de vie. Ils ont, notamment, mis en évidence que la différence entre la température rectale et la température au niveau du pied est significativement plus élevée chez les enfants installés dans un berceau par rapport à ceux en peau-à-peau [12].

Bystrova a montré, en 2007, la relation positive entre la température maternelle et celle du nouveau-né, lorsque ceux-ci sont installés en peau-à-peau. Cette relation positive est d'autant plus marquée qu'il existe également une mise au sein précoce. Cette relation n'a pas pu être mise en évidence dans le groupe des enfants qui se trouvaient dans leur berceau [13].

D'autres études [14,15] ont permis de mettre en avant la meilleure adaptation, régulation et stabilité thermique pour les nouveau-nés placés en peau-à-peau précoce contre leur mère.

Régulation de la glycémie et autres paramètres

Une relation positive entre le peau-à-peau précoce et la régulation glycémique chez le nouveau-né a également été mise en évidence.

En 1992, Christensson avait mis en avant cette relation : le taux glycémique chez les nouveau-nés en peau-à-peau était significativement plus élevée après 90 minutes de vie, par rapport à ceux séparés de leur mère. Il a également mis en évidence une normalisation du base excess plus rapide chez les enfants en peau-à-peau [5]. La même relation positive a été démontrée en 1999 [6], ainsi qu'en 2012, dans la méta analyse de Moore et al. [16].

3.4) Stabilité cardio-respiratoire

Des études ont montré l'effet positif du peau-à-peau sur le système cardiorespiratoire. L'étude polonaise, en 1999, avait montré des effets sur la stabilité cardio-respiratoire [6]. Takahashi et al. en 2011 ont mis en avant que les nouveau-nés placés en peau-à-peau immédiatement après la naissance (avant 5 minutes de vie) atteignent une stabilité de leur fréquence cardiaque (entre 120 et 160 battements par minute) plus rapidement que les enfants mis en peau-à-peau plus tardivement [7]. Mori, en 2010, a montré une diminution non significative de la saturation en oxygène chez les enfants en peau-à-peau [15]. Des études complémentaires seraient nécessaires afin d'obtenir des résultats significatifs.

3.5) Colonisation par la flore bactérienne maternelle

A la naissance, le nouveau-né, provenant d'un environnement stérile, va être colonisé par de nombreuses bactéries formant notamment sa flore cutanée. La formation de cette flore bactérienne va être influencée par de nombreux facteurs (environnement, mode d'accouchement, mode d'alimentation...). L'enfant, placé en peau-à-peau, va donc d'abord bénéficier de la flore cutanée « familiale », avant d'être colonisé par les bactéries environnementales hospitalières. Le peau-à-peau paraît, alors, d'autant plus important après une naissance par césarienne ; le nouveau-né n'ayant pas passé la filière génitale, il n'a donc pas été colonisé par la flore vaginale de sa mère, comme un enfant né par les voies naturelles.

3.6) Effets sur la mise en place et la durée de l'allaitement maternel

Des effets bénéfiques du peau-à-peau sur la mise en place et la durée de l'allaitement maternel exclusif à long terme ont été décrits. Une étude polonaise de 2001 a montré que la mise en place de la pratique a permis l'augmentation significative de la durée des allaitements exclusifs de 0,4 mois, ainsi qu'une augmentation de l'allaitement global de 1,4 mois. Les auteurs ont aussi étudié l'influence de la durée du peau-à-peau précoce sur l'allaitement ; les nouveau-nés mis en peau-à-peau au moins trente minutes étaient nourris exclusivement au sein 1,2 mois de plus, et étaient sevrés plus tard (1,7 mois) que ceux qui ont bénéficié d'un contact plus court [17]. En 2010, plusieurs études ont mis en évidence cette relation positive entre les premiers contacts peau-à-peau et l'allaitement exclusif des nouveau-nés [14,18]. En 2011, une étude pakistanaise a permis de montrer que le peau-à-peau précoce améliore de 26 % le succès de la première tétée. Cette pratique permet également de réduire le temps d'initiation à cette première tétée ainsi que le temps nécessaire à obtenir un allaitement efficace pour le nouveau-né. La poursuite de l'allaitement maternel exclusif à un mois est également plus importante en cas de peau-à-peau précoce ; 85,3 %, contrairement à 67,4 % chez les nouveau-nés ayant bénéficié de soins conventionnels [19].

En 2012, une autre étude a montré l'effet sur le succès de l'allaitement maternel exclusif à long terme [20].

Cette même année, la méta-analyse de la Cochrane est aussi parvenue à montrer l'effet positif du peau-à-peau sur la poursuite de l'allaitement exclusif. Les résultats étaient également en faveur d'un effet positif du peau-à-peau sur la durée de l'allaitement maternel, mais étaient non significatifs [16].

3.7) Bénéfices pour la mère et sur l'établissement du lien mère-enfant

Le peau-à-peau a des effets sur la physiologie de la mère et son comportement et va donc avoir une influence sur l'établissement du lien mère-enfant.

Dès 1995, Nissen décrit une période « sensible » pour la construction de la relation mère-enfant durant la première heure après la naissance. Il évoque une corrélation avec des taux d'ocytocine élevés durant cette phase [21]. En 2009, Bystrova évoque également l'existence de cette période « sensible » dans le post-partum immédiat, durant laquelle le lien mère-enfant se construit. Le contact ou non durant cette phase aurait des effets à long terme sur la relation entre la mère et le nouveau-né [22].

En 2007, Bergstöm décrit une élévation de la température maternelle au niveau du sein et au niveau axillaire dans les premières minutes du peau-à-peau, ce qui explique la relation positive entre l'élévation de la température maternelle et le maintien de la température corporelle du nouveau-né [23]. La même année, Bystrova a démontré le même effet : l'élévation de la température maternelle plus importante dans le groupe peau-à-peau [13].

Dans l'étude d'Handlin et al., en 2009, les auteurs ont montré une relation inversement significative entre la durée du contact précoce et le taux de cortisol chez la patiente ; plus le peau-à-peau est long et plus le taux de cortisol maternel s'abaisse. La décroissance du taux de cette hormone diminue donc le « stress » maternel post-accouchement, et favorise son bien-être [24,25].

Marin et al., en 2010, ont montré que le peau-à-peau diminue le temps moyen de la délivrance [26] ; ce qui peut être mis en parallèle avec des taux d'ocytocine plus importants, dans le post-partum immédiat, chez les mères ayant leur nouveau-né en peau-à-peau, comme nous l'avons vu précédemment avec l'étude de Nissen [21].

Une satisfaction plus grande chez les mères ayant pu pratiquer le peau-à-peau a été mise en évidence dans une étude de 2011 ; 58,3 % des mères du groupe peau-à-peau ont montré une préférence pour cette pratique pour le futur. Au contraire, seulement 5 % des mères du groupe soins conventionnels ont souhaité les mêmes soins pour le futur [19].

Dans une étude de 2012, il a été montré que les mères qui ont eu leur nouveau-né en peau-à-peau présentent des « scores » plus faibles, à une semaine de l'accouchement, sur une échelle évaluant la dépression du post-partum ; le score est légèrement plus faible à un mois et il n'existe pas de différence à deux mois [25].

4) *La place du père*

Dans certaines situations où l'état de santé de la mère n'est pas optimal (par exemple, immédiatement après une césarienne), le peau-à-peau ne peut être pratiqué avec celle-ci. Certaines équipes restent encore non convaincues de l'intérêt du peau-à-peau avec le père. Néanmoins, des études ont contrecarré ces idées et ont montré toute l'importance de la place du père à ce moment. En 2007, Erlandsson a mis en avant l'impact positif du peau-à-peau avec le père sur les pleurs du nouveau-né. En effet, il a montré que les enfants, nés après césarienne, installés en peau-à-peau avec leur père pleuraient moins que les nouveau-nés habillés et allongés dans un berceau. Au total, les nouveau-nés pratiquant le peau-à-peau avec leur père après être nés par césarienne se sont calmés, ont atteint un état de somnolence et se sont consolés, c'est-à-dire ont arrêté de pleurer, plus tôt que les enfants habillés et installés dans un berceau. Le père peut faciliter, à ce moment important de la vie de l'enfant, son développement comportemental ; il apparaît donc comme le principal et meilleur « soignant » de l'enfant lorsque celui-ci est séparé de sa mère [27].

Velandia, en 2010, a montré que les enfants placés en peau-à-peau, après une césarienne, avec leur père pleuraient significativement moins que ceux en peau-à-peau avec leur mère et qu'ils atteignaient un état de relaxation plus rapidement qu' en peau-à-peau avec leur mère [28].

Toutes ces études tendent à montrer que la meilleure place pour un nouveau-né à terme et bien portant à la naissance est en peau-à-peau avec sa mère ou son père :

- il lui permet une stabilité thermique, métabolique et cardio-respiratoire. Il peut être considéré comme un moyen pour le nouveau-né de limiter ses dépenses énergétiques ;
- il permet également à l'enfant d'être apaisé, de limiter ses pleurs, de réduire les effets négatifs du « stress » secondaire à la naissance et peut améliorer la qualité du lien mère-enfant ;
- l'effet sur la mise en place et la durée de l'allaitement maternel est aussi mis en avant ;
- le père joue un rôle considérable dans l'apaisement du nouveau-né, lorsque celui-ci est séparé de sa mère.

La pratique du peau-à-peau s'intègre, petit à petit, dans la prise en charge des nouveau-nés à terme et bien portant à la naissance.

5) *Prise en charge du nouveau-né à terme présumé bien portant en salle de naissance*

L'ILCOR [Annexe 2] en 2005 a proposé une liste de quatre questions afin d'aider les professionnels à évaluer si le nouveau-né, à la naissance, peut être considéré comme « normal » :

- Est-ce que le nouveau-né est à terme ?
- Est-ce que le liquide amniotique est clair et sans infection potentielle ?
- Est-ce que le nouveau-né respire ou crie ?
- Est-ce que le nouveau-né a un bon tonus ?

Si le professionnel peut répondre « oui » aux quatre questions, le nouveau-né est considéré comme « normal » et l'ILCOR précise alors que *le nouveau-né n'a pas besoin de réanimation (prise en charge) et ne doit pas être séparé de sa mère. Le nouveau-né peut être séché, placé directement sur la poitrine de sa mère, couvert avec un tissu pour maintenir la température. L'observation de la respiration, de ses mouvements et de sa couleur doit être continuée. 5 à 6% des nouveau-nés nécessitent des gestes de réanimation simples à la naissance (stimulation, aspiration) et 1% des nouveau-nés, des gestes de réanimation complexes (qui débutent à partir du moment où l'enfant est ventilé). Dans la plupart des naissances, les enfants présentent donc une bonne adaptation, et ne doivent pas être séparés de leur mère. Cette prise en charge permet de favoriser l'établissement du lien avec sa mère.*

L'adaptation du nouveau-né peut être rapidement évaluée grâce au score d'Apgar, prenant en compte cinq critères : la fréquence cardiaque, la respiration, la coloration, le tonus et le cri. Cependant, celui-ci ne peut suffire à affirmer la bonne adaptation du nouveau-né, compte tenu de son caractère subjectif (entraînant une variabilité de mesure interindividuelle).

Le réseau périnatalité du Languedoc-Roussillon [56] définit le nouveau-né « normal » à terme comme suit :

- à partir de 37 SA
- eutrophe
- absence de liquide amniotique méconial
- pas de facteur de risque d'IMF ou de signe évocateur d'infection néonatale
- respiration ou cri, bonne coloration cutanée
- bon tonus

Il est précisé que *le nouveau-né répondant à ces critères ne doit pas être séparé de sa mère et peut être pris en charge de manière simple. Dans le cas contraire, il sera posé sur la table de réanimation pour être évalué.*

Il y a plusieurs années, l'enfant était présenté à ses parents, et directement emmené sur une table d'examen, où toute une batterie de soins et de tests étaient réalisés. Il était, ensuite, baigné puis habillé. Le peau-à-peau précoce ne pouvait s'inscrire dans un tel schéma de prise en charge. Depuis quelques années, des études ont été réalisées afin d'évaluer l'utilité de tous ces soins effectués dès la naissance. Des études ont remis en cause la nécessité de certains de ces examens faits en systématique [29,55]. Cette réorganisation des soins permet de favoriser le contact précoce en limitant au maximum la séparation du nouveau-né et de sa mère.

Cependant, des cas de malaises et de décès précoces ont été décrits dans la littérature chez des nouveau-nés à terme et bien portants installés en peau-à-peau contre leur mère. Peut-on craindre que la pratique ne soit pas sûre ? Est-ce qu'il est possible de favoriser le relationnel tout en assurant la sécurité de l'enfant et de sa mère en salle de naissance ?

6) Les risques liés au peau-à-peau

6.1) Cas décrits de malaises : incidence et définition

Le peau-à-peau est une pratique qui comporte de nombreux bienfaits qui ne peuvent être remis en cause. Cependant, il a été décrit, depuis les années 2000 essentiellement, des cas de malaises précoces et/ou des décès chez des nouveau-nés sains, à terme dans les quelques heures suivant leur naissance. Ces cas de malaises restent très rares, mais néanmoins « dramatiques ». En effet, leur incidence est relativement faible, mais est réelle et la mortalité associée reste élevée. Dans la littérature, l'incidence de ces malaises, survenant dans les deux premières heures de vie, varie entre 3,2 et 3,8/100 000 naissances [30-32] avec un taux de létalité de 64% en cas de malaises [32]. D'autres auteurs ont rapporté des incidences : 5/100 000 naissances dans les douze premières heures de vie [33] et 2,6/100 000 naissances dans les vingt-quatre premières heures de vie [34].

Dans la littérature, la description de malaises graves survenus quelques heures après la naissance des nouveau-nés permet de mettre en évidence des caractéristiques communes. Ces malaises ont été décrits chez des nouveau-nés d'âge gestationnel à la naissance supérieur à 36 SA, eutrophes, avec une adaptation normale à la vie extra-utérine (Apgar >7 à une minute de vie). Ces enfants sont nés après des grossesses de déroulement normal, tous par les voies naturelles, le plus souvent sans instrumentation. Ces malaises se sont manifestés par un arrêt cardio-respiratoire dans la plupart des cas, constaté par une cyanose, une pâleur ou une hypotonie majeure chez l'enfant [30-46]. Le tableau suivant récapitule les cas français de malaises graves et/ou décès survenus chez des nouveau-nés quelques heures après leur naissance, entre 2004 et 2011. D'autres auteurs, dans le monde, ont également rapporté des cas de malaises précoces chez le nouveau-né à terme et bien portant [33-35,41-43,45-46].

Tableau I : Cas décrits en France de malaises et/ou décès en salle de naissance dans les deux premières heures de vie

Auteur	Année	Nombre de cas/ Moment de découverte du malaise	Nombre de décès	Faits marquants
Kuhn et al. [44]	2000	2 H1/M90	2	- primipares (2/2), AVB normaux - nouveau-nés : à terme, eutrophe, Apgar 10/10, au sein, en peau-à-peau* - mère seule** avec le nouveau-né (2/2)
Gatti et al. [40]	2004	6 M90/M40/H2/M45/M20/H2	5	- primipares (6/6), AVB normaux - nouveau-nés : examens cliniques normaux, Apgar normaux, position ventrale, en peau-à-peau - autopsies négatives, pas de contexte infectieux
Espagne et al. [39]	2004	2 H1/H2	1	- primipares (2/2) - nouveau-nés : décubitus ventral, en peau-à-peau - mère seule avec son nouveau-né (2/2)
Hays et al. [37]	2006	11 Entre M5-M120	4	- grossesses normales, AVB normaux, primipares (7/11) - nouveau-nés : eutrophe, à terme, décubitus ventral, en peau-à-peau
Aboudiab et al. [38]	2007	2 ?/M45	0	- nouveau-nés : à terme, Apgar normaux 1) nouveau-né sur poitrine, SF présente (suture), découverte par autre professionnel 2) fatigue maternelle + activité importante
Branger et al. [32]	2007	7 ?	5	- primipares (3/7) - nouveau-nés : à terme, sans pathologie, BAVEU, dans les bras (1/7), contre le sein (2/7)
Dageville et al. [31]	2009	2	0	- primipare (1/2) - mère seule avec son nouveau-né (2/2)
Andres et al. [30]	2011	6	3	- primipares (4/6), grossesses normales (4/6), 1 extraction instrumentale - nouveau-nés : 36SA+5jr → 40SA+2jr, Apgar 10/10 1) bras de la mère 2) DC, autopsie négative 3) gémellaire, DC, pas d'autopsie 6) DC, pas d'autopsie

*en peau-à-peau au moment de la découverte de l'événement

** mère seule avec son enfant au moment du malaise et de la découverte

6.2) Facteurs de risque décrits

Grâce aux descriptions de cas, les auteurs ont mis en avant trois facteurs de risques ou situations à risque de malaises du nouveau-né dans les premières heures de vie [30-35,37,40,42-46] :

- le peau-à-peau en **position ventrale, prolongé sans surveillance**
- une mère et son enfant laissés **seuls**, sans accompagnant ou sans la présence d'un membre de l'équipe médicale
- la **primiparité**

D'autres facteurs ont été rapportés dans certaines études : la distraction maternelle avec l'utilisation du téléphone portable par exemple [42], la position gynécologique [41,42] ou encore la fatigue maternelle [32, 38]. En revanche, l'obésité et l'âge de la mère n'ont pas été décrits comme des facteurs de risque. L'association des malaises précoces avec le tabagisme maternel n'a pas non plus été prouvée [35]. Becher a évoqué le fait que dans la majorité des cas de malaises et/ou décès (30 cas sur 45 dans son étude), aucune pathologie sous-jacente n'a été retrouvée pouvant expliquer cet événement [33].

Ces accidents restent rares mais leur incidence est bien réelle. Cependant, l'incidence de ces malaises est discutée et semble sous-estimée, ces cas étant mal recensés. B. Branger et al., en 2007, soulignaient déjà l'importance d'une déclaration et d'un recueil systématiques de ces malaises, aussi bien au niveau régional que national [32].

6.3) Physiopathologie

La physiopathologie de ces malaises reste encore mal connue et les causes ne sont pas claires. Deux hypothèses ont été principalement décrites : une asphyxie secondaire à une obstruction des voies aériennes supérieures [40,35,33] et une augmentation du tonus vagal [45].

Il pourrait exister une hypoxie accidentelle secondaire à une obstruction des voies aériennes supérieures de l'enfant, placé en peau-à-peau. Celle-ci pourrait être due au mauvais positionnement de l'enfant ; en position ventrale, ses voies aériennes seraient obstruées par confinement et écrasement contre le corps de la mère [40]. La réponse ventilatoire du nouveau-né à une hypoxie, même de courte durée, peut être une apnée ; ce qui peut expliquer qu'une obstruction des voies aériennes supérieures conduit rapidement à un malaise chez des nouveau-nés sans pathologie sous-jacente et que les premières heures de vie constituent une phase de vulnérabilité pour l'enfant [35].

Toker évoque la possibilité d'une augmentation du tonus vagal chez l'enfant à ce moment particulier de sa vie, le plaçant dans une situation de vulnérabilité. Cette hyperactivité pourrait entraîner des apnées et/ou arrêts cardiaques [45]. Cette théorie d'une hyperactivité du tonus vagal est peu probable car elle ne peut être expliquée par les facteurs de risques décrits et connus actuellement [35].

Certains auteurs évoquent que les mécanismes physiopathologiques pourraient s'apparenter à ceux décrits dans la mort subite et inexplicable du nourrisson, avec le facteur de risque du positionnement ventral prolongé et le phénomène de « re-breathing » [32,39]. Lors du peau-à-peau, le nouveau-né, confiné contre sa mère, inspire de l'air « contaminé » par le dioxyde de carbone expiré [47,48]. Cela entraînerait une hypoxie chez l'enfant, puis une apnée, cause de ces malaises.

Cependant, dans certains cas, après bilan diagnostique étiologique, on retrouve une pathologie existante mais méconnue, à l'origine du malaise et/ou du décès de l'enfant.

Au vu des études réalisées et en l'absence d'autopsie systématique, rien ne permet de dire que ces malaises puissent être directement en lien avec les nouvelles pratiques de prise en charge des nouveau-nés en salle de naissance, dans les premières heures de vie (aspiration non systématique, test à la seringue non systématique, mise en peau-à-peau, et au sein précoce) [32].

6.4) Description de cas de malaises observés dans les Pays de Loire en 2013

En 2013, trois cas de malaises graves du nouveau-né ont été déclarés au Réseau « Sécurité Naissance ». Un des malaises ne s'est pas produit lorsque le nouveau-né était en peau-à-peau ; nous ne le décrivons pas. Un seul des cas correspond à notre domaine d'étude, c'est-à-dire au malaise chez le nouveau-né à terme, en bonne santé dans les deux heures suivant la naissance. En effet, l'autre malaise s'est produit chez un nouveau-né à 35SA+4 jours.

Le nouveau-né était né d'une mère **primipare**, à terme (39SA), eutrope (3080 g) après un déclenchement pour une rupture prolongée des membranes (un prélèvement vaginal du neuvième mois négatif pour le streptocoque B). Nous n'avons pas de renseignement sur le déroulement de la grossesse. Durant le travail, le rythme cardiaque fœtal était normal, le liquide amniotique était clair. L'enfant a présenté une bonne adaptation à la vie extra-utérine avec un score d'Apgar égale à 9 à une minute de vie, et à 10 à cinq et dix minutes de vie. Le pH artériel au cordon était de 7.23, des lactates dosés à 2.2 mmol/L. Le nouveau-né avait donc été placé en peau-à-peau. L'enfant était au sein, et a été retrouvé bleu par sa mère (pas de notion de durée par rapport à la naissance), la sage-femme était présente dans la salle. Il a été retrouvé la tête enfouie dans le sein, hypotonique avec une fréquence cardiaque à 80-90 battements par minute, il a été aspiré puis stimulé. L'enfant a été hospitalisé dans le service de néonatalogie, il était asymptomatique par la suite et avait un dosage de lactates à 2.8 mmol/L.

Le peau-à-peau comporte des bénéfices incontestables aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

Mais, l'apparition de malaises précoces de nouveau-nés installés en peau-à-peau a conduit les professionnels à s'interroger sur la pratique. Acceptons-nous ce risque ? Doit-on arrêter le peau-à-peau, connaissant le risque de malaise, quoique rare ? Peut-on favoriser le relationnel mère-enfant tout en garantissant leur sécurité ? L'incidence de ces malaises reste faible, les facteurs de risques décrits sont « facilement » repérables, les bienfaits sont incontestables : il semble donc que la pratique du peau-à-peau doit être maintenue en salle de naissance pour les nouveau-né à terme et bien portants.

Cependant, face à toutes ces interrogations, la mise en place de mesures préventives et de recommandations entourant la pratique est nécessaire afin de réduire l'incidence de ces malaises et d'uniformiser les pratiques tout en garantissant une sécurité.

7) Contexte actuel de la pratique du peau-à-peau

Le peau-à-peau pour les enfants nés à terme, présumés sains s'est développé, en salle de naissance, depuis plusieurs années. Face à la controverse qui apparaît lors de la pratique du peau-à-peau (de nombreux bénéfices, mais la description de malaises graves), les réseaux de périnatalité et établissements de santé ont eu la volonté de rédiger des protocoles concernant l'accueil du nouveau-né à terme en salle de naissance en y intégrant le peau-à-peau.

7.1) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

L'HAS n'a pas établi de protocole concernant la pratique du peau-à-peau en salle de naissance. On retrouve dans le document de 2002 *Allaitement Maternel Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant*, des éléments concernant la pratique du peau-à-peau : « À la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère.(...) Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant » [49].

7.2) Recommandations de l'IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés)

L'IHAB, existant depuis 1992, préconise dans sa liste des douze recommandations [Annexe 3] : Recommandation n°4 « Placer le nouveau-né en peau-à-peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin (...) » (reprise des « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » de l'OMS/UNICEF 1989). Aussi, l'IHAB a fait paraître une affiche exposant les modalités du peau-à-peau et de sa surveillance en salle de naissance [Annexe 4] : le nouveau-né doit être installé **à plat ventre sur la poitrine de sa mère**, qui est elle-même **semi-assise**. Il doit être **couvert avec le visage sur le côté, visible et non recouvert**, ainsi qu'avoir **les voies aériennes bien dégagées**. Concernant la surveillance, il est mentionné que *la surveillance de la couleur et du comportement du bébé doit être « régulière » ; si une personne ne peut rester avec la mère et son enfant, il doit y avoir une surveillance de la fréquence cardiaque et de la saturation pour le nouveau-né.*

7.3) Présentation de différentes recommandations

Tableau II : Présentation de différents protocoles concernant la pratique du peau-à-peau en salle de naissance

	ELENA 2006/2011	RESEAU PERINATALITE FRANCHE COMTE 2007	RESEAU NAITRE ET GRANDIR LANGUEDOC ROUSSILLON 2008	RESEAU SECURITE NAISSANCE PACA « AUX PORTES DE LA VIE » 2007/2013	CHU NANTES 2013
Positionnement de la mère				Position semi assise (2013)	Semi-assise (proclive 30°) ET disponible
Positionnement du nouveau-né	Dorsale ou sur le côté , visage visible et nez dégagé, couvert d'un linge chaud	Initialement sur le côté , puis sur le ventre lorsqu'il est prêt à téter Bonnet jersey, recouvert d'un linge chaud, visage dégagé bien visible	En position ventrale sur sa mère, tête tournée sur le côté, visage visible et dégagé Le recouvrir d'un linge chaud et mettre un bonnet	En position ventrale , tête tournée sur le côté, nez et bouche bien dégagés (2013) Tête recouverte d'un bonnet, une couverture le protège du froid sans recouvrir son visage	En position ventrale , tête sur le côté, cou non fléchi, nez bien dégagé Nu, tête recouverte d'un bonnet, corps recouvert d'un linge visage dégagé
Examen clinique	Sur une table de réanimation ou sur le ventre de la mère en position dorsale (2006) Peut être différé si Apgar>7 (2006)		Peut être fait à 1h30 de vie	L'examen clinique complet n'est pas urgent ; différé , si un examen clinique minimum ne décèle aucune détresse ou malformation importante. Le premier examen sommaire ne doit pas retarder l'installation en peau-à-peau.	
Soins de nursing	Peuvent être faits après le peau-à-peau , dans les 2h qui suivent la naissance		Peuvent être repoussés à plus tard (1h30 de vie)	Peuvent être différés à la fin de la période du peau-à-peau	

	ELENA 2006/2011	RESEAU PERINATALITE FRANCHE COMTE 2007	RESEAU NAITRE ET GRANDIR LANGUEDOC ROUSSILLON 2008	RESEAU SECURITE NAISSANCE PACA « AUX PORTES DE LA VIE » 2007/2013	CHU NANTES 2013
Indications	A terme > ou = 37 SA En l'absence de toute pathologie Apgar 10-10-10			Le nouveau-né présumé bien portant : - pas de risque prévisible de décompensation brutale - indemne de toute détresse (bon comportement neurologique, efficacité de la fonction respiratoire, absence de malformation évidente)	Groupe 1 : -Mère sans pathologie / accouchement eutocique - ET nouveau-né > 37 SA sans pathologie -ET BAVEU (Apgar > 7 à 1 minute) - ET présence d'une tierce personne obligatoire - ET surveillance possible en fonction de l'activité obstétricale L'équipe reste seule juge de la faisabilité du peau-à-peau au niveau organisationnel
Durée	Au moins 10 minutes		Le nouveau-né peut être laissé environ les 2h suivant la naissance selon le désir des parents	60 à 90 minutes sont souhaitables	Groupe 1 : 2 heures et plus Groupe 2 : < 30 minutes Cette durée dépendra : souhait des parents/possibilités de surveillance

ELENA 2006/2011	RESEAU PERINATALITE FRANCHE COMTE 2007	RESEAU NAITRE ET GRANDIR LANGUEDOC ROUSSILLON 2008	RESEAU SECURITE NAISSANCE PACA « AUX PORTES DE LA VIE » 2007/2013	CHU NANTES 2013
Contre-indications		<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies maternelles, fatigue excessive ou analgésie affectant la vigilance de la mère - Absence de surveillance possible (activité importante en salle d'accouchement à ce moment-là) 	<p>CI certaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - malformation à risque de décompensation brutale et précoce <p>Une malformation non menaçante immédiatement ne doit pas être considérée comme un CI à un accueil non médicalisé</p> <p>CI éventuelles (à analyser au cas par cas) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 36SA - LA méconial <ul style="list-style-type: none"> - ARCF profondes et prolongées + Apgar <7 à une minute - Chorio-amnionite probable ou certaine - Imprégnation maternelle chronique par un/des produits dépresseurs respiratoires (benzodiazépines, morphiniques) - Traitement maternel par Béta-bloquants, si FC du nouveau-né <120/mn 	

	ELENA 2006/2011	RESEAU PERINATALITE FRANCHE COMTE 2007	RESEAU NAITRE ET GRANDIR LANGUEDOC ROUSSILLON 2008	RESEAU SECURITE NAISSANCE PACA « AUX PORTES DE LA VIE » 2007/2013	CHU NANTES 2013
Surveillance	<p>Régulière par un contrôle visuel A condition que le personnel soit disponible pour surveiller la BAVEU, utilisation possible du monitoring SaO2</p>	<p>Toutes les 15 minutes minimum (teint, respiration nasale libre, comportement) A renforcer si : -prématurité -ARCF -Accouchement difficile, manœuvres -LA teinté -Dolosal ou Nubain dans les 12h précédant l'accouchement - Mères sous Trandate ou autre bêta-bloquant</p>	<p>Surveiller régulièrement le nouveau-né Présence régulière du personnel soignant dans la salle et éventuellement utilisation d'un saturomètre</p>	<p>Au minimum toutes les 15 minutes ; consignée sur un document écrit</p> <p>A renforcer si : - mère primipare - mère non accompagnée</p>	<p>Rapprochée (1 fois toutes les 20 minutes minimum) avec une traçabilité de cette surveillance</p> <p>Le père ne peut en aucun cas remplacer le professionnel pour la surveillance</p> <p>Surveillance rapprochée et saturomètre (sur avis pédiatrique) : Groupe 2 - RCIU (cf courbe de Usher) - MAVEU à 1 minute mais Apgar 10 à 5 minutes - Nouveau-né entre 35 et 37 SA - Pathologies fœtales La surveillance par un saturomètre ne dispense pas d'une surveillance par les professionnels</p>

En France, des réseaux de périnatalité ainsi que certaines maternités ont eu la volonté de mettre en place des protocoles entourant la pratique en salle de naissance, pour le nouveau-né à terme et bien portant.

On retrouve des éléments communs à l'ensemble des recommandations présentées. Néanmoins, on peut constater quelques divergences sur certains points : le positionnement du nouveau-né sur la poitrine de sa mère et/ou son père, les modalités de surveillance du couple mère-enfant. Le moment de l'examen clinique par rapport au début du peau-à-peau n'apparaît pas non plus clairement. Tous les guides ne proposent pas de liste de contre-indications à la pratique du peau-à-peau.

8) *L'information faite aux couples*

A tout moment de la grossesse et de l'accouchement, il est important d'informer les couples sur cette pratique. Il n'existe pas de consensus sur ce qui doit être dit ou non aux parents. Nous pouvons penser que l'information débute dès la grossesse, avec les cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité. En salle de naissance, il semble utile de poursuivre l'information des couples et celle-ci doit être donnée par les professionnels.

Cette pratique est perçue comme « naturelle », s'inscrivant dans un processus décrit souvent comme « allant de soi ». Le peau-à-peau n'est souvent pas, pour les couples, ressenti comme un soin. Néanmoins, comme nous l'avons montré précédemment, malgré tous les bienfaits du peau-à-peau, le risque de survenue d'un malaise, d'une potentielle gravité, persiste, même s'ils restent rares. Il semble, donc, nécessaire de donner des informations aux parents sur les bénéfices du peau-à-peau, ainsi que sur le risque de malaise, sans faire peur, ni les inquiéter.

Le CHU de Nantes a, dans son protocole de 2013, rédigé une information écrite affichée dans les salles de naissance [Annexe 1] ; il préconise de *Sensibiliser les parents en donnant des explications claires sur la position, la surveillance, et les risques d'arrêt cardio-respiratoire avant le début du peau-à-peau (expliquer les risques le mieux possible sans faire peur ni culpabiliser).*

Le Réseau "Sécurité Naissance" a conseillé, en 2013, qu'*une information doit être donnée aux parents avant la mise en peau-à-peau : Principe de l'information (libre choix de la mère et du couple, expliquer les risques le mieux possible sans faire peur ni culpabiliser), Moment de l'information (pendant la préparation à l'accouchement, après la naissance avant la proposition).* L'exemple de l'information écrite par le RSN peut être retrouvé en document annexe [Annexe 6].

A la Polyclinique de l'Atlantique (Saint-Herblain, Loire-Atlantique), une information écrite est affichée dans toutes les salles de naissance depuis quelques années ; *Maman sera installée en position semi-assise en présence de celui ou celle qui l'accompagne. Bébé sera installé nu sur sa maman, sur le côté, sa tête ne sera pas totalement recouverte et ses narines seront dégagées. Lorsque la personne accompagnante doit sortir de la salle : il est impératif de prévenir l'équipe soignante afin que bébé soit habillé et posé dans son berceau à côté de sa maman. Sonnez ! Profitez ensemble de ce merveilleux moment. L'équipe obstétricale.*

La première partie de ce mémoire nous a permis de mettre en avant les bienfaits de la pratique du peau-à-peau en salle de naissance pour le nouveau-né à terme et bien portants. Ses bénéfices sont nombreux et justifient la diffusion de cette pratique. En effet, le peau-à-peau semble améliorer l'adaptation de l'enfant à son nouvel environnement, favoriser son bien-être ainsi que la mise en place et la durée de l'allaitement maternel. Tous les auteurs ont mis en avant l'amélioration de la qualité du lien mère-enfant lorsque le peau-à-peau a été pratiqué.

Toutefois, les cas de malaises décrits pour des nouveau-nés installés en peau-à-peau, dans les quelques heures suivant leur naissance, montrent que même si cette pratique se revendique « non médicale », elle comporte des risques. Même si l'incidence reste faible, ces accidents doivent être pris en compte et des recommandations sécuritaires encadrant cette pratique doivent être disponibles dans les maternités. Ces guides permettent aux équipes de poursuivre la pratique du peau-à-peau en salle de naissance pour les nouveau-nés bien portant à terme, tout en assurant la sécurité du couple, en privilégiant parallèlement l'établissement du lien mère-enfant.

PARTIE 2 : ETUDE

1) Hypothèses et objectifs de l'étude

La description de malaises précoces chez des nouveau-nés placés en peau-à-peau contre leur mère nous a conduit à plusieurs interrogations : Acceptons nous ce risque, dont l'incidence pourrait paraître faible au regard du bénéfice attendu ? Est-il accepté par les parents ? Les équipes soignantes ? Et pour quels bénéfices ? Face à ces questions, plusieurs attitudes sont possibles :

- 1) Le risque existe, il est accepté par les équipes et les parents. La pratique du peau-à-peau est maintenue en mettant en place des mesures préventives, pour tenter de réduire le risque de malaise, tout en étant conscient que l'efficacité de ces mesures n'est pas certaine.
- 2) Le risque existe, il est accepté, « on n'y peut rien », la pratique est maintenue sans mettre en place de mesures de prévention.
- 3) Le risque existe, il existe une peur des professionnels au maintien de cette pratique même avec des mesures préventives, ce qui mène donc à l'arrêt de la pratique malgré les bénéfices. Cette « prise de risque » n'est pas acceptée par les soignants.
- 4) Le risque existe, la pratique est maintenue avec la mise en place de mesures de prévention s'avérant excessives, ne pouvant être respectées (dans les indications, contre-indications et modalités), ce qui entraîne donc l'arrêt du peau-à-peau en salle de naissance.

Il semblait alors pertinent de faire un état des lieux des pratiques actuelles en matière de peau-à-peau en salle de naissance, dans ses modalités, indications et contre-indications. Où se situe la balance bénéfices/risques dans la pratique du peau-à-peau ? L'incidence des malaises, bien que faible, autorise t-elle les équipes à maintenir la pratique en salle de naissance ? Peut-on allier sécurité et non interférence dans l'établissement du lien mère-enfant ? Quelles sont les mesures de prévention mises en place ? Sont-elles trop contraignantes et donc difficilement applicables ?

Plusieurs hypothèses :

- En pratique, les indications et les modalités des mises en peau-à-peau ne sont pas toujours conformes aux recommandations
- Les équipes rencontrent des difficultés dans la surveillance et la traçabilité du peau-à-peau (trop contraignante, surveillance trop rapprochée...)
- Les couples sont peu informés sur la pratique, ses bénéfices, les risques existants et l'exigence de vigilance que demande la pratique du peau-à-peau.

Les objectifs de cette étude étaient donc :

- de faire un état des lieux des modalités de mise en peau-à-peau en salle de naissance, ses indications et contre-indications ;
- d'évaluer les informations délivrées aux couples, pendant la grossesse et/ou en salle de naissance ;

- d'évaluer, en pratique, si les recommandations proposées par le Réseau « Sécurité Naissance » en 2013 sont applicables.

2) Méthodologie et caractéristiques de l'étude

2.1) Lieux et modalités de l'étude

Afin de réaliser notre état des lieux des pratiques en salle de naissance, nous aurions pu choisir la distribution de questionnaires aux professionnels de salle de naissance, reposant sur le principe de l'auto-évaluation. Une étude de ce type avait déjà été réalisée en 2008 et dans notre situation, une étude observationnelle, caractérisée par notre présence en salle de naissance, se montrait plus intéressante. L'étude s'est déroulée entre les mois de juillet et d'octobre 2013.

Les observations ont été réalisées dans trois établissements des Pays de Loire : une maternité de type III, et deux maternités de type II. Elles seront dénommées A, B et C dans la suite de l'étude. Notre objectif de départ était de réaliser 80 observations de peau-à-peau, avec 40 observations dans la maternité B et 20 respectivement dans les maternités A et C. Nous avons rencontré les cadres sages-femmes des trois établissements, afin de présenter les modalités de l'étude et d'obtenir l'autorisation d'accès aux salles de naissances. Avant chaque observation, nous rencontrons les parents, afin d'obtenir leur consentement pour participer à l'étude, et leur accord pour faire nos observations ; les modalités et objectifs de l'étude leur étaient présentés. Nous n'avons eu qu'un seul couple ayant refusé de participer à l'étude.

Nous étions présents en salle de naissance au moment de l'accouchement, pendant la mise en peau-à-peau et jusqu'à ce que les professionnels sortent de la salle. Une feuille de traçabilité proposée par le Réseau "Sécurité Naissance" était ensuite distribuée aux professionnels réalisant la surveillance ; nous récupérons ces feuilles à la fin du peau-à-peau.

Sur notre temps de présence, un recueil de données [Annexe 6] était rempli pour chaque naissance, que le peau-à-peau soit réalisé ou non. Ceci nous a permis de recenser les motifs qui pouvaient contre-indiquer un peau-à-peau. Ces observations n'ont été réalisées que le jour, au plus tard jusqu'à 21 heures.

Pour certaines parties du recueil de données, nous avons interrogé les couples avant qu'ils ne soient transférés dans le service des suites de couches et avons recueilli ce qu'ils ont déclaré. Ceci a été réalisé pour :

- Proposition de mise en peau-à-peau faite ? si oui par qui ?
- Demande explicite exprimée par les parents ? Si oui, par l'intermédiaire de quelle démarche ?
- Quel type d'information a été donné aux parents, à qui l'information a t-elle été

donnée, à quel moment, par quels professionnels ?

- Expression claire du consentement ?
- Présence et utilisation du téléphone portable pendant le peau-à-peau ? Si oui, proposition faite de l'éteindre ?

Le reste du recueil de données a été rempli grâce aux dossiers médicaux des patientes et grâce à nos observations.

Certains nouveau-nés ont été mis en peau-à-peau avec leurs deux parents pendant la période d'observation ; dans ces cas, nous avons considéré que ces peau-à-peau étaient différents, deux fiches ont donc été remplies pour un même nouveau-né ayant fait du peau-à-peau avec sa mère et avec son père. Ils ont également été comptés séparément dans le nombre total de peau-à-peau observés.

Les peau-à-peau avec les pères ont, dans la plupart des cas, été réalisés lorsque la mère avait accouché par césarienne ; dans nos recueils de données, pour chaque peau-à-peau avec le père, nous avons mentionné qu'il n'y avait pas d'accompagnant. Ce qui était, au contraire, un élément essentiel dans les modalités du peau-à-peau avec les mères, par rapport notamment à la fatigue de l'accouchement.

Pour les situations où le nouveau-né bénéficiait d'une surveillance par un saturomètre, la mesure de la fréquence cardiaque était concomitante.

Concernant la surveillance du peau-à-peau, nous avons observé la régularité de cette surveillance, mais nous n'avons pas déterminé si les surveillances étaient faites de manière rapprochée. La fréquence des surveillances était globalement observée, sans qu'une périodicité ne soit calculée précisément.

2.2) Population et domaine de l'étude

Notre domaine d'étude était défini par des peau-à-peau réalisés :

- en salle de naissance ou en salle de réveil
- avec des nouveau-nés d'âge gestationnel de 36 semaines d'aménorrhées (SA) et plus
- avec des nouveau-nés singletons
- avec la mère et/ou avec le père

Les peau-à-peau dans les chambres de maternité ou en néonatalogie, avec des enfants de moins de 36 semaines d'âge gestationnel et/ou avec des jumeaux n'étaient pas concernés par notre étude.

3) Définitions

Avant de débiter l'étude, il a été important de définir certains termes du recueil de données.

Heure de début du travail : nous avons considéré que l'horaire du début du travail était l'horaire correspondant à une dilatation du col utérin de **3-4 centimètres**.

Surveillance régulière : la difficulté de cette étude réside en partie dans la définition d'une surveillance régulière. Nous n'avons pas calculé précisément les intervalles de temps dans les surveillances, pouvant nous permettre de définir une surveillance rapprochée. Nous avons défini le terme de surveillance régulière comme **une surveillance faite à intervalle de temps régulier**, que ce soit toutes les 5 minutes ou toutes les 20 minutes. Il n'existe pas de consensus sur l'intervalle de temps qui doit espacer deux surveillances. Le Réseau "Sécurité Naissance" des Pays de Loire indique qu'une surveillance *sans saturemètre* implique une *surveillance régulière par le personnel toutes les 5 à 10 minutes*, et qu'une surveillance *avec saturemètre* nécessite une *surveillance régulière toutes les 15 à 20 minutes* [Annexe 5]. Le réseau ELENA n'établit pas non plus de périodicité précise et préconise *une surveillance régulière par contrôle visuel pour s'assurer de l'état clinique du nouveau-né* [Tableau I]. Le réseau de périnatalité de Franche -Comté, quant à lui, précise qu'une *surveillance clinique* doit être effectuée *toutes les 15 minutes minimum* [Tableau I]. De même, le CHU de Nantes a inscrit dans son protocole que *le peau-à-peau nécessite une surveillance rapprochée (1 fois toutes les 20 minutes minimum)* [Annexe 1].

Activité importante au bloc obstétrical : nous avons défini une activité importante en salle de naissance par la présence concomitante de **10 à 12 patientes**. Cependant, cette notion n'est pas précise et dépend des patientes présentes, de l'existence de **pathologies** ou non, du **nombre de naissances** dans la maternité et de **l'effectif de personnel** en salle de naissance.

Charge de travail de la sage-femme : une charge de travail de la sage-femme responsable de l'accouchement trop importante pour réaliser la surveillance régulière du peau-à-peau a été définie par un nombre de patientes en charge de la sage-femme **supérieur à 3**. Cependant, comme pour l'activité au bloc obstétrical, cette notion dépend également du contexte des patientes en charge (présence de **pathologies**, parcours d'interruption médicale de grossesse,... nécessitant à la sage-femme plus de temps qu'une patiente dans une situation physiologique).

HDD : Pour un accouchement par voie basse, une hémorragie de la délivrance est définie par une quantité totale de saignements **supérieure ou égale à 500 ml**. Elle est définie, pour une césarienne, par une quantité de saignements totale **supérieure ou égale à 1000 ml**.

Travail long : pour définir un travail long, nous avons, d'une part, pris en compte la durée du travail en elle-même mais aussi la durée des efforts expulsifs. Un travail long a été défini par une durée du travail **supérieure ou égale à 12 heures et/ou** une durée des efforts expulsifs **supérieure ou égale à 30 minutes**.

Mère épuisée : l'épuisement de la patiente reste à l'appréciation de l'équipe, étant donné qu'il n'existe pas de « score » permettant de définir l'épuisement. Cependant, nous pouvons penser qu'après un travail long, une mère peut être épuisée. Ce sentiment d'épuisement reste aussi à l'appréciation de la patiente elle-même.

Nouveau-né « non vigoureux » : un nouveau-né « **vigoureux** » à la naissance est un enfant **criant et/ou pleurant, tonique**, présentant les **réflexes archaïques**, surtout le réflexe de succion avec un score d'**Apgar supérieur à 7** à une minute de vie [Annexe 7]. Un nouveau-né peut être caractérisé de « vigoureux » lorsqu'il est possible de répondre « oui » aux quatre questions posées par l'ILCOR, comme nous l'avons vu précédemment.

Information reçue : En fonction des informations qu'ont déclaré avoir reçues les couples, **nous avons défini des « degrés » d'information**. « Oui, complètement » était coché si les parents avaient déclaré avoir reçu une information sur tous les items contenus dans « Type de l'information ». Lorsque les parents ont déclaré avoir reçu des informations sur trois ou quatre items, il a été considéré que l'information avait été donnée de manière « partielle ». Si les parents ont déclaré avoir reçu des explications par rapport à un ou deux items, l'information a été considérée comme « très légère » [Annexe 6].

Consentement donné tacitement : nous avons considéré que le consentement n'avait été donné que tacitement lorsque le couple / mère / père n'avait pas clairement dit « oui » avant le peau-à-peau. En effet, dans un certain nombre de cas, les parents ont déclaré que le peau-à-peau, dès la naissance, s'était fait de manière « naturelle » et « logique », sans qu'il n'y ait de proposition, ni de consentement clairement donné.

4) Résultats

4.1) Caractéristiques des lieux d'étude

Les trois maternités dans lesquelles l'étude s'est déroulée étaient de grandes structures, de niveau de prise en charge pédiatrique II ou III, réalisant toutes les trois plus de 3000 accouchements par an.

Tableau III : Caractéristiques des « outils » mis en place dans les trois maternités

	Maternité A	Maternité B	Maternité C
Protocole « local »	Pas de protocole	Protocole de 2006, réactualisé en octobre 2013	Pas de protocole
Feuille de surveillance	Non spécifique du peau-à-peau Existence d'une traçabilité	Feuilles intégrant la surveillance du peau-à-peau	Possibilité seulement de cocher si le peau-à-peau a été fait Pas de traçabilité
Information écrite	Pas disponible	Disponible dans les salles de naissance depuis 2013	Disponible dans les salles de naissance depuis plusieurs années
Autres	Groupe de travail « Peau-à-peau » depuis juillet 2013		

4.2) Description de la population d'étude

Pendant les jours de présence, il y a eu au total 72 naissances :

- 65 de ces nouveau-nés ont été placés en peau-à-peau
- **7 n'ont pas été mis en peau-à-peau**, du fait de la présence d'**une contre-indication** à la réalisation de celui-ci.

Parmi les 65 nouveau-nés placés en peau-à-peau :

- 1 peau-à-peau n'a pas été observé, suite au refus des parents
- 54 ont fait du peau-à-peau avec un des deux parents
- 10 des 65 nouveau-nés l'ont fait avec les deux parents.

Parmi les 54 peau-à-peau faits avec un des deux parents :

- 51 ont été faits avec la mère
- 3 avec le père

Au total, 74 peau-à-peau ont été observés :

- dans la maternité A : 18 nouveau-nés ont bénéficié de peau-à-peau, 19 peau-à-peau ont été observés.
- dans la maternité B : 26 nouveau-nés ont été mis en peau-à-peau et 34 observations ont été réalisées
- au sein de la maternité C : 20 nouveau-nés ont été placés en peau-à-peau ; 21 observations ont été faites.

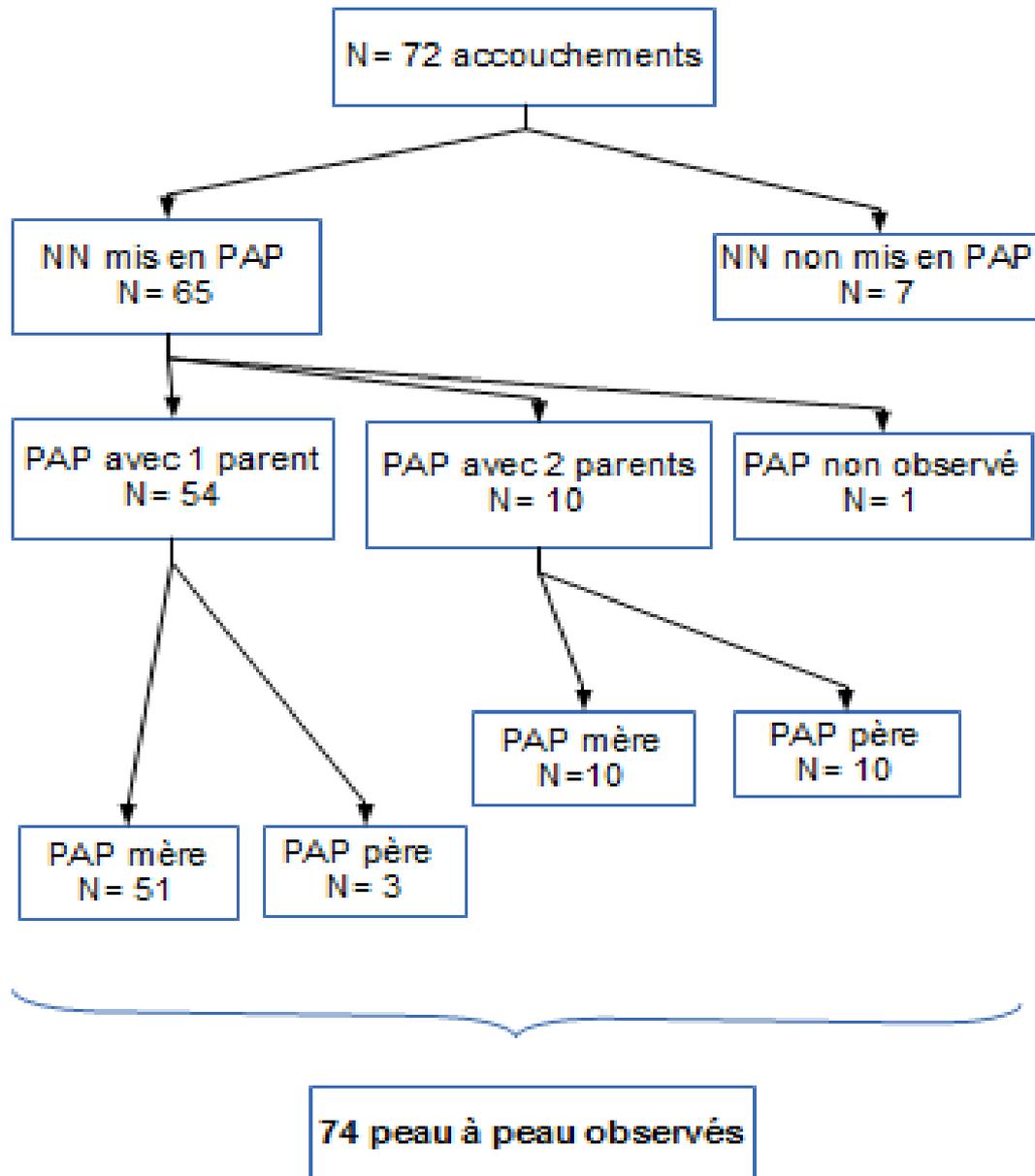


Figure n°1 : Flow-Chart

Le déroulement de la grossesse, présentation des mères: (N=64)

Toutes les données suivantes sont décrites pour les 64 nouveau-nés qui ont bénéficié du peau-à-peau et pour lesquels nous avons observé celui-ci.

32,8 % étaient nés de mère **primipares** (soit n=21 **primipares**) et 89,1 % étaient nés de mères françaises soit n=57 (cinq femmes africaines, une patiente italienne et une arménienne).

67,2 % des enfants étaient nés après **une grossesse de déroulement normal**. Pour les grossesses considérées comme non physiologiques (32,8%), nous avons rencontré :

- 8 femmes ayant présenté un diabète gestationnel dont un insulino-requérant
- 1 déni de grossesse (grossesse découverte au 5^e mois)
- 4 patientes ayant eu une HTA gravidique
- 2 femmes présentant des obésités (IMC à 32 kg/m² et 34 kg/m²)
- 1 patiente a présenté une pré-eclampsie
- 2 grossesses marquées par un placenta bas inséré dont un recouvrant
- 1 patiente présentant un contexte de violences conjugales
- 1 patiente décrite comme fragile au niveau psychologique (peur de l'accouchement, de tout ce qui se rapporte au corps, ATCD de violences sexuelles)

Concernant les habitudes de vie des patientes, 64,1 % (n=41) des mères ne présentaient pas d'addiction et dans 17,1 % (n=11) des cas, l'information n'était pas renseignée dans le dossier de la patiente. Parmi les **18,8 %** (n=12) des femmes présentant des **addictions**, toutes consommaient du **tabac** : 9 fumaient 1 à 5 cigarettes par jour et 3 autres fumaient 10 cigarettes par jour ou plus.

L'âge moyen des mères au moment de l'accouchement était de **31,7 ans** \pm 4,5 [21,5-42,2], toutes parités confondues :

- les primipares : 30,4 ans \pm 4,11 [24,7-42,2]
- les multipares : 32,1 ans \pm 4,6 [21,5-41,1].

L'accouchement

Parmi les 64 patientes ayant accouché :

- 59,4 % avaient débuté le travail spontanément
- 3,1 % des femmes ont eu une phase de maturation
- 21,9 % ont eu un déclenchement par ocytocine.
- un taux de 15,6 % de césarienne programmée a été retrouvé

Concernant l'accouchement, nous avons observé :

- 73,4 % d'accouchements voie basse spontanés
- 7,8 % d'accouchements voie basse avec extraction instrumentale
- un total de 18,8 % de césariennes (dont deux césariennes, soit 3,2%, réalisées en urgence)

Concernant l'anesthésie au cours du travail :

- 78,1 % des femmes ont bénéficié d'une analgésie péridurale
- 15,6 % de rachianesthésie. Toutes les patientes ayant eu une césarienne programmée ont bénéficié d'une rachianesthésie
- 6,3 % des patientes n'ont pas eu recours à une analgésie ou anesthésie

Dans aucun cas, des morphiniques ont été utilisés pendant le travail ou l'accouchement.

Des anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail ont été observées dans 9,3 % des cas ; ont été pris en compte les débuts de travail spontané, par maturation ou par déclenchement. Dans plus de la moitié des accouchements par voie basse avec ou sans instrumentation (53,8%), l'expulsion a été marquée par des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Le liquide amniotique a été décrit comme clair pendant le travail dans 93,7 % des cas et dans 6,3 % des cas comme teinté pendant le travail.

Une patiente a présenté une HDD après un accouchement voie basse sans instrumentation, diagnostiquée 12 minutes après la naissance, avec une quantité totale des saignements estimée à 550 ml. Cette patiente a reçu un traitement par Nalador®.

La durée moyenne des efforts expulsifs, était de 13,4 minutes \pm 11,1 [3-50], toutes parités confondues :

- pour les primipares : 24,3 minutes \pm 13,1 [9-50]
- pour les femmes multipares : 8,6minutes \pm 5,4 [3-30]

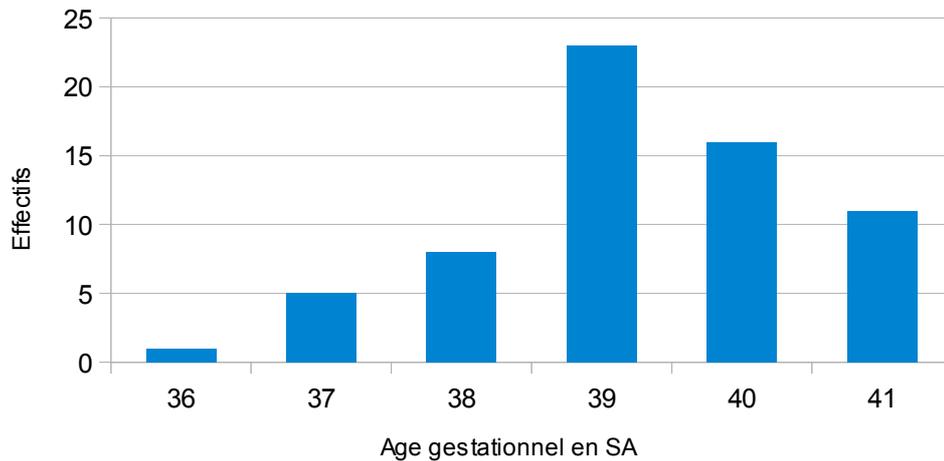
Concernant le périnée :

- 8 épisiotomies ont été pratiquées (15,4%)
- 26 déchirures ont été suturées (50%)
- pas de suture pour 18 patientes (34,6%)

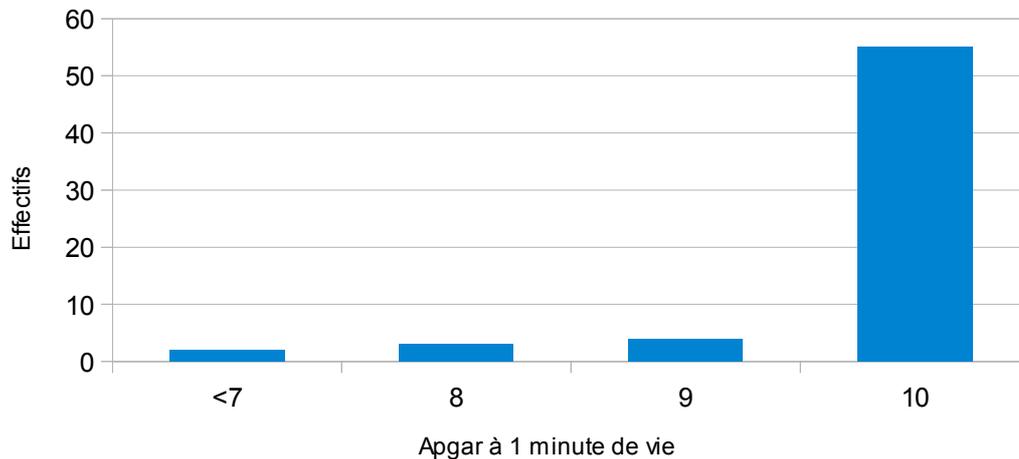
75% des épisiotomies et 34,6 % des déchirures ont été observés chez des primipares, soit 6 primipares sur 21 pour les épisiotomies.

Les nouveau-nés : (N=64)

L'âge gestationnel moyen des 64 nouveau-nés ayant bénéficié du peau-à-peau était de **39,7 SA** \pm 1,2 [36-41,9]. Le poids de naissance moyen des enfants était de **3386 g** \pm 479 [2610- 4720].



Graphique n°1 : Effectifs des nouveau-nés en fonction de leur âge gestationnel



Graphique n°2 : Score d'Apgar des nouveau-nés à 1 minute de vie

2 nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à une minute de vie ; respectivement à 3 et à 6. Le nouveau-né ayant un Apgar à 3 a nécessité des gestes de réanimation (ventilation au masque) à la naissance, le pH artériel n'avait pas pu être réalisé ; il a ensuite bien récupéré avec un score d'Apgar à 10 à cinq minutes de vie.

Aucun autre des nouveau-nés n'a nécessité une ventilation et/ou intubation.

Le nouveau-né ayant un Apgar à 6 à une minute de vie a nécessité une simple aspiration et a, par la suite, présenté une bonne récupération (Apgar à 10 à cinq minutes).

Les 64 nouveau-nés avaient un score d'Apgar coté à 10 à cinq minutes de vie.

49 pH artériels au cordon ont été réalisés : le pH artériel moyen était de $7,26 \pm 0,08$ [7,06 – 7,43]. Dans les maternités B et C, le prélèvement était fait de manière systématique, contrairement à la maternité A. 3 nouveau-nés ont présenté un pH artériel inférieur à 7,15 :

- 7,06, Apgar 10 à une minute de vie
- 7,07, Apgar 10 à une minute de vie
- 7,13. Apgar 9 à une minute de vie

Aucun des 64 enfants n'a été intubé, ni transféré dans un service de prise en charge pédiatrique.

Pour 13 des 64 nouveau-nés (soit 20,3%), un prélèvement de liquide gastrique a été réalisé : soit avant la mise en peau-à-peau, soit après quelques minutes de peau-à-peau. Les raisons pour lesquelles ces prélèvements ont été réalisés étaient :

- ARCF sans cause obstétricale
- ARCF + liquide amniotique méconial à l'exulsion
- Pas de prélèvement vaginal (PV) du 9e mois à la recherche de streptocoque B (SB)
- PV + à SB
- Infection urinaire maternelle en cours
- Rupture spontanée des membranes supérieure à 12 heures.

2 nouveau-nés ont eu un dosage de la glycémie au talon., fait après le peau-à-peau :

- dans la cadre d'un diabète gestationnel sous insuline (5,60 mmol/l à une heure de vie)
- dans la cadre d'une prématurité à 36SA (5,80 mmol/l à une heure de vie)

Tous les enfants ont été séchés à la naissance avec un linge préalablement chauffé.

4.3) Description et modalités des peau-à-peau (N=74)

Dans un peu moins de la moitié des cas (43,2% soit n=32 peau-à-peau), la personne pratiquant le peau-à-peau a déclaré que **la pratique ne lui avait pas été proposée** :

- dans trois cas, la demande a été faite explicitement par les parents (orale en salle de naissance ou par projet de naissance)
- pour les 29 cas restants, la proposition n'a pas été faite par un professionnel, et les parents déclaraient que le peau-à-peau était « logique » et s'était « fait spontanément » à la naissance, sans proposition ni demande explicite de leur part.

Parmi les 42 propositions faites (56,8%) :

- 22 ont été faites par la sage-femme responsable de l'accouchement
- 15 par l'aide-soignante ou auxiliaire de puériculture
- 3 par la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture ou aide-soignante
- 2 par la sage-femme et l'étudiante sage-femme.

La durée moyenne du peau-à-peau a été de **1,3 heures** \pm 0,6 [0,2 – 2,7], toutes maternités confondues :

(A) 1,4 heures \pm 0,6 [0,5 – 2,7], (B) 1,2 heures \pm 0,6 [0,3 – 2,5] et (C) 1,4 heures \pm 0,6 [0,2 – 2,3] ($p=0.529$).

La durée moyenne du peau-à-peau avec les mères était de 1,5 heures \pm 0,6 [0,2 – 2,7] :

(A) 1,5 heures \pm 0,6 [0,5- 2,7], (B) 1,5 heures \pm 0,6 [0,3 – 2,5] et (C) 1,4 heures \pm 0,6 [0,2 – 2,3] ($p=0.977$).

La durée moyenne du peau-à-peau avec les pères était de 0,7 heures \pm 0,2 [0,3 – 1,7] soit une durée moyenne d'environ 43 minutes :

(A) 1 heure \pm 0,6 [0,5 1,7] et (B) 0,6 heures \pm 0,3 [0,3 1,3]. 1 seul peau-à-peau avec un père a été fait dans la maternité C : sa durée était de 0,58 heures soit environ 35 minutes.

Au total, **48,6 % des peau-à-peau ont été interrompus**. Dans la maternité A, le peau-à-peau n'a pas été interrompu dans la majorité des cas (78,9%). Les enfants étaient placés dès leur naissance au contact de leur mère et, ainsi, jusqu'à la fin de la surveillance en salle de naissance : 1 enfant a nécessité une aspiration et une assistance par CPAP quelques minutes après sa naissance (nous détaillerons cette situation ultérieurement), 2 nouveau-nés ont nécessité une aspiration simple et 1 peau-à-peau a été interrompu par la mesure du poids du nouveau-né.

44,1 % des peau-à-peau ont été interrompus dans la maternité B pour la pratique de « soins de nursing » (pesée, soins, examen clinique).

Dans la majorité des cas (81%), au sein de la maternité C, les peau-à-peau ont été interrompus, également par la pratique des « soins de nursing ».

L'alimentation des nouveau-nés placés en peau-à-peau était dans **64,1 % des cas l'allaitement maternel**.

Pour présenter les modalités des peau-à-peau observés, nous avons choisi d'exposer nos résultats à l'aide d'un tableau descriptif.

Tableau IV : Modalités des peau-à-peau observés

Modalités du peau-à-peau	N	% (74 PAP observés)
Lieu :		
- SDN	66	89,2
- SPPI	8	10,8
- autre	0	0
Luminosité :		
- Lumière du jour	63	85,1
- Lumière blanche	11	14,9
- Veilleuse	0	0
- Noir	0	0
Possibilité d'appel	70	94,6
Téléphone portable*	11	14,9
Proposition d'éteindre téléphone	0	0
Position de la mère :(N=61)		
- semi assise	52	85,3
- assise	0	0
- allongée sur le côté	1	1,6
- allongée sur le dos	8	13,1
Poitrine :		
- nue	61	100
- semi-couverte	0	0
- non dénudée	0	0
PAP avec le père :(N=13)		
- fauteuil	13	100
- déambulation	0	0
Poitrine :		
- nue	13	100
- semi-couverte	0	0
- non dénudée	0	0
Nouveau-né :		
- nu	74	100
- habillé	0	0
- avec couche	38	51,4
- sans couche	36	48,6
- mis sur la poitrine	67	90,5
- dans les bras	6	8,1
- allongé à côté de la mère	1	1,4
Position :		
- ventrale	22	29,7
- sur le côté	50	67,6
- sur le dos	2	2,7

- tête sur le côté	74	100
- tête enfouie dans la poitrine	0	0
- nez bien dégagé (tête non fléchie)	74	100
-tête fléchie	0	0
Tête :		
- recouverte d'un bonnet	54	73
- nue	3	4
- nue recouverte par le linge	17	23
Corps :		
- nu non recouvert	0	0
- nu recouvert d'un linge, visage dégagé	74	100
- nu recouvert d'un linge, visage non dégagé	0	0
Présence père ou accompagnant :		61 PAP avec la mère
- constante	40	65,6
- intermittente	18	29,5
- pas d'accompagnant	3	4,9
Si absence ponctuelle, avertissement de l'équipe		11 57,9

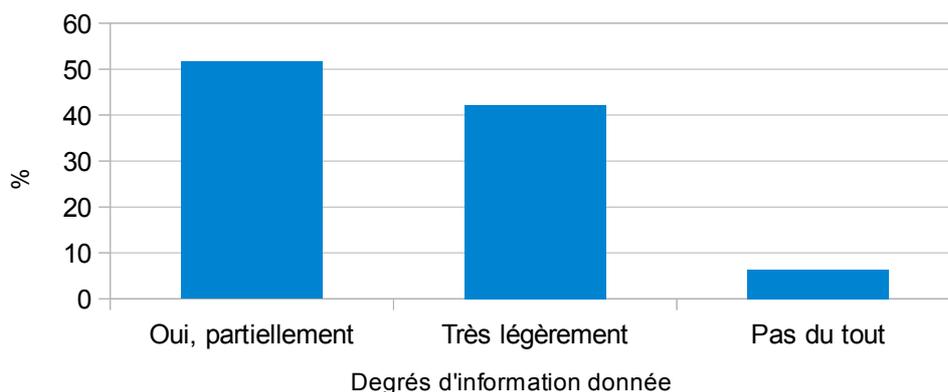
*utilisation du téléphone portable pendant le peau-à-peau (déclaration des parents)

4 des 64 nouveau-nés ont été surveillés par un saturomètre associé à la mesure de leur rythme cardiaque, pendant le peau-à-peau ; aucun des enfants n'a été scopé.

L'examen clinique du nouveau-né a été fait dans la majorité des cas (59,4%) avant la mise en peau-à-peau prolongée, soit par une sage-femme, soit par un pédiatre s'il était sur place. Quand il n'a pas été réalisé avant le peau-à-peau, l'examen clinique complet a, soit été fait après le peau-à-peau, soit plus tard dans le service des suites de couches.

Toutes les surveillances observées étaient régulières. Parmi les 74 peau-à-peau observés, **67,6 %** étaient surveillés de manière **régulière avec une traçabilité** faite de celle-ci. Dans les autres cas, la surveillance observée était régulière, mais celle-ci n'était pas régulièrement tracée sur la fiche laissée aux professionnels (32,4%). Dans les trois maternités, la fréquence de surveillance observée était d'environ 15 à 30 minutes. De manière générale, les professionnels étaient présents en continu pendant environ les trente premières minutes après l'accouchement (délivrance, sutures du périnée, soins au nouveau-né...). La présence de l'étudiante sage-femme a pu augmenter le nombre de traçabilité faite.

4.4) Informations données aux parents et consentement

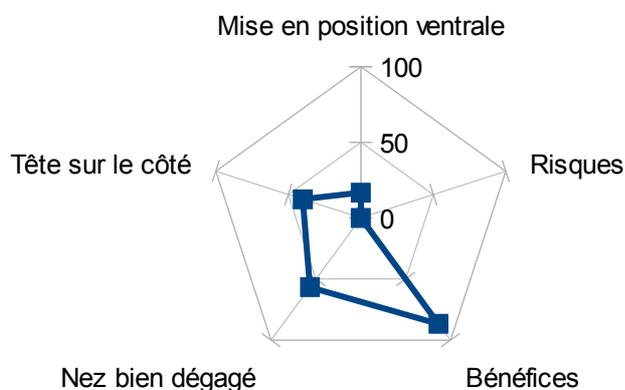


Graphique n°3 : Information délivrée aux couples sur la pratique du peau-à-peau en salle de naissance, pendant la grossesse et à l'accouchement (%)

Pour cette partie de l'étude, la plupart des informations a été recueillie auprès du couple ; cependant, dans certaines situations, la mère ou le père était seul, les déclarations venaient donc parfois d'un seul des deux membres du couple.

6,3 % déclarent n'avoir reçu **aucune information** concernant la pratique du peau-à-peau. Parmi ceux ayant déclaré avoir été informés (93,7%) : dans **51,6 %** des cas, l'information reçue a été considérée comme **partielle**, et dans 42,2 % des cas, nous avons considéré que les couples n'avaient été informés que très légèrement (en fonction du nombre d'items sur lesquels ils ont été informés). Aucun couple n'a reçu une « information complète ».

Parmi les couples ayant reçu une information : dans 78,4 % des cas, les deux parents ont déclaré avoir reçu une information. Dans 18,3 % des cas, la mère a déclaré avoir reçu seule l'information, et dans 3,3 % des cas le père a déclaré avoir reçu seul l'information.



Graphique n°4 : Type de l'information reçue par les couples sur le peau-à-peau (%)

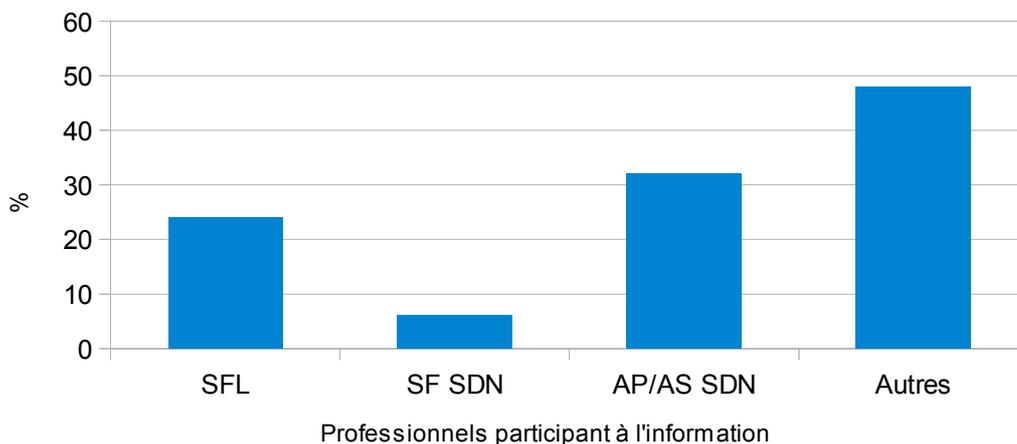
Concernant les bénéfices attribués au peau-à-peau, les plus énoncés étaient :

- le contact parents enfant et plus particulièrement le contact mère enfant
- le lien mère enfant et le bien-être autant pour l'enfant que pour la mère et/ou le père
- le maintien de la température du nouveau-né et le réchauffement
- l'amélioration de la mise en place de l'allaitement maternel
- un moment privilégié, rassurant pour la mère et l'enfant, apportant du réconfort, de l'apaisement

53 couples/mère/père ont déclaré avoir reçu une information sur la pratique pendant la grossesse.

« Information reçue avant la naissance (en salle de pré-travail ou salle de naissance) » a été énoncée 17 fois.

« Information reçue à l'installation en peau-à-peau » a été déclarée 38 fois, et « Information reçue pendant la peau-à-peau » n' a été évoquée que 3 fois.



Graphique n°5 : Part des professionnels intervenant dans l'information donnée aux couples sur la pratique, pendant la grossesse et à l'accouchement (%)

Cette partie du recueil de données était à choix multiples, plusieurs professionnels pouvaient être sélectionnés. Sur le graphe précédent, nous remarquons que les médecins traitants et les gynécologues-obstétriciens ne sont pas représentés.

Les autres sources d'information évoquées par les couples étaient :

- lectures, médias, internet
- pour les patientes multipares, lors des précédentes grossesses (Cours de préparation à l'accouchement...), précédents accouchements
- entourage
- Information écrite en salle de naissance (dans les établissements où celle-ci était présente)

Dans tous les peau-à-peau observés (n=74), les parents avaient donné leur consentement. Dans plus de la moitié des cas (58,2%), la mère/le père/les parents ont exprimé clairement leur consentement à faire du peau-à-peau. Dans les autres situations (41,8%), le consentement n'a été exprimé que tacitement par la mère/le père/les parents (il n'y a pas eu de proposition claire de la part des professionnels, ni de demande des parents).

4.5) Description des contre-indications rencontrées

Pendant les journées d'observation, des fiches ont également été remplies pour les peau-à-peau non réalisés, afin de lister les contre-indications qui ont motivé cette impossibilité. Pour 7 nouveau-nés, le peau-à-peau n'a pu être pratiqué, soit pour des raisons maternelles soit néonatales.

Contre-indications maternelles	Contre-indications néonatales
1) Mère épuisée (Césarienne en urgence après un travail long)	5) Détresse respiratoire Silverman >2
2) HDD après une césarienne, mère épuisée	6) Nouveau-né « non vigoureux », détresse respiratoire
3) Anesthésie générale	7) Malformation avec conséquences vitales (atrésie du grêle)
4) Refus explicite de la mère et/ou parents, mère épuisée, activité importante en salle de naissance	

4.6) Cas de non-conformité rencontrés (référentiel RSN [Annexe 5])

Parmi les peau-à-peau réalisés, nous avons observé que certains n'étaient pas conformes dans les indications et/ou modalités aux recommandations proposées par le RSN [Annexe 5].

4.6.1) Non-conformité d'indication

Dans 18,9 % des cas, soit 14 peau-à-peau sur les 74 observés, le peau-à-peau a été fait alors qu'il y avait la présence d'au moins une contre-indication.

- Dans deux situations (8 et 9), l'activité en salle de naissance et la charge de travail de la sage-femme responsable de l'accouchement ont été jugées, objectivement, importantes pouvant entraîner des conditions de surveillance non respectées. Dans la situation 8, onze patientes étaient présentes en salle de naissance dont trois qui présentaient une hypertension chronique, une HDD traitée par Nalador® et une menace d'accouchement prématuré à 27SA+5jours, avec du Tractocile® et du Sulfate de Magnésium en cours.

La sage-femme responsable de l'accouchement avait 3 patientes en charge en plus de la patiente ayant accouché (troisième pare) : une patiente à 9 centimètres de dilatation (cinquième pare), une patiente bénéficiant d'une version par manœuvre externe, et la patiente sous Nalador® dans le cadre de l'HDD. Dans la situation 9, l'observation a été réalisée le même jour et la sage-femme en charge de l'accouchement était la même que dans la situation 8. Les conditions d'observation étaient les mêmes (le nombre de patientes en salle de naissance et le nombre de patientes en charge de la sage-femme). La patiente bénéficiant du peau-à-peau était une cinquième pare.

- Dans deux autres observations (10 et 11), l'activité en salle de naissance était importante ce qui pouvait entraîner des conditions de surveillance non respectées. Ces deux autres observations ont été réalisées le même jour que les situations 8 et 9 ; les conditions étaient donc similaires étant donné que les quatre accouchements ont eu lieu dans une période de deux heures. La sage-femme, la même pour ces deux situations, avait trois patientes en charge.

- Cinq peau-à-peau ont été réalisés avec la mère après un travail long (12, 13, 14, 15, 16). Les peau-à-peau 12, 13 et 14 ont été faits avec des patientes primipares, après une extraction instrumentale et 45 minutes d'efforts expulsifs pour les deux premières, 50 minutes d'efforts expulsifs pour la dernière. Dans le cas 15, la patiente était primipare et a pratiqué le peau-à-peau après un travail ayant duré environ 13 heures et 35 minutes d'efforts expulsifs. Dans la dernière situation (peau-à-peau 16), le nouveau-né a été mis en peau-à-peau après un accouchement voie basse sans instrumentation et 35 minutes d'efforts expulsifs. La patiente était primipare.

- Deux peau-à-peau (17, 18) ont été réalisés avec une femme seule après la naissance de son enfant. Dans ces deux cas, les patientes étaient des primipares, ayant donné naissance à leur nouveau-né par césarienne et débutant un allaitement maternel.

- Le peau-à-peau (20) a été pratiqué avec une patiente fatiguée seule après la naissance. De plus, l'activité importante en salle de naissance (10 patientes dont une patiente sous Sulfate de Magnésium dans le cadre d'une pré-éclampsie à 28SA+5jours, ainsi que le suivi d'une patiente dont son enfant était mort in utéro) et la charge de travail de la sage-femme responsable de l'accouchement (4 patientes) étaient importantes pouvant empêcher que les conditions de surveillance du peau-à-peau ne soient respectées.

- Un enfant né par voie basse a été placé en peau-à-peau avec sa mère, alors que la patiente était fatiguée, sous Nalador® pour une HDD avec des saignements totaux estimés à 550 ml. Le peau-à-peau a été de courte durée (environ dix minutes) et la patiente était accompagnée (situation 21).

- Un nouveau-né « non vigoureux » à la naissance a été placé en peau-à-peau avec sa mère. Cet enfant a présenté une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine avec un score d'Apgar à 3 à une minute de vie et a nécessité une ventilation au masque. Le pédiatre était présent. Il a bien récupéré par la suite avec un Apgar à 10 à cinq minutes de vie. Il a été installé en peau-à-peau à dix minutes de vie. La surveillance a été régulière et a été complétée par la pose d'un saturomètre pendant toute la durée du peau-à-peau (situation 22).

4.6.2) Non-conformité dans les modalités pratiques

Les parents n'avaient **pas** à leur disposition, dans quelques situations (**5,4%**), un moyen (**sonnette**) d'appeler une personne de l'équipe s'ils avaient besoin. La sonnette n'était pas placée à portée de main de la mère ou du père pratiquant le peau-à-peau.

La personne, père ou mère, pratiquant le peau-à-peau a déclaré avoir **utilisé le téléphone portable** pendant celui-ci dans **14,9 %** des cas. Dans aucun cas, les couples ont déclaré avoir eu la proposition d'éteindre leur téléphone portable.

Concernant le positionnement des patientes, sur les 61 mères, une des femmes était **allongée sur le côté** pendant le peau-à-peau et 8 autres étaient **allongées sur le dos**.

Dans 90,5 % des cas, les nouveau-nés étaient installés sur la poitrine de leur mère et/ou père. Dans **8,1 %** des cas (soit n=6), les nouveau-nés ont été installés **dans les bras** de leur mère et/ou père, et durant 1 peau-à-peau seulement, le nouveau-né était **allongé à côté de sa mère** (correspond à la situation où la mère était allongée sur le côté).

Dans la majorité de nos observations, les nouveau-nés ont été placés en position latérale (67,6%), par rapport au positionnement ventral qui représente 27,9 % des cas. Durant **2 peau-à-peau**, les nouveau-nés étaient installés en **position dorsale**. Durant trois peau-à-peau (**4,1%**), les nouveau-nés avaient **la tête nue**, et dans 23 % des cas, le nouveau-né avait la tête nue mais recouverte d'un linge.

Nous avons observé **trois situations** où **la patiente était seule** pendant le peau-à-peau, sans accompagnant, dont deux après une césarienne. Il a aussi été mis en évidence que lorsque l'accompagnant n'était présent que de façon intermittente (29,5%), il ne prévenait pas toujours l'équipe de son absence (42,1%).

Dans **40,6%** des cas, l'examen clinique complet du nouveau-né n'a pas été **fait avant la mise en peau-à-peau prolongée**.

Nous n'avons pas constaté de surveillance qui n'était pas faite régulièrement. 67,6 % des peau-à-peau étaient surveillés de manière régulière avec une traçabilité écrite de celle-ci et dans les autres cas (**32,4%**) la surveillance observée était régulière mais **la traçabilité de la surveillance régulière n'était pas écrite**.

4.7) Comparaison des politiques des différents centres

Tableau V : Comparaison des politiques des trois lieux d'étude

	Maternité A	Maternité B	Maternité C
Début peau-à-peau	AVB : dès la naissance Césarienne : après les 1 ^{ers} soins	AVB : dès la naissance Césarienne : après les 1 ^{ers} soins	AVB : dès la naissance Césarienne : après les 1 ^{ers} soins
Interruption	Pas d'interruption si l'état de l'enfant ne le nécessite pas	Interruption après quelques minutes pour les 1 ^{ers} soins	Interruption après quelques minutes pour les 1 ^{ers} soins
Peau-à-peau avec le père	Facilement proposé, surtout après une césarienne	Facilement proposé, surtout après une césarienne	Très peu proposé, même après une césarienne
Positionnement du nouveau-né	Ventral ou latéral	Ventral essentiellement	Latéral
Soins de routine	AVB : après le peau-à-peau Césarienne : à la naissance, avant la mise en peau-à-peau	AVB : interruption du peau-à-peau après quelques minutes Césarienne : à la naissance, avant la mise en peau-à-peau	AVB : interruption du peau-à-peau après quelques minutes Césarienne : à la naissance, avant la mise en peau-à-peau
Examen clinique du nouveau-né	Succinctement à la naissance, en fonction de l'état de l'enfant Examen complet à J1	Examen complet pendant les 1 ^{ers} soins	Souvent succinctement pendant les 1 ^{ers} soins Examen complet à J1
Surveillance du peau-à-peau	Régulière Pas de feuille de traçabilité spécifique Traçabilité faite le plus souvent (avec la feuille proposée), par le binôme SF/AP ou AS	Régulière Feuille spécifique pour la surveillance du nouveau-né dans le PP Traçabilité faite le plus souvent, légèrement plus par les AP/AS que les SF	Régulière Pas de feuille de traçabilité, uniquement pour les gestes et soins effectués dans le PP Tracée (avec la feuille proposée) majoritairement par les AP/AS

Dans chaque maternité, la pratique du peau-à-peau se fait en fonction de l'état de l'enfant à la naissance et du souhait des couples, que le nouveau-né soit né par les voies naturelles ou par césarienne.

Nous avons considéré qu'un examen clinique avait été fait succinctement lorsque la sage-femme s'était assurée de la bonne adaptation respiratoire et l'absence de détresse, la présence d'une bonne coloration et d'un bon tonus, et l'absence de malformation évidente, visuellement. La vérification de la perméabilité des choanes, de l'absence de fente palatine et d'imperforation anale, ainsi que l'auscultation cardio-pulmonaire n'étaient pas réalisées dans ce type d'examen.

PARTIE 3 : DISCUSSION

1) Pertinence et validité de l'étude

1.1) Points forts de l'étude

L'ensemble de nos données a pu être exploité pour l'étude, qui a donc permis un état des lieux des modalités et des indications du peau-à-peau en salle de naissance. Hormis la partie concernant l'information, le consentement, la proposition du peau-à-peau aux parents et l'utilisation du téléphone portable, nos données sont les résultats de nos observations. Étant directement présents sur place, nous pouvons donc penser que les résultats obtenus ont une part de subjectivité faible.

1.2) Points faibles de l'étude, les difficultés et les limites

Lors de la réalisation de cette étude, nous avons été confrontés à certaines difficultés, à tous niveaux.

Tout d'abord lors des recherches, nous avons retrouvé dans la littérature un très grand nombre d'articles concernant le sujet. Il a donc fallu faire une sélection des documents afin qu'ils soient les plus pertinents possible.

Ensuite, des difficultés se sont présentées dans la méthode utilisée. En effet, afin de pouvoir exploiter les recueils de données réalisés à partir des observations, il nous a fallu remplir un nombre de fiches suffisant. Cette méthode a donc nécessité un temps conséquent pour la réaliser, du fait de notre présence en salle de naissance pour les 74 mises en peau-à-peau et leur surveillance. Le nombre de fiches remplies était dépendant de l'activité le jour même en salle de naissance. Les fiches n'ont pas pu être remplies durant des stages, les observations ne se sont faites que sur du temps personnel. Le temps s'est donc présenté comme une limite dans l'étude ; il aurait été intéressant d'avoir un nombre plus important d'observations, afin de pouvoir avoir une vision plus globale des pratiques concernant le peau-à-peau en salle de naissance, en Pays de Loire.

Lors de la mise en place de l'étude dans les établissements, les équipes n'avaient pas toujours le temps d'entendre l'ensemble des informations concernant le déroulement de l'observation et surtout la fiche de traçabilité de la surveillance. Dès le début, nous avons constaté la difficulté à mettre en place la feuille de surveillance proposée par la Réseau "Sécurité Naissance". Nous étions présents seulement quelques jours, avec des équipes souvent différentes. Certaines équipes ne possédaient pas de feuille dédiée à cette surveillance. Cette traçabilité ne faisait donc pas partie, dans certains établissements, des habitudes de service. Dans la maternité A, il n'existait pas de feuille spécifique à la

surveillance du peau-à-peau ; les professionnels rédigeaient leur surveillance sur un document concernant le nouveau-né. Dans la maternité B, une feuille de surveillance du nouveau-né était déjà en place, intégrant les critères de surveillance du peau-à-peau. Enfin, dans la maternité C, les équipes n'avaient pas pour habitude de tracer la surveillance du nouveau-né en peau-à-peau ; les informations étaient principalement transmises oralement.

La place d'observateur en salle de naissance n'a pas toujours été la plus confortable. Nous étions présents à des moments intimes de la vie des couples, sans faire partie des professionnels les prenant en charge.

L'observation permet d'avoir des résultats objectifs ; cependant, nous nous sommes confrontés à une certaine part de subjectivité dans certains éléments du recueil, notamment pour ceux qui ont été difficiles à définir (cf 3) DEFINITIONS : activité importante, charge de travail de la sage-femme, surveillance régulière, mère épuisée).

Une des limites principales de l'étude reste l'observation des peau-à-peau uniquement réalisés le jour, ou au plus tard jusqu'à 21 heures. Il aurait été intéressant d'inclure dans l'étude des peau-à-peau faits la nuit, afin de les comparer et d'observer s'il existe des différences sur le plan pratique, avec ceux faits le jour.

2) Lieux et population d'étude

Les observations de peau-à-peau n'ont été réalisées que dans de grandes maternités, toutes réalisaient plus de 3000 accouchements par an. Nous pouvons penser que cela a eu une influence sur nos résultats et qu'ils auraient été différents si des observations avaient été faites dans de plus petits établissements ou encore dans des établissements ayant le label IHAB.

Cette étude montre que **le peau-à-peau est pratiqué de manière régulière dans les trois maternités**, sans que l'on puisse établir un taux de pratique.

Le taux de primipares retrouvé dans les résultats est inférieur à celui observé dans la population générale [50,51]. Il résulte de **la surreprésentation des multipares** que l'âge moyen des patientes à l'accouchement, toute parité confondue, est également supérieur dans notre échantillon par rapport à la population générale [50,51].

Les résultats concernant les grossesses pathologiques ne sont pas représentatifs de ceux retrouvés dans la population générale. Certaines grossesses ont été considérées comme pathologiques (déné de grossesse, antécédents psychologiques, violences conjugales) mais ne font pas forcément partie des grossesses nécessitant une surveillance rapprochée. Il est retrouvé, dans notre échantillon, un taux de patientes fumeuses pendant leur grossesse supérieur à celui observé dans la population générale [50,51].

On retrouve un taux de césariennes (18,7%) proche de celui de la population générale, qu'elles soient programmées ou en urgence. Deux césariennes ont été réalisées en urgence en cours de travail, s'ajoutant au pourcentage initial de césariennes programmées (15,6%). Le taux d'anesthésie péridurale dans notre échantillon (78,1%) est supérieur à celui rencontré dans la population générale [50,51].

Dans notre étude, **près de 2/3 des nouveau-nés mis en peau-à-peau bénéficient d'un allaitement maternel**. Cette constatation conduit à nous demander si la pratique n'est pas plus proposée aux mères ayant le projet d'un allaitement maternel qu'aux mères souhaitant un allaitement artificiel.

Selon la courbe d'Usher et Mclean [Annexe 8], **63 nouveau-nés sont eutrophes**. Un seul des nouveau-nés présente un poids de naissance situé au-delà du 97e percentile (4720 g à 39SA+6jours). Sa mère présentait une obésité (IMC à 34kg/cm²). Qu'en est-il des indications du peau-à-peau dans les situations de RCIU ou de macrosomie ? Quel est le rapport bénéfice/risque à faire du peau-à-peau dans ces situations ? Aucune donnée de la littérature ne donne de réponse. Pour ces enfants, il est légitime de craindre les hypoglycémies, aussi bien pour les RCIU que les enfants macrosomes. La relation positive entre le contact précoce en peau-à-peau et la régulation glycémique chez le nouveau-né a été mise en avant [6]. Le taux glycémique, chez les nouveau-nés en peau-à-peau, augmente plus rapidement que chez les enfants séparés de leur mère. Les nouveau-nés ont donc tous plus de bénéfice à être en peau-à-peau, d'un point de vue adaptation métabolique, que d'être surveillés dans une couveuse. Cependant, pour les enfants présentant un RCIU, une surveillance particulière doit être mise en place pendant toute la durée du peau-à-peau, étant des nouveau-nés « fragiles ». Le CHU de Nantes préconise pour ces enfants une pratique du peau-à-peau *sur avis médical pédiatrique, avec une surveillance rapprochée et la pose d'un saturomètre, et une durée inférieure à trente minutes* [Annexe 1]. La balance bénéfice/risque doit être à chaque moment réévaluée par l'équipe afin de ne pas privilégier le relationnel au détriment de la sécurité [58].

3) Respect des indications/contre-indications

Les résultats de notre étude montrent que **dans 7 cas sur 74, les contre-indications du peau-à-peau ont été respectées.**

Les contre-indications le plus souvent retrouvées dans la littérature sont :

- la charge de travail importante en salle de naissance, indisponibilité de la sage-femme [38]
- la fatigue maternelle (surtout si la patiente est primipare) [30]
- une patiente seule (surtout si elle est primipare) si une surveillance en continu n'est pas possible

Les contre-indications en fonction de l'état de l'enfant à la naissance sont peu évoquées dans la littérature. Certains malaises ont été décrits pour des enfants « peu réactifs » [32, 44]. On peut penser que pour un enfant présentant une MAVEU, le peau-à-peau n'est pas adapté en post-partum immédiat.

Parmi les sept cas de peau-à-peau non réalisés, une observation (situation n°2 du tableau) a retenu notre attention quant à la contre-indication motivant la non mise en peau-à-peau.

Nouveau-né de 2760 g, Apgar 10-10 (le pH artériel n'a pu être réalisé), né par césarienne (programmée pour présentation du siège et utérus polyfibromateux) à 39 SA+1 jour d'une mère primipare, après une grossesse de déroulement normal. La césarienne a été marquée par une HDD avec des saignements totaux estimés à 1900 ml. La patiente a été par la suite transfusée. L'état de la mère ne permettait donc pas la pratique du peau-à-peau. Le nouveau-né, présentant une température à la naissance de 35,7°C, a été placé en couveuse. Cependant, le père était présent et au vu de l'adaptation à la vie extra-utérine de l'enfant, il aurait pu bénéficier d'une période de peau-à-peau avec son père. Certaines équipes considèrent qu'une hypothermie chez le nouveau-né est une contre-indication au peau-à-peau. Or, l'hypothermie apparaît plutôt comme une indication, tout en prenant en compte l'état clinique du nouveau-né (bonne impression clinique, tonique, BAVEU). L'hypothermie est-elle considérée comme un « problème mineur » pour le nouveau-né à la naissance ? Constitue-t-elle une indication de surveillance par saturomètre pendant le peau-à-peau ?

Aucune étude n'a été retrouvée sur les effets du peau-à-peau avec le père sur la température du nouveau-né. Mais dans une situation où l'enfant est séparé de sa mère et ne peut bénéficier de la chaleur de sa peau, le père n'est-il pas la meilleure personne pour le réchauffer ? Il semble alors important d'accorder de la place aux pères dans ces moments particuliers, s'ils le souhaitent.

Par ailleurs, nous avons pu observer **14 cas où, malgré la présence d'au moins une contre-indication, le peau-à-peau a quand même été réalisé.** De notre place d'observateur, nous avons pensé qu'il existait au moins une contre-indication à la pratique, pouvant entraîner un défaut dans la surveillance régulière ou dans les conditions de sécurité.

Les contre-indications évoquées dans ces situations sont :

- la charge de travail de la sage-femme responsable de l'accouchement et/ou l'activité trop importante en salle de naissance pouvant entraîner des conditions de surveillance non optimales (n=4) ;
- un travail long, une mère épuisée (n=5) ;
- une patiente seule après l'accouchement (n=3) ;
- HDD (n=1) ;
- un nouveau-né « non vigoureux » (n=1).

Il est difficile pour un observateur extérieur d'apprécier la présence d'une contre-indication ; les équipes, responsables de la patiente et du nouveau-né, restent seules juges de la faisabilité du peau-à-peau, en fonction de la présence de contre-indications, de l'activité en salle de naissance et de leur disponibilité.

Toute la difficulté pour les équipes obstétricales consiste à prendre en compte le désir des parents, tout en assurant la sécurité de l'enfant. La pratique du peau-à-peau doit allier bien-être **et** sécurité ; l'un ne peut se concevoir sans l'autre. Les contre-indications peuvent apparaître à tout moment et les professionnels se doivent d'interrompre le peau-à-peau si cela est nécessaire. Le RSN précise qu'*une information auprès des professionnels et des usagers doit intégrer que le peau-à-peau peut être remis en cause à tout moment* [Annexe 5]. Il est important que sa pratique soit encadrée par des recommandations. Cependant, une surveillance « recommandée » par un protocole pouvant parfois être jugé comme exigeant et contraignant (contrainte d'une surveillance rapprochée, nombre important de contre-indications, ...) pourrait placer les équipes en difficulté et risquerait potentiellement d'entraîner la diminution ou l'arrêt de la pratique en salle de naissance.

Les contre indications au peau-à-peau :

- refus explicite de la mère et/ou des parents (accouchement dans le secret sauf demande, refus explicite de la mère)
- mère dont la vigilance et la disponibilité sont jugées insuffisantes (fatigue surtout si primipare, médication...) par l'équipe ou conjointement par la patiente/le couple et l'équipe
- surveillance régulière impossible de part la charge de travail de la SF responsable de l'accouchement et/ou la charge de travail de l'ensemble de l'équipe de salle de naissance
- patiente seule, surtout si elle est primipare
- nouveau-né ayant présenté une MAVEU ou présentant une malformation avec des conséquences vitales

Les équipes adaptent la pratique du peau-à-peau et sa surveillance en fonction du contexte. Elles doivent toujours réévaluer la balance bénéfiques/risques pendant le peau-à-peau.

4) *Respect des conditions de sécurité environnementales*

Nos résultats montrent que **les parents n'ont pas de moyen d'appel à portée de main dans 5,4% des cas**. Les équipes doivent rester vigilantes sur ce point et veiller à toujours mettre à disposition des parents un moyen d'appel, afin que la pratique se fasse dans les meilleures conditions de sécurité.

Dans notre étude, **la luminosité dans les salles de naissance est toujours satisfaisante**, puisque les observations ont toutes été faites le jour. Ce point est important à aborder pour les peau-à-peau pratiqués la nuit. En effet, une luminosité faible et non suffisante ne permet pas aux équipes une surveillance correcte et optimale du nouveau-né. Le RSN recommande que la luminosité soit *suffisante pour voir la coloration du nouveau-né* [Annexe 5].

Dans près de 15% des cas, la personne pratiquant le peau-à-peau a déclaré avoir utilisé son téléphone portable. Ces résultats sont déclaratifs (parents). On peut donc penser que ces données sont sous-estimées. Pejovic, en 2013, a fait apparaître l'utilisation du téléphone portable pendant le peau-à-peau comme « nouveau » facteur de risque de malaise du nouveau-né [42]. Son utilisation constitue une puissante source de distraction pour celle ou celui qui pratique le peau-à-peau ; la personne est donc moins vigilante envers le nouveau-né, son positionnement et le dégagement de ses voies aériennes supérieures.

Les couples ont déclaré qu'aucun professionnel ne leur avait suggéré d'éteindre leur téléphone portable lors du peau-à-peau. Ces dernières années, la présence du téléphone portable s'est banalisée en salle de naissance. Les équipes ne devraient pas hésiter à proposer aux parents de l'éteindre, ou de conseiller son utilisation par la personne accompagnante. Il est du devoir des professionnels d'essayer de réunir, avec tact, les conditions de sécurité pour les patients.

A priori, le peau-à-peau peut être réalisé en salle de réveil après une césarienne, si toutes les conditions de sécurité environnementales sont réunies. Cependant, chaque établissement devrait évaluer cette possibilité par rapport à la structure, l'organisation et les moyens de surveillance dont il dispose.

Éléments importants, participant à la prévention des malaises liés au peau-à-peau :

- Vigilance quant à la disposition d'un moyen d'appel pour les parents ;
- Rappel, par les professionnels, de la non utilisation du téléphone portable pendant le peau-à-peau ;
- Luminosité suffisante

5) *Respect des modalités pratiques*

5.1) *Modalités de mise en peau-à-peau*

Notre étude montre que, **dans la majorité des cas (85,3%), les mères sont installées en position semi-assise**. Dans près de 15% des cas, la mère est dans une position (allongée sur le dos, sur le côté) ne lui permettant pas une bonne visibilité du positionnement et du bon dégagement des voies aériennes de son enfant. De plus, lorsque la mère est allongée sur le côté, le contact peau-à-peau se fait sur une surface plus restreinte. Dans de récentes publications, la position gynécologique est décrite comme entrant dans les facteurs de risque de malaise du nouveau-né [41,43]. Un positionnement assis ou semi-assis de la mère est plus adapté à la visualisation du nouveau-né. L'installation de la mère est donc un élément important dans la sécurité du déroulement du peau-à-peau [44].

Dans près de 2/3 des peau-à-peau, les enfants ont été installés en position latérale, c'est à dire les deux bras et les deux genoux du même côté, et dans 30% des cas, le nouveau-né a été installé en décubitus ventral. Nos résultats peuvent être expliqués, en partie, par l'installation des enfants exclusivement sur le côté dans une des maternités où l'étude s'est déroulée. Cette pratique est observée depuis quelques années dans cet établissement, suite au décès d'un enfant ayant fait un malaise lors du peau-à-peau en position ventrale.

En pratique, il n'existe pas réellement de consensus concernant le positionnement du nouveau-né. Dans la plupart des études, les auteurs décrivent le peau-à-peau en position ventrale comme un facteur de risque de malaise du nouveau-né [30,32,35-37,41-43,45]. A ces événements rares mais dramatiques, des causes ont été cherchées. Dans certaines situations, où ces malaises ont conduit au décès des enfants, des autopsies ont été pratiquées et des pathologies sous-jacentes ont été diagnostiquées [33]. Cependant, dans de nombreux cas, il n'y avait aucune cause certaine retrouvée. Ainsi, certains auteurs ont évoqué l'idée que le mécanisme physiopathologique de ces malaises pouvait être apparenté à celui décrit dans la mort subite du nourrisson (MSN) [39], avec le facteur de risque commun du positionnement ventral. Cependant, les circonstances de survenue de ces deux types de malaises sont difficiles à rapprocher. L'incidence de la MSN n'est pas comparable à celle des malaises précoces en peau-à-peau [57]. De plus, dans le cadre de la MSN, le nouveau-né est positionné pour dormir, ce qui sous-entend qu'il est installé de cette façon pour de longues heures. Pour le peau-à-peau, le nouveau-né est installé sur la poitrine de sa mère pour un temps relativement court, et l'on ne connaît pas le statut de sommeil du nouveau-né pendant ce temps [35]. Par ailleurs, le fait que le peau-à-peau favorise l'établissement du lien mère-enfant signifie que cet instant est un moment d'interaction entre la mère et son nouveau-né. Les deux personnes sont actives, interagissent. Le peau-à-peau est un moment de bien-être mais ne doit pas être une période synonyme d'endormissement ou « co-sleeping » qui n'est pas recommandé [41,42], car il peut être un facteur de MSN.

Le mécanisme le plus probable expliquant ces malaises, s'il n'existe aucune pathologie sous-jacente, serait l'obstruction des voies aériennes supérieures, associée au positionnement ventral du nouveau-né. Mais, le positionnement ventral n'est pas forcément à remettre en cause, car il a également été décrit des cas de malaise de nouveau-nés, sans pathologies associées, en décubitus latéral et dans les bras de la mère [32,43,35]. Il semble que l'élément primordial dans le positionnement de l'enfant est la libération des voies aériennes supérieures, qu'il soit en décubitus latéral ou ventral.

Cette notion, non consensuelle, peut être observée dans les recommandations exposées précédemment [Tableau1] ; deux protocoles préconisent le décubitus latéral, les trois autres mentionnent la position ventrale. Le positionnement des assureurs des maternités vient d'autant plus compliquer, en pratique, la question de l'installation du nouveau-né lors du peau-à-peau. Ils ont fait parvenir à certains établissements de soins, en 2013, des recommandations par rapport à des *demandes d'indemnisation pour décès ou séquelles graves par anoxie cérébrale consécutifs à une mise en peau-à-peau des nouveau-nés avec leur mère*. Ils insistent sur le fait que *le mécanisme de ces malaises est identique à celui de la MSN*, et précisent donc que *le point du non-respect des mesures de prévention de la MSN adaptées à la salle de naissance (bébé séché, visage non recouvert, VAS libres non confinées entre les seins de sa mère, en position PLS les deux bras et les deux genoux du même côté et non pas à plat ventre avec un bras de part et d'autre du corps) a été soulevé* [Annexe 11].

Dans notre étude, deux nouveau-nés ont été installés sur le dos ; il n'existe pas de donnée sur les bénéfices de l'installation du nouveau-né en décubitus dorsal pendant le peau-à-peau.

Nos résultats montrent que **dans près de 5% des cas, la tête de l'enfant n'est pas recouverte** au moment de l'observation. La tête du nouveau-né doit être recouverte (bonnet), afin de prévenir la déperdition de chaleur. Elle peut être également recouverte par le linge mis sur l'enfant, tout en veillant à ce que son visage soit dégagé et que les voies aériennes soient libérées. Notre étude montre que, **dans tous les cas, les nouveau-nés ont la tête sur le côté et les voies aériennes bien dégagées**, au moment de l'observation.

L'étude montre que **la durée moyenne du peau-à-peau est d'environ 1 heure et 30 minutes, allant de quelques minutes à près de 3 heures**. Dans le mémoire d'une étudiante sage-femme en 2008 [52], les résultats montraient une durée moyenne de peau-à-peau de 105 minutes soit 1,75 heures. Nos résultats sont légèrement inférieurs, ce qui peut être expliqué par l'inclusion dans notre étude des peau-à-peau faits avec les pères, qui sont globalement moins longs que les peau-à-peau réalisés avec les mères. Les observations ont été effectuées dans des maternités réalisant près de 3000 accouchements par an ou plus. Nous pouvons penser que ce facteur a une influence sur la durée du peau-à-peau. Pour confirmer ou infirmer cette hypothèse, il aurait été intéressant de réaliser des observations dans de plus petits centres. Dans la littérature, on ne retrouve pas de consensus sur la durée du peau-à-peau précoce. Certains parlent d'un peau-à-peau prolongé d'au moins une heure

de temps [2, Tableau I], d'autres donnent un temps minimum d'au moins dix minutes [Tableau I]. Il apparaît que le plus bénéfique pour la mère et le nouveau-né soit le peau-à-peau prolongé. Cependant, des effets positifs ont été décrits dès trente minutes de peau-à-peau [17]. On peut alors se poser une question : ne vaut-il mieux pas un peau-à-peau durant une vingtaine de minutes, riche en découverte avec des interactions fortes, qu'un peau-à-peau d'une durée de deux heures mais où l'un et l'autre peuvent s'endormir, avec un bénéfice moindre sur le lien mère-enfant ? La « qualité » du peau-à-peau paraît plus importante que la « quantité ». Il est alors légitime qu'une mère, se sentant trop fatiguée, ne désire pas faire de peau-à-peau avec son enfant ; le père peut alors, s'il le souhaite, prendre une place importante à ce moment de la naissance [27,28].

Notre étude montre que **près de la moitié des peau-à-peau ont été interrompus** (48,6%), par les soins de nursing et la pesée. De grandes différences ont été observées entre les maternités. En effet, la maternité A (78,9% des peau-à-peau n'ont pas été interrompus) s'oppose à la maternité C (81% des peau-à-peau interrompus). Cette différence s'explique par l'organisation propre à chaque structure : dans la maternité A, les soins du nouveau-né ne sont faits qu'après le peau-à-peau et dans la maternité C, ils sont réalisés seulement quelques minutes après le début de celui-ci. La maternité B est proche du modèle de la maternité C. Cependant, les chiffres (44,1%) ne reflètent pas cette politique. Dans la maternité B, plusieurs peau-à-peau ont été réalisés avec le père après une césarienne. Les soins étant réalisés dès la naissance après une césarienne, les peau-à-peau avec les pères ont été continus. Cette interruption a-t-elle une influence sur les bienfaits du peau-à-peau ? Les soins ne pourraient-ils pas être différés si l'état du nouveau-né le permet ? Cela pose la question d'une réorganisation de la part des équipes notamment au niveau administratif.

Nos résultats montrent que **l'examen clinique du nouveau-né est fait dans près de 60% des cas avant la mise en peau-à-peau prolongée**. Le peau-à-peau en salle de naissance dans les deux premières heures de vie a été décrit ici pour les nouveau-nés à terme et bien portants. Se pose la question du moment de l'examen clinique de l'enfant par rapport à la mise en peau-à-peau. L'heure de l'examen clinique notée dans nos observations est le moment où l'examen a été fait de manière complète sur une table d'examen. Cependant, dans la majorité des cas où nous avons noté que l'examen n'avait pas été fait avant le peau-à-peau, un examen succinct de l'enfant avait été effectué afin de vérifier sa fonction respiratoire, son bon comportement et l'absence de malformation évidente. Un examen clinique complet, sur une table d'examen, est-il nécessaire avant la mise en peau-à-peau ? Peut-il être différé après le peau-à-peau ? Ou un examen sommaire même sur le ventre de la mère est-il suffisant ? Les conditions de sécurité sont-elles rassemblées dans ce cas ? Les Réseaux de périnatalité ELENA, « Naître et Grandir » Languedoc-Roussillon et « Aux portes de la vie » de la région PACA précisent, dans leurs recommandations, que l'examen clinique du nouveau-né peut être différé si l'enfant présente une bonne adaptation à la vie extra-utérine et qu'un examen sommaire ne montre pas de malformation évidente.

Dans la littérature, il n'y a pas de consensus clair sur le moment de l'examen clinique par rapport à l'installation en peau-à-peau. Dans certains cas de malaises, des pathologies pré-existantes ont été retrouvées, et pouvaient expliquer ces incidents. Un examen clinique complet du nouveau-né, en complément d'un examen sommaire et des réponses apportées aux questions posées par l'ILCOR, paraît donc indispensable avant l'installation prolongée de l'enfant en peau-à-peau. N'est-il pas préférable, pour des raisons de sécurité, d'interrompre une fois le peau-à-peau afin de réaliser l'examen clinique du nouveau-né ?

5.2) Surveillance du peau-à-peau

Les résultats de l'étude montre que **dans tous les cas les nouveau-nés sont surveillés régulièrement, de manière discontinue avec, deux fois sur trois, une surveillance régulière et tracée.**

La surveillance du couple mère-enfant pendant le peau-à-peau en salle de naissance consiste à s'assurer de :

- l'état d'éveil de la mère ;
- l'état de vigilance des parents.

L'équipe obstétricale doit veiller à :

- la bonne coloration de l'enfant, sa respiration et son tonus ;
- son bon positionnement : visage dégagé, voies aériennes supérieures libérées, tête sur le côté.

Le calcul d'une périodicité aurait été utile, dans le sens où sans avoir intégré cette notion, nous pouvons nous poser la question de la nécessité d'une surveillance régulière qui n'est effectuée que toutes les 30 minutes. Il a tout de même pu être observé que, dans tous les établissements, **l'intervalle de temps entre deux surveillances était supérieur à 10 minutes** (entre 15 et 30 minutes). Dans le mémoire d'A. Brossard en 2008, la surveillance était discontinue avec une fréquence entre dix et trente minutes [52]. Dans la littérature, le principal facteur de risque évoqué est le peau-à-peau prolongé sans surveillance [32-33,35,41-43,45-46]. Aucune périodicité n'est évoquée et la surveillance nécessaire n'est pas clairement définie. Certains auteurs ont évoqué l'idée de surveillance « fréquente » [37,38,44], « rapprochée » [34,42], « étroite » [35], « adéquate » [41] ou encore « attention particulière » [31], mais ce sont des notions qui restent subjectives.

Se pose la question de la surveillance par une personne de l'équipe présente en permanence dans la salle [41]. Les maternités possèdent-elles les capacités humaines en salle de naissance pour effectuer ce type de surveillance ? La faible incidence de ces malaises nous permet-elle de surveiller les peau-à-peau de manière discontinue, à partir du moment où l'enfant est correctement installé ?

Cette surveillance continue paraît être difficile à mettre en place dans les salles de naissance. Durant nos observations, nous avons constaté que le personnel était présent de manière continue dans la salle pendant, environ, les trente premières minutes après la naissance. Même s'il existe un binôme SF/AP-AS, la quantité de travail est souvent importante et le personnel a, la plupart du temps, plusieurs patientes à prendre en charge en même temps : la charge de travail en salle de naissance paraît incompatible avec la présence permanente d'une personne de l'équipe pendant toute la durée du peau-à-peau. Cette vision peut être biaisée par le fait que les observations n'ont été réalisées que dans de grandes maternités. Il apparaît, également, que la présence permanente d'un tiers laisse peu d'intimité aux couples dans ces moments de découverte et de rencontre. Le positionnement des assureurs compliquent, en pratique, la question de la surveillance du peau-à-peau. Ils remettent en cause *l'absence de surveillance continue (visuelle et instrumentale) alors même qu'elle était prévue dans le protocole en vigueur dans l'établissement* [Annexe 11]. Mais la présence d'une personne en continu dans la salle est-elle un gage de sécurité ? Dans la littérature, quelques cas de malaises ont été observés alors qu'une personne de l'équipe était dans la salle. En observant la description des conditions d'un de ces malaises, la sage-femme suturait le périnée pendant que le nouveau-né était sur la poitrine [38].

Notre étude montre que **4 des 64 nouveau-nés ont été surveillés avec un saturomètre**. Une surveillance monitorée doit-elle être utilisée dans tous les cas ? Le sujet de la surveillance à l'aide d'un saturomètre paraît se confronter au concept de soins médicaux minimaux dans le but de privilégier le relationnel [32]. Des essais de surveillance monitorée pour tous les nouveau-nés en peau-à-peau ont été réalisés en 2008 dans une maternité ; ces tentatives mettaient en évidence des difficultés techniques et organisationnelles [52]. De plus, on peut se demander si la surveillance clinique est aussi régulière et rapprochée lorsqu'un saturomètre est mis en place. Une nouvelle évaluation des avantages de la surveillance monitorée de l'ensemble des nouveau-nés en bonne santé paraît être nécessaire [42]. Dans notre étude, l'utilisation du saturomètre paraît adéquate pour les 4 situations :

- AVB, Apgar à 8 à une minute de vie avec aspiration (ARCF à l'expulsion) et une bonne récupération par la suite. L'enfant a été installé une heure dans une couveuse avec un saturomètre afin d'observer son AVEU, avant d'être installé en peau-à-peau.
- AVB, Apgar à 3 à une minute de vie avec aspiration, stimulation, ventilation au masque. L'enfant a présenté une bonne récupération par la suite avec un Apgar à 10 à dix minutes de vie.
- Nouveau-né à 36SA né par césarienne. Installé en peau-à-peau avec son père après les soins à la naissance.
- AVB, Apgar à 6 à une minute de vie avec aspiration (ARCF et liquide amniotique méconial à l'expulsion) et une bonne récupération par la suite.

Le saturomètre n'est cependant qu'une aide dans la surveillance et ne doit pas dispenser les équipes d'une surveillance clinique [30]. Il doit être utilisé « facilement » dans certaines conditions, sans le mettre en place de manière systématique, mais toujours en gardant l'idée de la sécurité optimale du couple mère-enfant.

La mesure de la saturation est utile et sécuritaire dans les cas où :

- le nouveau-né a présenté un problème mineur à la naissance avec une bonne récupération par la suite (détresse respiratoire avec un Silverman <2, par exemple)
- l'âge gestationnel du nouveau-né à la naissance est entre 36 et 37SA

La mise en place de ce type de surveillance paraît en revanche difficile, aussi bien au niveau organisationnel que financier, pour tous les cas où la fréquence de la surveillance est supérieure à dix minutes. Ce qui est important pour la mise en place d'une surveillance adaptée c'est l'identification, par les professionnels, des facteurs de risques afin de répondre aux exigences de sécurité pour la mère et son nouveau-né. Une surveillance adaptée du couple mère-enfant ne paraît pas contradictoire et interférer avec l'établissement du lien mère-enfant.

Une surveillance rapprochée discontinuée peut être admise si :

- le nouveau-né est installé de façon sécuritaire
- l'examen clinique a été réalisé avant l'installation
- la patiente ne montre pas des signes de fatigue
- un accompagnant est présent

Revenons sur une situation rencontrée pendant l'étude où l'indication de surveillance par saturomètre pouvait être discutée.

La patiente est âgée de trente ans, primipare, d'origine française. La grossesse s'est déroulée normalement. Il a été noté un tabagisme maternel à 4 cigarettes par jour. La patiente a accouché à 40SA+6 jours par les voies naturelles sans instrumentation, sans analgésie péridurale, après trente-cinq minutes d'efforts expulsifs. Elle a donné naissance à une petite fille de 2820 g, avec une BAVEU, (Apgar 10-10), un pH artériel à 7,23. Elle a été placée dès la naissance sur la poitrine de sa mère, en position dorsale. Dix minutes après sa naissance, elle a présenté un balancement thoraco-abdominal, un tirage et des geignements (pas d'évaluation du score de Silverman [Annexe 8]). Elle a été aspirée puis ventilée 3 à 4 minutes (Néopuff). L'enfant a présenté par la suite une bonne récupération, avec une bonne coloration et un bon cri. Elle a été réinstallée en peau-à-peau contre sa mère pendant une heure. La surveillance a été régulière (/20 minutes) et régulièrement tracée. L'équipe a été présente en continu pendant les quarante-cinq premières minutes et la patiente était accompagnée. Plusieurs questions peuvent être posées : N'aurait-il pas fallu poursuivre la surveillance avec l'aide d'un saturomètre ? Une surveillance régulière toutes les 20 minutes est-elle suffisante dans cette situation ? A posteriori, on peut penser qu'il aurait été plus sécuritaire de mettre en place une surveillance par saturomètre en plus d'une surveillance régulière plus rapprochée. D'autant plus que la patiente était primipare, et que les parents ont déclaré ne pas avoir eu d'information sur la nécessité de « la position de la tête sur le côté » et « la position avec le nez bien dégagé ».

Notre étude montre que **trois peau-à-peau ont été réalisés alors que la patiente était seule avec son nouveau-né**. Dans la littérature, le fait qu'une mère soit laissée seule avec son enfant en peau-à-peau est considéré comme un facteur de risques de malaise du nouveau-né ; ceci est décrit à plusieurs reprises [30,31,33,39,41,42,44,45]. Même si dans aucun cas la surveillance du couple mère-enfant ne doit être déléguée à l'accompagnant, cette deuxième personne est un « élément » supplémentaire, qui paraît moins susceptible de s'endormir dans cette période du post-partum immédiat et qui est dans la capacité d'appeler un membre de l'équipe en cas de besoin. Dans l'article de Becher, une patiente seule avec son enfant a reconnu les signes de malaises dans près d'un tiers des cas alors que lorsqu'un autre parent était présent, ces signes ont été repérés dans près de 75% des cas [33]. Cependant, ces signes peuvent être repérés seulement si la mère et l'accompagnant en ont été informés [43].

Nos résultats montrent que, **dans près d'1/3 des cas, l'accompagnant ne prévient pas lorsqu'il s'absente**. Les équipes ne doivent pas hésiter à préciser à l'accompagnant de prévenir lorsqu'il s'absente, afin que le personnel réévalue la possibilité de poursuivre le peau-à-peau. A la Polyclinique de l'Atlantique, l'information affichée en salle de naissance comprend un passage sur ce point : (...) *Lorsque la personne accompagnante doit sortir de la salle : il est impératif de prévenir l'équipe soignante afin que bébé soit habillé et posé dans son berceau à côté de sa maman (...)*. Une mère seule avec son enfant, souvent partagée entre une bouffée d'émotion et la fatigue de l'accouchement, paraît être plus vulnérable que si elle est accompagnée. Dageville écrit qu'il est indispensable, dans ces cas, d'accorder une attention toute particulière à la surveillance de ces mères seules [31], d'autant plus si celle-ci est fatiguée. Dans certains cas, il est peut-être préférable de différer le moment du peau-à-peau même si beaucoup de bénéfices sont associés.

5.3) Traçabilité de la surveillance

Nos résultats montrent que **la surveillance est tracée régulièrement 2 fois sur 3**. Cependant, la présence de l'étudiante sage-femme en salle de naissance a pu influencer le nombre et la qualité de la traçabilité faite.

Les fiches étaient majoritairement remplies par les AS/AP. En pratique, le dossier de la mère était souvent séparé du dossier du nouveau-né et les sages-femmes ne traçaient pas forcément leur surveillance concernant l'enfant. La traçabilité des passages des professionnels permet une prise en charge optimale du couple mère-enfant et une coordination entre les intervenants ; elle rentre aussi dans les éléments de prévention des malaises des enfants en peau-à-peau [34,42,43].

Plusieurs éléments sont importants dans la mise en peau-à-peau, afin que son déroulement se fasse dans des conditions de sécurité optimales :

- le positionnement de la mère assise ou semi-assise
- le positionnement sécuritaire ventral ou latéral du nouveau-né, avec l'assurance que les voies aériennes soient bien dégagées
- la tête du nouveau-né doit être recouverte afin d'éviter le refroidissement
- la durée du peau-à-peau est variable ; l'adaptation se fait en fonction des parents (état de vigilance, fatigue, souhait...) et de la disponibilité de l'équipe. Privilégier la « qualité » à la « quantité »
- un examen clinique complet de l'enfant doit être fait avant son installation prolongée en peau-à-peau ; les soins peuvent être différés
- si la surveillance ne peut être régulière et rapprochée, le peau-à-peau doit être interrompu d'autant plus que la patiente est seule
- la surveillance par saturomètre doit être mise en place dans certains cas
- une traçabilité de la surveillance est essentielle

Il est important de toujours réévaluer la balance bénéfices/risques pendant le temps du peau-à-peau.

6) Respect de l'information

Dans cette partie, nous avons recueilli ce que les parents ont déclarés, environ deux heures après la naissance. Étant présents dans la salle de naissance au moment de l'installation en peau-à-peau, nous avons observé ce que les professionnels donnaient comme informations à ce moment et comparé à ce que les parents déclaraient. Il a été observé des discordances entre les informations données par les professionnels et celles retenues par les parents. Souvent, une information est donnée au moment de l'installation et n'est pas retrouvée dans les déclarations des couples. Il existe donc une sélection des informations, ou un biais de mémorisation.

Nos résultats montrent que **les professionnels intervenant principalement dans l'information sur le peau-à-peau sont les sages-femmes libérales (20%) et les AS/AP de salle de naissance (1 fois sur 3)**.

Notre étude montre que **dans un peu plus d'1/3 des cas, le peau-à-peau a été présenté, en salle de naissance, comme une pratique allant de soi**. Cependant, les couples n'étaient généralement pas surpris lorsque le peau-à-peau n'était pas proposé explicitement. Ceci peut être expliqué par le fait que le peau-à-peau avec la mère apparaît aux couples comme « allant de soi », « naturel », « spontané », et est donc pour eux un moment à part entière qui fait partie de l'accouchement. Cependant, la pratique du peau-à-peau reste au choix des couples et il est du devoir des professionnels, sages-femmes et AS/AP, de le proposer aux couples sans l'imposer. Nos résultats sont discordants entre les peau-à-peau non proposés et le consentement donné. En effet, le chiffre pour les peau-à-peau non proposés (43,2%) et le chiffre correspondant au consentement tacite (41,8%) ne sont pas les mêmes. Pour trois couples, le peau-à-peau n'a pas été proposé puisqu'ils avaient émis explicitement leur souhait de faire du peau-à-peau (oralement, projet de naissance). Ils ont donc exprimé clairement leur consentement.

Dans l'étude, **aucun des couples n'a reçu une « information complète » sur le peau-à-peau**. Dans l'ensemble, il apparaît que les couples sont peu informés sur la pratique. Cependant, quelques couples interrogés en dehors du cadre des observations ont déclaré avoir reçu assez d'informations sur le peau-à-peau aussi bien pendant la grossesse qu'en salle de naissance. Quelques pères ont toutefois confié qu'ils auraient aimé avoir plus d'informations, notamment sur l'existence de la pratique et la possibilité que le père a de faire le peau-à-peau en salle de naissance.

Nos résultats montrent que **les bénéfiques du peau-à-peau sont largement abordés avec les parents**. Pendant la grossesse, ils ont peu d'information sur les modalités pratiques mais surtout sur les bénéfiques du peau-à-peau. Les modalités pratiques sont plutôt abordées en salle de naissance : des informations sur le positionnement de « la tête sur le côté » ont été données dans près de 40% des peau-à-peau et sur « le nez bien dégagé » dans près de 60% des peau-à-peau. Lorsque l'information a été partiellement donnée ou que très légèrement, l'item le plus souvent énoncé est « la position avec le nez bien dégagé », un des éléments les plus importants dans la prévention du risque de malaise précoce du nouveau-né.

Dans notre étude, **les risques liés au peau-à-peau n'ont jamais été évoqués avec les parents** ; ce qui montre combien il est difficile pour les professionnels d'aborder avec les parents le sujet des risques. Les professionnels ont-ils peur de parler de ces risques ? Est-il éthiquement possible de parler aux parents de risque de malaise/décès quelques minutes après la naissance de leur enfant ? Cela paraît être un exercice difficile pour les soignants. En revanche, une information aux parents sur les signes de bien-être du nouveau-né – sa coloration, sa respiration, son tonus – peut leur être brièvement donnée, afin qu'ils se sentent plus actifs dans la surveillance de leur enfant. Cela permet aux professionnels d'aider les parents à observer leur enfant et à être vigilants sans pour autant les inquiéter, ni leur faire peur.

Les professionnels doivent expliquer clairement aux parents les modalités de positionnement du nouveau-né pendant le peau-à-peau : l'enfant ne doit pas être enfoui, il doit toujours avoir le visage visible, la tête sur le côté, les voies aériennes bien dégagées et doit être couvert pour éviter la déperdition de chaleur. Cela permet aux parents d'être plus vigilants quant à la position du nouveau-né. Même si certains parents répondent que « c'est logique » que le nez et le visage soient bien dégagés, le professionnel se doit de le mentionner aux couples, en étant davantage vigilant pour les couples ayant leur premier enfant. Le rôle de l'accompagnant doit aussi être mis en avant, sans pour autant le responsabiliser : il suffirait d'expliquer au père (ou accompagnant) qu'il est essentiel que la mère soit accompagnée pendant le peau-à-peau, à cause du risque d'endormissement. Ces informations sont des éléments primordiaux dans la prévention du risque de malaises liés à la position en peau-à-peau.

Deux maternités, où les observations ont été faites, proposent une information écrite sur la pratique du peau-à-peau sous forme d'affiche dans les salles de naissance. Lorsque celle-ci était présente, la plupart des couples a déclaré en avoir pris connaissance. Ayant constaté des discordances entre ce qui est réellement dit par les professionnels au moment de l'installation et ce qui est retenu par les parents, il apparaît utile d'avoir plusieurs sources d'information. En plus des informations données pendant la grossesse et des informations orales en salle de naissance, un support écrit devrait être présent dans toutes les salles de

naissance de l'ensemble des maternités, afin que les parents puissent s'y reporter si toutes les informations n'ont pas été assimilées [42].

La primiparité est présentée, dans tous les articles décrivant des malaises précoces, comme un facteur de risque [30-46]. Si la mère reçoit une information complète concernant le bon positionnement et les signes de bien-être de son enfant, elle est capable aussi bien qu'une multipare d'observer son enfant. Cependant, la primiparité est souvent associée à un travail long, ce qui explique la potentielle fatigue maternelle et le manque de vigilance, souvent évoqués dans les descriptions de malaise.

Afin d'illustrer toute l'importance de l'information donnée aux parents lors de l'installation en peau-à-peau en salle de naissance, nous avons choisi de présenter une photographie. Sur l'image, le nouveau-né est installé en peau-à-peau contre sa mère, et la photo a été prise par le père. Cette image est marquante et à la fois « choquante ». En effet, au moment où le père a photographié son enfant, il ignorait qu'il était décédé. Cette image a été publiée avec l'autorisation du père. Bien qu'elle soit « difficile » à regarder, elle fait prendre conscience du risque qui peut être associé au peau-à-peau et permet de rappeler certains éléments importants de la prévention des malaises liés au peau-à-peau : l'installation « sûre » de l'enfant, la bonne installation de la mère, l'information complète donnée aux parents.

Le positionnement de la mère ne paraît pas optimal ; elle est allongée sur le dos, pas assez relevée pour avoir une bonne visibilité de son enfant. Le nouveau-né a la tête complètement enfouie dans le sein de sa mère, les voies aériennes sont obstruées. Les parents ne semblaient pas en mesure d'évaluer l'état de leur enfant. La photo est en noir et blanc, mais cet enfant était, probablement, visuellement pâle et cliniquement hypotonique. Même si l'équipe médicale est responsable de la surveillance et ne peut confier celle-ci aux parents, les professionnels doivent donner les moyens aux parents d'évaluer simplement l'état de bien-être de leur enfant, par une information complète sur la pratique (l'installation du nouveau-né, les bénéfices et les risques associés) ainsi que sur les signes de bien-être du nouveau-né. Grâce à des mesures de prévention simples, des événements similaires pourraient être évités.



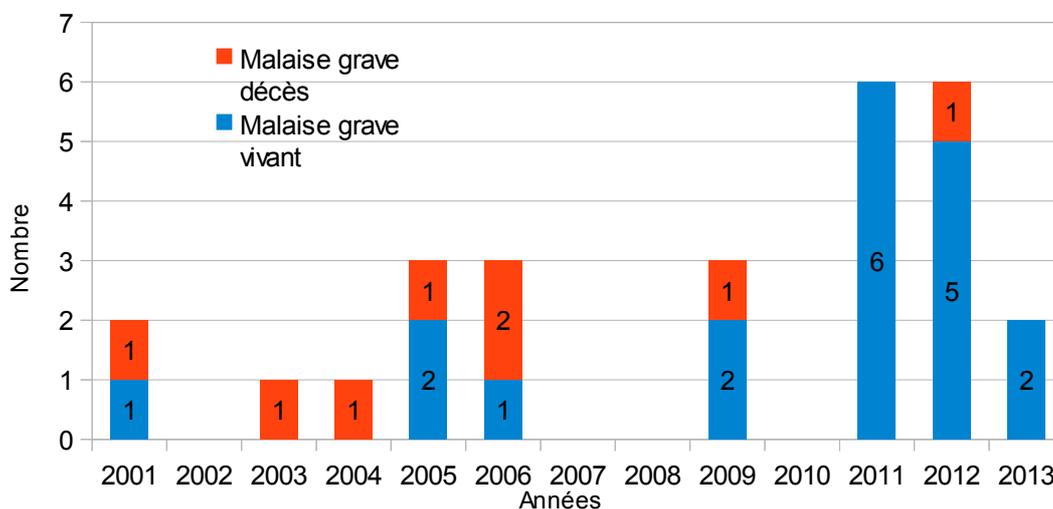
Photo, tirée de [33], prise par le père alors qu'il ignorait que son enfant était décédé à ce moment. Il a autorisé la publication de cette photo.

Le peau-à-peau en salle de naissance :

- il doit être proposé aux parents, sans l'imposer ;
- la discordance entre ce qui est dit par les professionnels et ce qui est retenu par les parents justifie une information écrite en complément de l'information orale donnée ;
- le positionnement sécuritaire du nouveau-né doit être abordé avec les parents : voies aériennes et visage bien dégagés. Un schéma pourrait-il être proposé pour les couples ne comprenant pas bien le français ?
- l'explication des signes de bien-être du nouveau-né permet aux parents d'évaluer l'état de leur enfant ;
- l'information est d'autant plus importante si la mère est primipare ;
- il est important de préciser que si la patiente se sent fatiguée, elle doit prévenir un membre de l'équipe, pour coucher son enfant dans un berceau ou proposer le peau-à-peau au père.

7) Recommandations du Réseau « Sécurité Naissance » 2013 [Annexe 5]

Depuis 2001, dans les Pays de Loire, 26 cas de malaises et/ou décès précoces de nouveau-nés en salle de naissance ont été déclarés au Réseau « Sécurité Naissance ». Les derniers cas ont été relevés en janvier et avril 2013. Sur le graphe suivant, les années 2007, 2008, et 2010, n'ont pas fait l'objet d'enquêtes.



Graphique n°6 : Nombre de cas de malaises graves avec ou sans décès déclarés au Réseau « Sécurité Naissance » entre 2001 et 2013 (Graphe tiré [53])

Le Réseau « Sécurité Naissance » avait déjà mis en place, en 2006, des éléments de prévention des malaises des nouveau-nés en salle de naissance dans les deux premières heures de vie [Annexe 9]. Cependant, on constate qu'en 2011 et 2012, douze cas de malaises ont été déclarés, dont un ayant conduit au décès de l'enfant. Il y a donc eu une volonté de la part du Réseau « Sécurité Naissance » de réviser ces recommandations en 2013, dans le but de limiter ces malaises.

En mai 2013, le Réseau « Sécurité Naissance » a réuni un groupe de travail composé de près de soixante-dix professionnels et usagers afin de discuter sur les indications et les modalités pratiques et de surveillance du peau-à-peau en salle de naissance. Le groupe participant à la révision de ces recommandations était « pluri-disciplinaire » : pédiatres, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, auxiliaires de puériculture, cadres sages-femmes étaient réunis. Les intervenants provenaient également de différentes structures, toutes de types différents, I, II et III. Le peau-à-peau est une pratique « non médicale » qui a rassemblé un grand nombre de professionnels, conscients du risque de malaises ; ce qui montre que ce sujet intéresse et pose question.

Les recommandations ainsi établies ont tenté d'être les plus complètes possible, en prenant en compte les diverses pratiques des différentes structures. Elles restent **non opposables**, ce qui laisse la liberté aux maternités d'écrire leur propre protocole.

Elles peuvent, cependant, aider certaines structures à mettre en place des recommandations sur les indications et la surveillance du peau-à-peau en salle de naissance. Le groupe de travail a établi une liste de contre-indications et a précisé les modalités du peau-à-peau. Il n'a pas établi de recommandations concernant les modalités pratiques et la surveillance lorsque le liquide amniotique est teinté pendant le travail, ni lorsque le nouveau-né est à risque d'IMF. De plus, dans la littérature, il n'a pas été retrouvé d'article mettant en avant le liquide amniotique teinté ou la suspicion d'IMF comme facteur de risque de malaise du nouveau-né.

De longues discussions ont toutefois porté sur les indications de l'utilisation du saturomètre en salle de naissance. Il est indiqué que, s'il y a la possibilité d'une surveillance régulière par le personnel toutes les 5 à 10 minutes, il n'y a pas d'indication de mesure de la saturation dans les cas où l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né est bonne, son examen clinique est normal et la mère n'est pas épuisée. Il est précisé que si la surveillance régulière est faite toutes les 15 à 20 minutes, ou qu'une surveillance régulière n'est pas possible, un saturomètre doit être mis en place. Beaucoup de professionnels de « terrain » se sont interrogés sur la périodicité de la surveillance et sur les indications de mesure de la saturation. En effet, comme il a été constaté dans l'étude, la périodicité réelle de la surveillance habituelle est plutôt de 15-20 minutes et non de 5-10 minutes. Selon ces recommandations, l'ensemble des peau-à-peau observés dans notre étude, mise à part trois (deux où la surveillance a été continue du fait de l'organisation de la structure pour la surveillance post-césarienne et un cas où le peau-à-peau n'a duré que dix minutes), aurait dû être surveillé par saturomètre car la surveillance a été régulière mais avec une périodicité supérieure à 10 minutes. Apparaissent alors des difficultés d'organisation, matérielles et financières. Cependant, les peau-à-peau doivent être réalisés en toute sécurité. La barre de l'exigence n'est-elle pas placée trop haut, au risque de voir le professionnels renoncer à proposer le peau-à-peau plutôt que de se mettre en défaut de respect des recommandations ?

8) Perspectives

Les recommandations proposées par le Réseau « Sécurité Naissance » semblent constituer un référentiel consensuel en ce qui concerne le peau-à-peau puisqu'elles ont été établies par un groupe pluridisciplinaire composé de professionnels de terrain.

Des groupes de travail devraient être créés dans toutes les maternités pour mettre en place des « outils » autour de la pratique du peau-à-peau et pour permettre d'harmoniser les pratiques dans chaque établissement. Les professionnels n'ayant pas tous connaissance de ces malaises liés au peau-à-peau, les groupes de travail permettraient d'informer les équipes sur ces risques, ainsi que sur l'existence de recommandations.

Nous avons recontacté la sage-femme cadre de la maternité A en janvier 2014. Nous rappelons qu'un groupe de travail avait été mis en place en juillet 2013, il n'existait pas de protocole propre à l'établissement, ni de feuille de surveillance, ni d'information écrite. Depuis juillet 2013, le groupe de travail a permis la création de plusieurs outils. Une information écrite va être disponible dans le livret de la maternité et une information va être affichée dans chaque salle de naissance. Le groupe de travail a également eu la volonté de rédiger un protocole propre à l'établissement (documents disponibles Annexe 10).

En pratique, comme nous avons pu le voir dans l'étude, il existe encore de grandes différences inter et intra maternités dans les modalités, dans les indications et dans la surveillance du peau-à-peau. Le risque du peau-à-peau, principalement décrit, semble être le malaise précoce du nouveau-né. Bien que son incidence reste faible (incidence des malaises de 1/10 000 naissances/an avec 1 décès/50 000 à 100 000 naissances/an [53]), ce sont des événements traumatisants pour les parents et les équipes soignantes, avec des conséquences pour l'enfant parfois dramatiques. Ces événements ne doivent pas conduire à reconsidérer cette pratique de « bien-traitance » des nouveau-nés, ; les bénéfices du peau-à-peau sont incontestables. Mais la connaissance de ces incidents doit conduire à la mise en place ou à la révision de mesures préventives afin que la pratique du peau-à-peau soit la plus sécuritaire possible pour le couple mère-enfant.

Les mesures préventives proposées sont :

- une information orale et écrite aux parents ;
- un examen clinique complet avant la mise en peau-à-peau prolongée, permettant d'écartier toute pathologie pouvant entraîner un malaise chez l'enfant ;
- le respect des contre-indications ;
- le positionnement correct (assise ou semi-assise) et confortable de la mère ;
- le positionnement « sûr » de l'enfant, après avoir été séché : le visage dégagé, les voies aériennes libérées, la tête sur le côté ;

- une surveillance régulière et rapprochée, régulièrement tracée ;
- observation du début de la première tétée lorsque l'allaitement maternel est souhaité ;
- dans la mesure du possible, éviter le peau-à-peau lorsque la mère est seule si personne ne peut rester avec elle en continu, d'autant plus pour les patientes primipares et/ou fatiguées ;
- Le peau-à-peau n'est pas synonyme de « co-sleeping » et doit être un moment de bien-être, mais interactif entre la mère et son enfant.

L'amélioration de l'information et de l'instruction parentale en salle de naissance est, sans aucun doute, un élément primordial dans la prévention de ces événements. Les professionnels se doivent de donner aux parents les capacités d'observer leur enfant. Cette information ne doit cependant pas les culpabiliser. Elle doit être simple et ne doit pas leur faire peur.

Les points qui peuvent être abordés avec le couple sont :

- l'enfant doit être rose et tonique, sa respiration régulière ;
- **son nez doit toujours être dégagé ainsi que son visage** (sur le côté) ;
- si la patiente se sent fatiguée, elle doit savoir qu'elle peut demander à arrêter le peau-à-peau à tout moment, sans culpabiliser ;
- éviter l'utilisation du téléphone portable pendant la durée du peau-à-peau, et expliquer aux parents la barrière que peut constituer le téléphone portable dans l'interaction mère-enfant ou père-enfant ;
- si des changements dans le comportement de l'enfant sont observés, appeler un membre de l'équipe, ce qui sous-entend que les parents ont un moyen d'appel à disposition et fonctionnel.

Au vu des constatations faites pendant l'étude, **une information écrite** sur la pratique du peau-à-peau devrait être à disposition dans toutes les salles de naissance des maternités, afin de compléter ce qui peut être dit oralement par les professionnels.

Concernant la surveillance, il est essentiel qu'elle se fasse en continu pendant les premiers instants du peau-à-peau, ou à l'initiation des premières tétées. En pratique, **une surveillance discontinue régulière et rapprochée, conjointement entre la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture ou aide-soignante** semble satisfaisante. La présence permanente d'un membre de l'équipe, pendant toute la durée du peau-à-peau, paraît incompatible avec l'activité de la salle de naissance et le besoin d'intimité des parents.

Il serait intéressant d'évaluer la satisfaction des couples ayant fait l'expérience du peau-à-peau en salle de naissance. De plus, un questionnaire pourrait être distribué aux professionnels intervenants auprès des couples (SF libérales, SF, AP ou AS de salle de naissance), afin d'évaluer les informations données aux parents. Il serait intéressant de comparer ces résultats à ceux obtenus dans notre étude sur les informations retenues par les couples.

9) Rôles de la sage-femme dans la pratique du peau-à-peau

La sage-femme se trouve en première ligne dans la prise en charge du couple mère-enfant et donc dans la pratique du peau-à-peau en salle de naissance.

Elle a tout d'abord **un rôle d'information**. Pendant la grossesse, étant l'un des principaux intervenants, elle a l'opportunité de parler de l'existence de cette pratique et de ses bénéfices. Ce moment n'est, peut-être pas, le meilleur pour parler de l'aspect pratique du peau-à-peau, mais permet d'exposer ce qu'apporte cette pratique, les bénéfices pour la femme et son nouveau-né et d'insister sur le fait qu'elle est possible également pour le père s'il le souhaite.

En salle de naissance, sa place est primordiale. Elle a également un rôle à jouer dans l'information donnée aux parents en salle de naissance. En collaboration avec l'auxiliaire de puériculture ou l'aide-soignante, elle doit permettre aux parents d'observer leur enfant, leur faire comprendre l'importance du positionnement de l'enfant et l'intérêt du peau-à-peau, sans leur faire peur ni les culpabiliser. Grâce à ses compétences et ses connaissances, elle doit permettre au couple mère-enfant de se découvrir, de se connaître et d'interagir tout **en préservant leur sécurité**.

La sage-femme reste la référente principale et est donc **responsable de la surveillance** du bon déroulement du peau-à-peau, du bien-être de la mère et de son enfant. En effet, l'exercice de la profession de sage-femme comporte *la pratique (...) des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant* Article L. 4151-1 du Code de la Santé Publique [54]. La surveillance du peau-à-peau en salle de naissance se fait en collaboration avec l'équipe d'auxiliaire de puériculture ou aide-soignante mais toujours sous sa responsabilité.

CONCLUSION

Le peau-à-peau est, sans conteste, une pratique associée à de nombreux bénéfices lors de l'établissement du lien mère-enfant, de la mise en place de l'allaitement et de l'adaptation du nouveau-né à son nouvel environnement. Elle est souvent associée également à une satisfaction de la part des parents. Cependant, des auteurs ont décrit des malaises précoces de nouveau-nés au décours de peau-à-peau en salle de naissance, pendant les deux premières heures de vie. Malgré l'incidence relativement faible de ces malaises, ce sont des événements graves qui ont amené les professionnels à se questionner et à mettre en place des mesures préventives, pour être confrontés le moins possible à ces situations, sans pour autant cesser de proposer la pratique en salle de naissance pour les enfants à terme et bien portants.

Notre étude nous a permis de constater que dans la grande majorité des situations, le peau-à-peau était pratiqué de manière sécuritaire mais sa mise en pratique diffère selon les établissements. Nous avons constaté que les informations données aux parents ne sont pas toujours suffisantes et sont parfois insuffisamment comprises. Elles sont pourtant un des éléments primordiaux dans la prévention des malaises en peau-à-peau. La traçabilité de la surveillance effectuée par la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture ou aide-soignante doit également être améliorée, que ce soit grâce à une feuille déjà mise en place dans les établissements ou grâce à la feuille proposée par le Réseau « Sécurité Naissance ». Il semble essentiel que chaque maternité puisse se référer à des recommandations, qu'elles soient celles de l'établissement ou celles du Réseau de périnatalité.

Les recommandations proposées par le Réseau « Sécurité Naissance » restent non opposables, mais semblent être un bon référentiel quant à la pratique du peau-à-peau en salle de naissance puisque leur rédaction a réuni un groupe de travail pluridisciplinaire, composé de nombreux professionnels de terrain.

La pratique du peau-à-peau, dans des conditions de sécurité optimales implique le respect de ses contre-indications. Une information, la plus complète possible, doit être donnée aux parents, sans les culpabiliser ou leur faire peur, ce qui reste un exercice difficile pour les soignants. Elle est particulièrement importante si la patiente est primipare.

Le positionnement confortable et assis ou semi-assis de la patiente ainsi que le positionnement « sûr » de l'enfant sont également primordiaux. Il semble, en pratique, que la position dans laquelle l'enfant doit être installé reste une notion floue, ne faisant pas l'objet d'un réel consensus. Qu'il soit positionné en latéral ou en ventral, l'essentiel est que ses voies aériennes soient toujours libres et que son visage soit dégagé.

La présence en continu d'un membre de l'équipe dans la salle semble incompatible avec l'activité en salle de naissance. Ce type de surveillance laisse, également, peu d'intimité aux couples. La surveillance discontinue semble suffire mais doit être régulière et rapprochée. La pratique du peau-à-peau doit rimer avec sécurité. La surveillance est adaptée au contexte et le relationnel ne doit pas être privilégié au détriment de la sécurité de la mère et de l'enfant ; l'indication doit toujours être raisonnée et raisonnable. Les équipes doivent rester vigilantes surtout dans les cas où elles perçoivent les patientes fatiguées, d'autant plus si celles-ci sont primipares. Même s'il est défini comme un contact prolongé, la durée du peau-à-peau peut être réduite à tout moment afin qu'il soit réalisé dans des conditions optimales. Il est important que, durant le peau-à-peau, les équipes réévaluent la balance bénéfice/risque.

N'oublions pas que les équipes des salles de naissance restent seules juges de la faisabilité du peau-à-peau, en fonction des contre-indications présentes, de l'activité en salle de naissance et de leur disponibilité.

La sage-femme est, sans nul doute, en première ligne dans la prise en charge du couple mère-enfant, et a donc toute sa place dans la réflexion sur cette pratique. Elle doit, grâce à ses connaissances et ses compétences, pouvoir promouvoir la pratique en salle de naissance, tout en assurant la sécurité du couple mère-nouveau-né. En collaboration avec l'auxiliaire de puériculture ou l'aide-soignante, elle est responsable de la surveillance du couple.

Déjà en 2006, le Réseau « Sécurité Naissance » préconisait qu'en raison de la spécificité de ce type de malaise et de décès, un questionnaire type devait être à la disposition de chaque maternité pour recueillir des données sur les circonstances de survenue. Il est indispensable que la déclaration de ces événements soit poursuivie afin de suivre l'incidence de survenue, au niveau régional mais aussi à un niveau national.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Charpak N. *Bébés Kangourous, Materner autrement*. Paris : Odile Jacob, 2005, 190 p.
- (2) Gremmo-Feger G. *Accueil du nouveau-né en salle de naissance ou comment favoriser allaitement maternel et bien être du nouveau-né et de ses parents ?* JRA 2005-2006
- (3) Laugier J., Rozé JC., Siméoni U., Saliba E. *Soins aux nouveaux nés. Avant, pendant et après la naissance* Masson , Paris 2006 p 87-90
- (4) Gold F., Blond MH., Lionnet C. *Pédiatrie en maternité. Réanimation en salle de naissance* Masson, Paris 2009 p 2-9
- (5) Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica* 1992 ; vol.81(6-7), p.488-493
- (6) Mazurek T., Mikiel-Kostyra K., Mazur J., et al. Influence of immediate newborn care on infant adaptation to the environment. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 1999 Apr-Jun ; vol.3(2), p.215-224
- (7) Takahashi Y., Tamakoshi K., Matsushima M., Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early human development* 2011 Mars ; vol.87(3), p.151-157
- (8) Gray L., Watt L., Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2000 Jan ; vol.105(1), e14
- (9) Gray L., Miller LW., Philipp BL., et al. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002 Avril ; vol.109 (4), p.590-593
- (10) Chermont AG, Falcão LF, de Souza Silva EH, et al. Skin-to-skin contact and/or oral 25% dextrose for procedural pain relief for term newborn infants. *Pediatrics* 2009 Dec ; vol.124(6), e1101-1107
- (11) Bystrova K., Widström AM., Matthiesen AS., et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica* 2003 ; vol.92(3), p. 320-326
- (12) Fransson AL., Karlsson H., Nilsson K. Temperature variation in newborn babies: importance of physical contact with the mother. *Archives of disease in childhood. Fetal*

and neonatal edition 2005 Nov ; vol.90(6), p.500-504

(13) Bystrova K., Matthiesen AS., Vorontsov I., et al. Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth* 2007 Dec ; vol.34(4), p.291-300.

(14) Marín Gabriel MA., Llana Martín I., López Escobar A, et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica* 2010 Nov ; vol.99(11), p.1630-1634

(15) Mori R., Khanna R., Pledge D., Nakayama T. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics international: official journal of the Japan Pediatric Society* 2010 Apr ; vol.52(2), p.161-170

(16) Moore ER., Anderson GC., Bergman N., Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012 Mai issue 5

(17) Mikiel-Kostyra K., Boltruszko I., Mazur J., Zielenska M. [Skin-to-skin contact after birth as a factor determining breastfeeding duration]. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2001 Avril-Juin ; vol.5(2), p.179-189

(18) Bramson L., Lee JW., Moore E., et al. Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of human lactation* 2010 Mai ; vol.26(2), p.130-137

(19) Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons—Pakistan* 2011 Oct ; vol.21(10), p.601-605

(20) Thukral A., Sankar MJ., Agarwal R., Gupta N., Deorari AK., Paul VK. Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: a randomized controlled trial. *Neonatology* 2012 ; vol.102(2), p.114-119

(21) Nissen E., Lilja G., Widström AM., Uvnäs-Moberg K. Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta obstetricia et gynecologica scandinavica* 1995 Août ; vol.74(7), p.530-533

(22) Bystrova K., Ivanova V., Edhborg M., et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 2009 Juin ; vol.36(2), p.97-109

(23) Bergström A., Okong P., Ransjö-Arvidson AB. Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. *Acta Paediatrica* 2007 Mai ; vol.96(5), p.655-658

- (24) Handlin L., Jonas W., Petersson M., et al. Effects of sucking and skin-to-skin contact on maternal ACTH and cortisol levels during the second day postpartum-influence of epidural analgesia and oxytocin in the perinatal period. *Breastfeed medicine* 2009 Dec ; vol.4(4), p.207-220
- (25) Bigelow A., Power M., MacLellan-Peters J., et al. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2012 Mai-Juin ; vol.41(3), p.369-382
- (26) Marín Gabriel MA., Llana Martín I., López Escobar A., et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica* 2010 Nov ; vol.99(11), p.1630-1634
- (27) Erlandsson K., Dsilna A., Fagerberg I., Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth* 2007 Juin ; vol.34(2), p.105-114
- (28) Velandia M., Matthisen AS., Uvnäs-Moberg K., Nissen E. Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section. *Birth* 2010 Sep ; vol.37(3), p.192-201
- (29) Pejoan H. Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau né bien portant en salle de naissance. *La revue Sage-femme* 2009 septembre ; vol.9(4) : p.189-194
- (30) Andres V., Garcia P., Rimet Y., et al. Apparent Life-Threatening Events in Presumably Healthy Newborns During Early Skin-to-Skin Contact. *Pediatrics* 2011 Avril ; vol.127 (4), e1073-76
- (31) Dageville C., Pignol J., De Smet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatrica* 2008 ; vol.97(7), p.866-869
- (32) Branger B., Savagner C., Rozé JC, Winer N. 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 ; vol.36, p.671-679
- (33) Becher JC., Bhushan S., Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition* 2012 ; vol.97, p.30–34

- (34) Poets A., Steinfeldt R., Poets C. F. Sudden Deaths and Severe Apparent Life-Threatening Events in Term Infants Within 24 Hours of Birth. *Pediatrics* 2011 ; vol.127 (4), e869-73
- (35) Gnigler M., Ralser E., Karall D., et al. Early sudden unexpected death in infancy (ESUDI) -- three case reports and review of the literature. *Acta Paediatrica* 2013 Mai ; vol.102(5):e235-238
- (36) Poets A., Urschitz MS., Steinfeldt R., Poets CF. Risk factors for early sudden deaths and severe apparent life-threatening events. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition* 2012 Nov ; vol.97(6), p.395-397
- (37) Hays S. Arrêt respiratoire en salle de naissance chez des nouveau-nés à terme sains placés sur le ventre maternel : 11 nouveaux cas. *Archives de pédiatrie* 2006 juillet ; vol.13(7), p.1067-1068
- (38) Aboudiab T., Vue-Droy L., Al Hawari S., et al. La pratique du peau-à-peau à la naissance est-elle sans risque ? *Archives de Pédiatrie* 2007 nov ; vol.14(11), p.1368–1369.
- (39) Espagne S., Hamon I., Thiébauges O., Hascoet JM. Sudden death of neonates in the delivery room. *Archives de Pédiatrie* 2004 Mai ; vol.11(5), p.436-439.
- (40) Gatti H., Castel C., Andrini P., et al. Cardiorespiratory arrest in full term newborn infants: six case reports. *Archives de Pédiatrie* 2004 Mai ; vol.11(5), p.432-435
- (41) Herlenius E., Kuhn P. Sudden Unexpected Postnatal Collapse of Newborn Infants: A Review of Cases, Definitions, Risks, and Preventive Measures. *Translational Stroke Research* 2013 Avril ; vol.4(2), p.236–247
- (42) Pejovic NJ., Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatrica* 2013 Jul ; vol.102(7), p.680-688
- (43) Fleming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants : the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition* 2012 Jan ; vol.97(1), F2-F3
- (44) Kuhn P., Donato L., Laugel V. et al. Malaise grave précoce du nouveau-né : à propos de deux cas survenus en salle de naissance. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2001 ; vol.30(1), p.92-93
- (45) Toker-Maimon O., Joseph LJ., Bromiker R. and al. Neonatal Cardiopulmonary Arrest in the Delivery Room. *Pediatrics* 2006 ; vol.118, p.847-848

- (46) Schrewe B., Janvier A., Barrington K. Life-threatening event during skin-to-skin contact in the delivery room. *BMJ Case Reports* 2010; doi:10.1136
- (47) Corbyn JA. Mechanisms of sudden infant death and the contamination of inspired air with exhaled air. *Medical hypotheses* 2000 Mars ; vol.54(3), p.345-352
- (48) Patel AL., Paluszynska D., Harris KA. and al. Occurrence and Mechanisms of Sudden Oxygen Desaturation in Infants Who Sleep Face Down. *Pediatrics* 2003 ; vol.111, p.328-332
- (49) HAS, Allaitement Maternel Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002.
Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf (consulté le 27/01/14)
- (50) AUDIPOG, la santé périnatale en France, Tableaux statistiques.
Disponible sur : <http://www.audipog.net/tablostat.php> (consulté le 27/01/14)
- (51) Observatoire régional de la santé, Réseau « Sécurité Naissance ». La santé périnatale dans les Pays-de-la-Loire Rapport 2013. Disponible sur :
http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/perinatalite/2013_RAPPORT_sante_perinatale.pdf (consulté le 27/01/14)
- (52) Brossard A, Branger B. *Peau-à-peau en salle de naissance: observation des pratiques et opinion des professionnels*. [Nantes]: Université de Nantes, Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicale; 2008. 46 p.
- (53) Branger B., commission des pédiatres, sages-femmes, anesthésistes et commission obstétricale. Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau-à-peau en salle de naissance [en ligne] Mai 2013. Disponible sur :
<http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/zb/8xvxtqj46v4ddpwtqidq5jfhja3644-org.pdf> (consulté le 27/01/14)
- (54) Code de la santé publique. Partie législative, quatrième partie, livre 1er, titre V, chapitre 1er.
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=9DE4B4A93FEF885D080CDA45840351DF.tpdjo12v_2idSectionTA=LEGISCTA000006171285&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140127 (consulté le 27/01/14)
- (55) Branger B., Brossier JP., Seguin G. *Soins au nouveau-né normal, de plus de 36 SA et sans pathologie, dans les deux premières heures*. Recommandations « Réseau "Sécurité

Naissance" » des Pays de Loire. Juillet 2006, révision juillet 2013

(56) Réseau Languedoc-Roussillon. Manuel pratique des soins aux nouveau-nés en maternité, p.73-76. Disponible sur :

http://www.perinatfrance.org/upload/professionnelle/referentiels/LR/pediatric/MP2008/Manuel_pratique_soins_nouveau_nes_GEN_LR_2008.pdf (consulté le 27/01/14)

(57) INVS Bulletin épidémiologique hebdomadaire thématique : Morts inattendues du nourrisson 22 janvier 2008/n°3-4

Disponible sur:

http://www.invs.sante.fr/beh/2008/03_04/beh_03_04_2008.pdf (consulté le 15/02/14)

(58) Collin R./Branger B. après avis de N. Winer, L. Sentilhes, Ph. Gillard, J.Esbelin, B. Leboucher, C. Flamant, S. Denizot, JP. Brossier, C. Quelen. *Les leçons du Staff Intermaternités 2013*. Disponible sur :

<http://www.reseau-naissance.fr/module-Contenus-viewpub-tid-1-pid-5.html> (consulté le 14/02/14)

-Davrieux L., Dubois Regnault M. *Le Peau à Peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance* [Paris] Université Paris Descartes Faculté de médecine Paris Descartes Ecole de Sages-femmes Baudelocque 2012. 69 p

-Jonas W., Wiklund I., Nissen E. et al. Newborn skin temperature two days postpartum during breastfeeding related to different labour ward practices. *Early Human Development* 2007 ; vol.83 (1), p. 55-62

-Loreiller-Martinez A., Dageville C. *Pratique et surveillance du peau-à-peau en salle de naissance chez le nouveau-né bien portant* [Nice] Université de Nice Sophia-Antipolis Faculté de médecine Ecole de Sages-femmes de Nice 2009. 62 p

-Corre T. *Pratique et surveillance du peau-à-peau en salle de naissance dans une CHU de niveau III* [Rennes] Ecole de Sages-femmes de Rennes 2012. 48 p.

PROTOCOLE PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE

Responsabilité : sages femmes, aides soignantes, auxiliaires de puériculture, médecins pédiatres.

I-Définition et avantages

Contact tactile, précoce et prolongé (> 1 heure) entre le nouveau-né et sa mère dès la naissance et dans le post partum immédiat.

Avantages du peau à peau :

- Il participe au maintien d'une stabilité thermique et respiratoire chez le nouveau-né.
- Il permet une limitation des dépenses énergétiques (diminution de l'importance des pleurs).
- Il favorise le lien mère-enfant.
- Il favorise l'allaitement maternel.
- Il a un effet antalgique notamment en cas de naissance difficile et/ou d'examen douloureux réalisé sur le nouveau-né.

Risques du peau à peau : l'arrêt cardio-respiratoire

Le plus souvent les **malaises graves** des nouveau-nés installés en peau à peau en salle de naissance, surviennent chez l'enfant né à terme, sans pathologie, de mère primipare, après un travail long.

II-Réalisation du peau à peau :

Le peau à peau nécessite une surveillance rapprochée (1 fois toutes les 20 minutes minimum) avec une traçabilité de cette surveillance et éventuellement la pose d'un saturomètre sur avis pédiatrique

1-avec une surveillance rapprochée :

- Mère sans pathologie / accouchement eutocique
- Et nouveau-né >37 SA sans pathologie
- Et bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (Apgar>7 à 5 minutes)
- Et présence d'une tierce personne obligatoire (papa ou autre)
- Et surveillance possible en fonction de l'activité obstétricale, l'équipe soignante reste seule juge de la faisabilité du peau à peau au niveau organisationnel

2- sur avis médical pédiatrique, avec une surveillance rapprochée et la pose d'un saturomètre :

La surveillance par saturomètre ne dispense pas d'une surveillance physique par les professionnels.

- RCIU
- pH<7
- Nouveau-né entre 35 SA et 37 SA
- Pathologies fœtales

III-Pratique du peau à peau :

1-Conditions d'installation :

- Mère en position semi-assise (proclive 30°) ET disponible.
- Nouveau-né séché, mis sur la poitrine de la mère ou du père, en position ventrale, tête sur le côté, cou non fléchi, nez bien dégagé (non confiné entre les seins de sa mère). Le nouveau-né est nu (avec ou sans couche), la tête couverte par un bonnet et le corps recouvert d'un linge qui laisse le visage dégagé.
- Surveillance rapprochée en alternance avec la sage-femme et l'aide-soignante et notée sur la feuille de surveillance néo-natale.

2-Information et place du père :

Sensibiliser les parents en donnant des explications claires sur la position, la surveillance et les risques d'arrêt cardio-respiratoire avant le début du peau à peau (expliquer les risques le mieux possible sans faire peur ni culpabiliser) cf annexe 1

- Le peau à peau peut être réalisé par le père.
- Le père ne peut en aucun cas remplacer le professionnel pour la surveillance.

3-Durée du peau à peau :

bébé groupe 1 = 2 heures et plus.

bébé du groupe 2 : < 30 minutes.

Annexe 1 : Exemple d'information que l'on peut donner aux parents :

Madame, Monsieur,

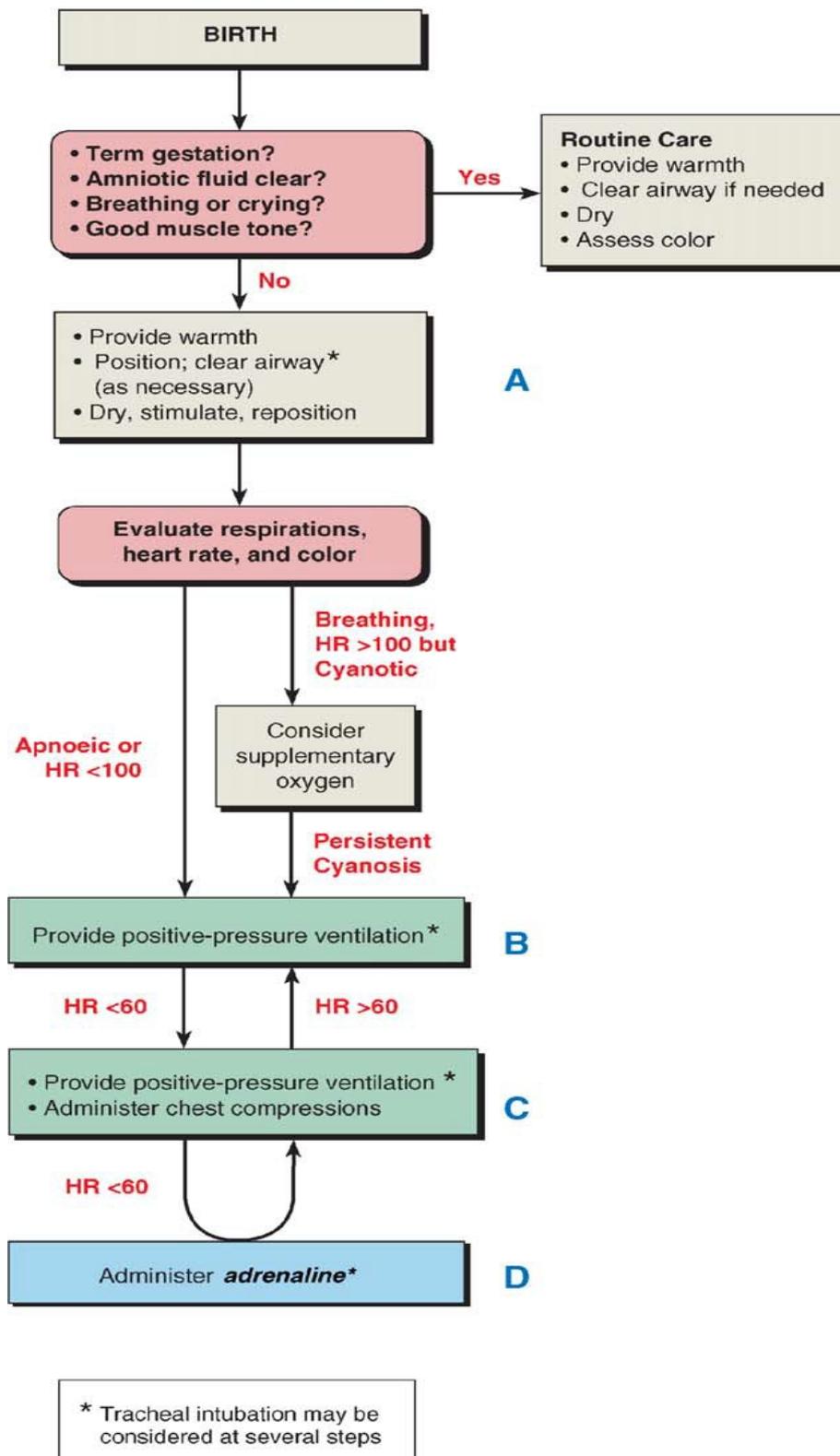
Votre bébé vient de naître. Nous allons vous proposer de le **mettre en peau-à-peau sur la poitrine de la mère ou du père**. Cette position permet de garder sa température, de mettre en place les premières tétées et de favoriser le lien mère-enfant.

Cependant, certains bébés ou certaines mères ne sont pas très à l'aise dans cette position, et de rares complications ont été observées. Pour cette raison, une surveillance régulière est nécessaire, mais, en fonction du travail dans les autres salles d'accouchement, les professionnels ne seront pas toujours à même de l'effectuer.

Ainsi, si vous acceptez, et si cela est possible pour les professionnels, nous vous demandons de bien veiller aux consignes suivantes :

- vous êtes en position semi-assise et disponible,
- le bébé est mis sur le côté, nu avec ou sans couche, et recouvert d'un linge,
- son visage et ses narines doivent être bien dégagés,
- le bébé pourra être équipé d'un capteur du pouls ou de l'oxygénation.

En cas de fatigue ou de difficultés, ou si vous constatez des mouvements ou des « bruits » faits par le bébé, merci d'en avvertir les professionnels. Vous pouvez demander à tout moment que l'on mette le bébé dans un berceau ou dans une couveuse. Nous sommes à votre disposition pour toute aide ou tout renseignement.





Les 12 recommandations

En souligné, ce qui concerne les nouveau-nés prématurés ou malades.

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. Informer de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. Maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 semaines d'aménorrhée.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant. Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation, alors que leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui.

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant. Observer le comportement de l'enfant. Débuter les tétées au sein dès que l'enfant est stable (Pas de limitation liée au poids ou à l'âge gestationnel). Réfléchir aux stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9. Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités. Réserver l'usage des sucettes aux situations particulières (suction non nutritive...)

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.



Après la naissance, j'ai avant tout besoin d'être là

Philippe Marquis/Tony

INITIATIVE HÔPITAL



AMI DES BÉBÉS

amis-des-bebes.fr

Les bébés qui font du peau à peau précoce et prolongé présentent une meilleure adaptation à la naissance pour le maintien de la température, la fréquence cardiaque, l'oxygénation et la glycémie. En continuité sensorielle avec leur mère, ils sont plus apaisés, pleurent peu et tétent plus facilement.

Comment faire du peau à peau en salle de naissance en toute sécurité ?

Installez le bébé et la maman correctement

- Mère légèrement redressée (pas à plat)
- Bébé à plat ventre contre sa mère
- Tête tournée sur le côté
- Visage bien visible, non enfoui
- Nez et bouche bien dégagés, non recouverts
- Cou non fléchi
- Avec une couverture sur le dos

Surveillez régulièrement la couleur et le comportement du bébé

- Ne laissez pas le bébé et sa maman seuls si elle s'endort ou risque de s'endormir
- Si personne ne peut rester avec la maman et son bébé, surveiller la fréquence cardiaque et la saturation du bébé



AFPA
ASSOCIATION FRANÇAISE
DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE

Annexe 5 : Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau-à-peau en salle de naissance- Recommandations RSN 2013

Peau-à-peau en salle de naissance - RSN - Juillet 2013

- Contre-indications à la mise en peau-à-peau en salle de naissance

La mise en PAP est un acte médical qui a ses indications et ses contre-indications. En cas de contre-indications dans les deux heures suivant la naissance, le PAP ne doit pas être mis en place, ou, s'il était débuté, il doit être interrompu. Une information auprès des professionnels et des usagers doit intégrer que le PAP peut être remis en cause à tout moment.

- ▶ **Refus de la mère**
 - ✓ Refus explicite de la mère,
 - ✓ Accouchement sous X sauf demande.
- ▶ **Conditions de surveillance en salle de naissance non respectées**
 - ✓ Surveillance régulière impossible, en raison d'une activité importante au bloc obstétrical (nombre, pathologies), ou de la non-disposition de la sage-femme au bloc obstétrical.
- ▶ **Mère qui n'est pas en situation de surveiller son nouveau-né sans aide extérieure**
- ▶ **Nouveau-né qui n'est pas estimé « normal » [35]**
 - ✓ Nouveau-né « non vigoureux »
 - ✓ Nouveau-né avec asphyxie et ischémie pendant le travail,
 - ✓ Nouveau-né avec des problèmes d'adaptation à la naissance : apgar à 5 minutes < 7,
 - ✓ Nouveau-né malformé avec conséquences vitales,
 - ✓ Nouveau-né avec détresse respiratoire : nouveau-né qui geint, qui respire vite, qui a une détresse respiratoire (Silverman > 2)
 - ✓ Nouveau-né de mère avec des médicaments dépresseurs respiratoires (β -bloquants..)

- Modalités de mise en peau-à-peau

Une information doit être donnée aux parents avant la mise en PAP :

- ▶ **Principes d'information**
 - ✓ Libre choix de la mère et du couple,
 - ✓ Expliquer les risques le mieux possible sans faire peur ni culpabiliser.
- ▶ **Moment de l'information**
 - ✓ Pendant la préparation à l'accouchement,
 - ✓ Après la naissance, avant la proposition.

Madame, Monsieur,

Votre bébé vient de naître. Nous allons vous proposer de le mettre en peau-à-peau sur la poitrine de la mère ou du père. Cette position permet de garder sa température, de mettre en place les premières tétées et de favoriser le lien mère-enfant.

Cependant, certains bébés ou certaines mères ne sont pas très à l'aise dans cette position, et de rares complications ont été observées. Pour cette raison, une surveillance régulière est nécessaire, mais, en fonction du travail dans les autres salles d'accouchement, les professionnels ne seront pas toujours à même de l'effectuer.

Ainsi, si vous acceptez, et si cela est possible pour les professionnels, nous vous demandons de bien veiller aux consignes suivantes :

- vous êtes en position semi-assise et disponible,
- le bébé est mis sur son ventre, nu avec ou sans couche, et recouvert d'un linge,
- son visage et ses narines doivent être bien dégagés,
- le bébé pourra être équipé d'un capteur du pouls ou de l'oxygénation.

En cas de fatigue ou de difficultés, ou si vous constatez des mouvements ou des « bruits » faits par le bébé, merci d'en avvertir les professionnels. Vous pouvez demander à tout moment que l'on mette le bébé dans un berceau ou dans une couveuse. Nous sommes à votre disposition pour toute aide ou tout renseignement.



Lorsqu'une indication de PAP est portée, les modalités d'installation et de surveillance sont les suivantes :

- ▶ **Environnement de la salle de naissance**
 - ✓ Température de la pièce entre 22° et 24° C,
 - ✓ Luminosité suffisante pour voir la couleur du nouveau-né.

- ▶ **Mère ou père**
 - ✓ Position semi-assise (en fauteuil pour le père),
 - ✓ Poitrine nue,
 - ✓ Possibilité d'appel (sonnette pour appel des professionnels),
 - ✓ Disponibilité permanente (exemple : absence de téléphone pendant le peau-à-peau).

- ▶ **Nouveau-né**
 - ✓ Nu avec ou sans couche (selon demande des parents),
 - ✓ Mis sur la poitrine de la mère ou du père,
 - ✓ En position ventrale, tête sur le côté, cou non fléchi, nez bien dégagé (tête non fléchie) (voir les recommandations du RSN concernant le nouveau-né normal revues; voir aussi d'autres avis [36],
 - ✓ Tête recouverte d'un bonnet,
 - ✓ Corps recouvert d'un linge en dégageant le visage.
Il faut s'assurer que le nouveau-né ne puisse pas glisser avec risque de chute.

- ▶ **Surveillance**
 - ✓ Personnel présent et surveillance régulière : le groupe de travail n'a pas établi de nombre nécessaire de personnels, ni de périodicité précise pour la surveillance,
 - ✓ Remplissage de la fiche de surveillance par un professionnel (voir infra).

- ▶ **Mesure de la saturation et du pouls néonatal par voie transcutanée en salle de naissance**
 - ✓ En cas d'impossibilité d'une surveillance régulière par les professionnels,
 - ✓ Modalités
 - Saturation ou scope qui peut être le matériel dédié à la mère si elle n'en a pas besoin,
 - Limite basse SaO₂ = 85% ; limite inférieure du pouls = 100 /min,
 - Alarme centralisée ou audible dans tout le bloc obstétrical.

<p>La surveillance par monitoring ne dispense pas d'une surveillance physique par les professionnels.</p>
--

- ▶ **En cas de césarienne**
 - ✓ Il n'y a pas de différences avec l'accouchement par voie basse,
 - ✓ Le PAP peut se faire en SSPI selon les organisations (bloc obstétrical isolé, ou bloc général commun)
 - ✓ La surveillance de la femme et du nouveau-né est généralement dévolue à l'équipe obstétricale
 - ✓ La pratique de la SaO₂ n'est pas liée directement à cette situation : la surveillance est possible sans SaO₂ si l'état de la mère, de l'enfant et l'environnement le permettent. Sinon, voir les aspects techniques de la mise sous SaO₂ et les alarmes selon l'architecture des locaux et l'éloignement du bloc obstétrical.

- ▶ **Entourage**
 - ✓ La présence du père ou d'un accompagnant est souhaitable, mais la surveillance ne repose sur l'entourage
 - ✓ Les personnes présentes de l'entourage doivent avertir en cas de problème ou en cas d'absence (voir fiche information).

- ▶ **Durée de la surveillance**
 - ✓ 2 heures (idem mère).

- ▶ **L'alimentation du nouveau-né**
 - ✓ Au moment décidé par la mère ou les professionnels.
- ▶ **Le moment de l'examen clinique du nouveau-né**
 - ✓ A la naissance : examen général par la sage-femme dans la salle de naissance ; la prise du poids est généralement faite à ce moment, mais peut être repoussée plus tard.
 - ✓ Ultérieurement, un examen plus approfondi sera effectué par le pédiatre, avec prise des mensurations.

Photo tirée de [3] prise par le père de l'enfant alors qu'il ignorait que l'enfant était décédé (visage enfoui)



- Résumé des indications, contre-indications et modalités

Contre-indications*	Indications avec saturomètre	Indications sans saturomètre
<ul style="list-style-type: none"> • Apgar 5 minutes < 7, ou pH artériel au cordon < 7.00, ou mauvaise adaptation (voir examen du pédiatre) • Malformations nécessitant une prise en charge rapide ou pouvant entraîner des problèmes respiratoires ou cardiaques • Mère dont la vigilance est insuffisante • Absence de possibilité de surveillance régulière visuelle ou par saturation/ scope NN 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau-né ayant présenté des problèmes mineurs, mais avec une bonne récupération • Pas de surveillance régulière possible, mais possibilité de réagir en cas d'alarme de saturation ou de scope du nouveau-né (alarme centralisée ou audible dans tout le bloc obstétrical) • Surveillance régulières toutes les 15 – 20 minutes par la sage-femme, en collaboration avec les autres personnels (aides-soignantes) • Traçabilité (fiche voir infra) 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de problème intra-utérin • Bonne adaptation à la vie extra-utérine • Examen clinique normal • Mère non fatiguée (voir détail) • Possibilité de surveillance régulière par le personnel : toutes les 5 à 10 minutes par la sage-femme ou l'aide-soignante • Aide de l'entourage possible • Traçabilité (fiche voir infra)

Annexe 6 : Recueil de données

Audit d'observation des indications et des modalités du peau-à-peau du nouveau-né dans les deux heures suivant la naissance

- Domaine

- ▶ Salle de naissance ou SPPI
- ▶ Nouveau-né à terme d'âge gestationnel de 36 SA et plus
- ▶ Singleton
- ▶ Peau-à-peau avec la mère ou le père

- ▶ *Ne sont pas concernés la mise en peau-à-peau dans les chambres de maternité ou en néonatalogie (« soins kangourou »), les malaises en chambre de maternité ou en néonatalogie (« co-sleeping », mort subite du nourrisson...). Exclusion prématurité*

- Description des conditions d'accouchement et du post-partum

Date naissance mère Parité (premier bébé = 1)

Origine géographique.....

Grossesse normale : 1.Oui 2. Non Sinon marquée par.....

Addictions : 1.Oui 2.Non 3.Non renseignées

si oui :

Accouchement

Date début travail Heure début travail

Anesthésie : 0. Aucune 1. APD 2. Rachi 3. APD+Rachi 4. AG

Heure de pose

Début : 1. Spontané 2. Maturation 3. Déclenchement 4. CS avant W

Si maturation : Date début maturation..... Heure.....

Si déclenchement : Heure début déclenchement.....

Si maturation/déclenchement : date et heure dernier repas.....

Fin : 1. VB spontanée 2. VB instrumentale 3. CS

ARCF pendant le travail : 1. Oui 2. Non

ARCF pendant l'expulsion : 1. Oui 2. Non

Morphiniques pendant accouchement : 1. Oui 2. Non Heure

LA : 1. Clair 2. Teinté 3. Méconial 4. Autre

Date accouchement Heure accouchement Terme en SA

Durée EE :

Suture Périnée : 0.Aucune 1.Episiotomie 2.Déchirure Durée suture :

Suite Accouchement : HPP 1. Oui 2. Non Heure du diagnostic.....

Quantité estimée (ml).....

Nombre de patientes présentes en salle de naissance :

-en travail :

-en pré-travail :

-en SSPI :

-patiente(s) ayant une (des) pathologie(s) : la(les)quelle(s) :

Composition de l'équipe (nombre) :

-SF :.....

-ESF :.....

-AP/AS :.....

Nombre de patientes à la charge de la SF responsable de l'accouchement :.....

Etat de l'enfant à la naissance

PN Apgar 1 min Apgar 5 min

pH artériel Lactates BE

Ventilation au masque : 1. Oui 2. Non Intubation : 1. Oui 2. Non

Signes particuliers à la naissance

Transfert du NN : 1. Oui 2. Non Heure transfert Service.....

Liquide gastrique prélevé : 1. Oui 2. Non Motif :.....

Réalisation Dextro 1. Oui 2. Non Motif..... heure..... résultat.....

Peau-à-peau

Fait : 1. Oui 2. Non Avec : 1. La mère 2. Le père 3. Les deux

Proposition de mise en PAP faite : 1. Oui 2. Non

Si OUI, proposition faite par : SF AP/AS ESF Autres

Si NON, pourquoi la proposition n'a pas été faite ?.....

Demande explicite (orale, projet de naissance...) de la mère et/ou des parents : 1. Oui 2. Non

Heure début Heure fin

Interruption 1. Oui 2. Non par A quelle heure

Tétée : Heure de la 1^{ère} 1. Sein 2. Biberon

Heure de fin Position revue pendant l'AM 1. Oui 2. Non

- Contre-indications à la mise en peau-à-peau en salle de naissance

0. Aucune 1. Au moins une

▶ Refus de la mère

- ✓ Demande explicite de la mère et/ou des parents de non mise en PAP
- ✓ Accouchement sous X

▶ Conditions de surveillance en salle de naissance non respectées

- ✓ Surveillance régulière (toutes les 10-15 minutes) impossible,
 - en raison d'une activité importante au bloc obstétrical (nombre, pathologies)
 - en raison de la charge de travail de la SF responsable de l'accouchement

▶ Mère avec pathologie ou qui n'est pas en situation de surveiller son bébé

- ✓ HPP*
- ✓ Travail long*
- ✓ Mère épuisée
- ✓ Défaut de disponibilité de la mère (barrière linguistique, pathologie(s) psychiatrique(s), handicap mental)
Autre(s) cause(s) d'indisponibilité de la mère.....
- ✓ Anesthésie générale ou analgésie par morphiniques
- ✓ Mère seule après la naissance
- ✓ Pathologie(s) maternelle(s) laquelle ou lesquelles.....

▶ **Nouveau-né qui n'est pas estimé « normal »**

- ✓ Nouveau-né « non vigoureux »*
- ✓ Nouveau-né avec asphyxie et ischémie pendant le travail
- ✓ Nouveau-né avec des problèmes d'adaptation à la naissance (Apgar<7) à 5 min.
- ✓ Nouveau-né malformé avec conséquences vitales
quelle(s) malformation(s).....
- ✓ Nouveau-né avec détresse respiratoire : nouveau-né qui geint, qui respire vite, qui a une détresse respiratoire (Silverman > 2)
- ✓ Nouveau-né avec bénéfices/risques
- ✓ Nouveau-né de mère avec des médicaments dépresseurs respiratoires (beta-bloquants..)

- Informations données aux parents

Une information sur le PAP a-t-elle été délivrée ? 1.Oui, complètement 2. Oui, partiellement
3.Très légèrement 4.Pas du tout

Si oui :

A qui l'information a-t-elle été délivrée ? : 1. La mère 2. Le père 3. Les deux

Type de l'information : Le(s) parent(s) a (ont)-il(s) été informé(s) :

-de la mise en position ventrale ? 1.Oui 2.Non

-de la position de la tête sur la côté ? 1.Oui 2.Non

-de la position avec le nez bien dégagé ? 1.Oui 2.Non

-des bénéfices du peau-à-peau ? 1.Oui 2.Non

Quel(s) bénéfice(s) leur a (ont) été énoncé(s) ?.....

-des risques du peau-à-peau ? 1.Oui 2.Non

Quel(s) risque(s) leur a(ont) été énoncé(s) ?.....

Moment de l'information : A quel moment le(s) parent(s) a (ont)-il(s) reçu l'information ?

- Pendant la grossesse ?

- Avant la naissance (salle d'accouchement/ pré-travail) ?

- Après la naissance ?

→avant l'installation en peau-à-peau ?

→au moment de l'installation en peau-à-peau ?

→pendant le peau-à-peau ?

Par quel(s) professionnel(s) l'information a t-elle été donnée ?

- Une sage femme libérale (dans le cadre du suivi de grossesse ou de la préparation à la naissance)

- Le médecin traitant

- Un gynécologue-obstétricien

- Une sage-femme en salle de naissance

- Un(e) auxiliaire de puériculture / aide soignant(e) en salle de naissance

- Autres précisez.....

La mère (parents) a (ont) clairement exprimé leur consentement ?

1.Oui, complètement 2. Oui, tacitement 3.Non

- Modalités de mise en peau-à-peau▶ **Lieu**

- ✓ 1. Salle de naissance 2. SPPI 3. Autre lieu

▶ **Environnement de la salle de naissance**

- ✓ Luminosité :

- 1. lumière du jour 2. lumière blanche 3. veilleuse 4. noir

- ✓ Possibilité d'appel (sonnette à disposition) ? 1. Oui 2. Non

- ✓ Présence de téléphone portable pendant le peau-à-peau ? 1. Oui 2. Non

- ✓ Si oui, proposition d'éteindre le téléphone portable en SDN ? 1. Oui 2. Non

▶ **Mère**

- ✓ Position : 1. semi-assise 2. assise 3. allongée sur le côté 4. allongée sur le dos

- ✓ Poitrine : 1. nue 2. semi-couverte 3. non dénudée

▶ **PAP avec le père**

- ✓ Fauteuil Déambulation

- ✓ Poitrine : 1. nue 2. semi-couverte 3. non dénudée

▶ **Nouveau-né**

- ✓ 1. Nu 2. Habillé

- 1. Avec couche 2. Sans couche

- ✓ 1. Mis sur la poitrine de la mère/père 2. dans les bras mère/père

- 3. allongé à côté de la mère

- ✓ En position : 1. ventrale 2. sur le côté 3. sur le dos

- ✓ 1. Tête sur le côté 2. Tête enfouie dans la poitrine

- ✓ 1. Nez bien dégagé (tête non fléchie) 2. Tête fléchie

- ✓ Tête : 1. recouverte d'un bonnet 2. nue 3. nue recouverte par le linge

- ✓ Corps : 1. nu non recouvert 2. nu recouvert d'un linge, visage dégagé

- 3. nu recouvert d'un linge, le visage n'est pas dégagé

- ▶ **Surveillance** : 1. régulière, régulièrement tracée 2. régulière, non régulièrement tracée 3. Non régulière

- ▶ **Mesure de la saturation et du pouls néonatal par voie transcutanée en salle de naissance** : SaO₂ : 1. Oui 2. Non Scope : 1. Oui 2. Non

▶ **Entourage**

- ✓ Présence du père ou de l'accompagnant : 1. constante 2. Intermittente 3. Pas d'accompagnant

- ✓ Si absence ponctuelle, avertissement de l'équipe 1. Oui 2. Non

Heure de l'examen clinique du nouveau-né

Annexe 7 : Score d'Apgar et Score de Silverman [56]

Score d'Apgar

	0	1	2
Fréquence cardiaque (en battements par minutes)	absente	< 100	> 100
Activité respiratoire	absente ou quasi-nulle	lente ou irrégulière	régulière
Réactivité à la stimulation	nulle	grimace ou léger mouvement	cri
Tonus musculaire	hypotonie	légère flexion des extrémités	bon tonus en flexion
Coloration cutanée	pâleur ou cyanose généralisée	imparfaite, cyanose des extrémités	uniformément rose

Score > à 7 : BAVEU

Score compris entre 3 et 7 : situation intermédiaire

Score < à 3 : état de mort apparente

Score de Silverman

	0	1	2
Battements des ailes du nez	absent	modéré	intense
Tirage	absent	intercostal	intercostal et sus-sternal
Geignement expiratoire	absent	au stéthoscope	À l'oreille
Entonnoir xyphoïdien	absent	modéré	intense
Balancement thoraco-abdominal	respiration synchrone	thorax immobile	respiration paradoxale

Le score normal est 0

Détresse respiratoire minime : score < 4

Détresse respiratoire modérée : score entre 4 et 5

Détresse respiratoire sévère : score > 6

Annexe 8 : Tableau résumant la courbe d'Usher et Mclean pour la définition du RCIU et de la macrosomie, nouveau-nés à risque d'hypoglycémie (Service de Gynécologie-Obstétrique Médecine fœtale et de la reproduction, CHU Nantes. *Mémento Gynécologie Obstétrique*, juillet 2013. p.363).

Age gestationnel en SA	Poids en grammes (RCIU < 2 DS)	Poids en grammes (Macrosomie > 2 DS)
36	1890	3290
37	2120	3610
38	2330	3930
39	2500	4220
40	2560	4400
41	2600	4500

Annexe 9 : Éléments de prévention des malaises des nouveau-nés en salle de naissance,
RSN 2006

Six éléments de prévention pour les nouveau-nés en salle de naissance dans les deux premières heures 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 lampe chauffant) ;

recouvrir d'un linge en laissant le visage dégagé et visible (un bonnet peut être porté) ;

mettre le nouveau-né plutôt sur le côté sur la poitrine de la mère, et le disposer sur le ventre au moment de la tétée (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 ensemble ; la présence du père ou d'un familial n'est pas une garantie de surveillance de qualité.

Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau à peau en salle de naissances.

I - Objet

Décrire les indications et les modalités de surveillance du nouveau-né à terme en peau à peau en salle de naissances.

II - Domaine d'application

Concerne tous les nouveau-nés à terme, d'âge gestationnel supérieur à 36 SA en dehors des contre-indications.

S'applique aux auxiliaires de puériculture et aides-soignantes, aux sages-femmes, aux puéricultrices et aux pédiatres en salles de naissances.

III - Documents associés

Commission pluridisciplinaire du Réseau Sécurité Naissance 4 Juillet 2013

Compte-rendu des réunions du groupe de travail sur le peau à peau

Document d'information parent sur le peau à peau

Feuille de surveillance nouveau-né en salle de naissances.

IV - Définitions

Le contact peau à peau précoce commence immédiatement après la naissance et consiste à placer le nouveau-né nu (avec ou sans couche) bien portant, ne présentant aucun signe de détresse et sans risque prévisible de décompensation brutale, sur la poitrine nue de la mère ou de l'accompagnant.

Le nouveau-né est mis sur son ventre : peau à peau ventral, sur le dos : peau à peau dorsal, ou sur le côté : peau à peau latéral.

En cas de contre-indication dans les deux premières heures suivant la naissance, le peau à peau ne doit pas être mis en place ou s'il était débuté, il doit être interrompu.

V - Contre-indications

Refus explicite de la mère ou de l'accompagnant.

Mère dont la vigilance est insuffisante (fatigue excessive, médication ...)

Nouveau-né dont l'adaptation a nécessité l'intervention du pédiatre à la naissance

Absence de possibilité de surveillance régulière par l'équipe pour le peau à peau ventral

VI - Modalités de mise en peau-à-peau

– Information

Une information doit être donnée aux parents avant la mise en peau à peau. Elle pourra être réalisée :

- en anténatal par écrit (document écrit DMA 045 : trousseau)
- lors d'entretien en préparation à la naissance, en consultation.
- avant ou après la naissance grâce au document affiché en salle de naissances.

L'équipe soignante pourra répondre à tout moment aux questions des parents concernant le peau à peau.

– Environnement

La température de la pièce est entre 22 et 24 °C.

La lumière est douce mais doit être suffisante pour apprécier la couleur du nouveau-né.

Le nouveau-né est recouvert de linge chaud (serviette) et d'un bonnet.

– Examen clinique

La sage-femme réalise un examen clinique minimum du nouveau-né afin de confirmer une bonne adaptation cardio-respiratoire, et l'absence de malformations évidentes. L'installation du nouveau-né pourra être réalisée.

La pesée du nouveau-né est différée à la fin du peau à peau ou au retour en chambre.

– Installation : le peau à peau ventral

Pour la mère ou l'accompagnant :

Position semi-assise (au fauteuil pour l'accompagnant), poitrine nue, possibilité d'appel (sonnette pour appel des professionnels) et disponibilité permanente (ex : pas d'utilisation du téléphone portable pendant le peau à peau).

Pour le nouveau-né :

Nu (avec ou sans couche), séché et mis sur la poitrine de la mère ou de l'accompagnant

En position ventrale, tête sur le côté, cou non fléchi, nez bien dégagé,

Le nouveau-né a la tête recouverte d'un bonnet et le corps recouvert d'une serviette avec le visage dégagé.

Il faut s'assurer que le nouveau-né ne puisse pas glisser.

– Surveillance

La surveillance est assurée par le personnel présent en salle de naissances : elle concerne la position, la coloration, le tonus et l'activité du nouveau-né.

Cette surveillance est tracée toutes les 10 mn sur le document écrit placé en salle et doit être émarginé à chaque fois. Sa durée est de 2 heures.

Elle sera réalisée en préservant l'intimité des parents et du bébé, la présence d'un accompagnant est souhaitable mais ne se substitue pas à la vigilance des soignants.

La surveillance doit être renforcée pour les mères primipares et pour toutes les mères non accompagnées.

La durée de cette période de peau à peau est fonction du désir des parents et peut être prolongée au retour dans la chambre.

Lorsque tous les critères de surveillance sont respectés et en dehors des cas particuliers, l'utilisation du saturomètre n'est pas nécessaire.

V – Cas particuliers

– *Utilisation du saturomètre*

L'utilisation du saturomètre est indiquée :

- sur indication pédiatrique.

- - *le saturomètre ne se substitue pas à la surveillance clinique des soignants. Lorsque la surveillance du peau à peau ventral ne pourra pas se faire toutes les 10 mn, on privilégiera une autre position du nouveau-né. (peau à peau dorsal ou latéral)*

–

- *Le nouveau-né d'âge gestationnel inférieur à 36SA*

Cette prise en charge fait l'objet d'une autre procédure.

– *Cas de la césarienne*

La naissance par césarienne permet la mise en place du peau à peau au retour du bloc opératoire lorsque toutes les conditions d'installation et de surveillance sont réunies.

Information disponible dans le livret de la maternité

Peau-à-peau avec votre bébé

Bienfaits de cette pratique :

Dès sa naissance, et en l'absence de contre-indication, nous vous proposerons de garder votre bébé **en peau à peau**. Cette position lui permet de maintenir sa température, favorise la rencontre parents-bébé, et la mise en route de l'allaitement. Elle permet aussi à votre bébé de vivre en douceur la transition entre sa vie aquatique et sa vie aérienne en retrouvant des sensations de sa vie in-utéro.

En toute sécurité :

Si vous souhaitez avoir votre bébé en peau à peau et si le personnel soignant est disponible pour s'assurer que les conditions du peau à peau sont optimales, nous voulons vous sensibiliser à quelques recommandations :

- vous serez installée en position semi-assise et **entièrement disponible** à votre bébé,
- votre bébé sera nu contre vous, avec ou sans couche, et recouvert d'une couverture,
- sa tête tournée sur le côté, permettant à son visage et à ses narines d'être bien dégagés.

A tout moment, vous pourrez interrompre le peau à peau, si cette position vous devenait inconfortable, en cas de fatigue excessive qui altérerait votre vigilance, ou en cas de changement de comportement de votre bébé. Il en sera de même si le personnel le juge nécessaire.

Votre vigilance étant complémentaire de notre surveillance, merci de ne pas utiliser votre téléphone portable lors de ce moment privilégié.

Tout au long de votre grossesse et en salle de naissance, vous pourrez demander des informations complémentaires aux professionnels que vous rencontrerez.

Information disponible en salle de naissance dans la maternité A

Votre bébé vient de naître
Nous vous proposons de le garder en peau à peau

Quels avantages :

- maintenir sa température,
- favoriser la rencontre parents-bébé,
- faciliter la mise en route de l'allaitement.
- permettre à votre bébé de vivre en douceur la transition entre sa vie aquatique et sa vie aérienne,
- retrouver des sensations de sa vie in-utéro.

Comment être bien installé en toute sécurité ?

- mère en position semi-assise,
- bébé à plat ventre contre sa mère,
- sa tête est tournée sur le côté,
- visage bien visible, non enfoui,
- nez et bouche bien dégagés, non recouverts
- cou non fléchi,
- avec une couverture sur le dos.

Nous surveillons régulièrement la couleur et le comportement de votre bébé

Votre vigilance est complémentaire de notre surveillance, nous vous remercions de nous solliciter à tout moment si :

- cette position vous devenait inconfortable
- en cas de fatigue excessive qui altérerait votre vigilance
- ou en cas de changement de comportement de votre bébé

Afin de profiter au mieux de ce moment privilégié, nous vous conseillons :

- de ne pas utiliser votre portable
- de prévenir l'équipe soignante si l'accompagnant doit s'absenter

Si vous le souhaitez cet échange en peau à peau peut aussi se faire avec le papa et peut se prolonger après le retour en chambre.



Partageons plus que l'assurance



Point Vigilance n°2/ déc. 2012

Séquelles anoxiques consécutives aux accidents de mise peau à peau des nouveaux-nés

Les médecins conseils Sham ont traité récemment plusieurs dossiers de demande d'indemnisation pour décès ou séquelles graves par anoxie cérébrale consécutifs à une mise peau à peau des nouveau-nés avec leur mère.

Depuis 2002, la Haute Autorité de Santé fait légitimement la promotion de l'établissement d'un contact « peau à peau » entre les mères et les nouveau-nés (hors détresse vitale) dont l'objectif est de favoriser le démarrage de l'allaitement maternel. Le dernier document de la HAS sur ce sujet date de 2006 (disponible sur www.has-sante.fr).

Il est notamment recommandé de « placer les bébés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure » et « d'informer les parents sur la bonne position du nouveau-né (face à la mère) ». En parallèle, il est aussi rappelé qu'il faut « définir les pratiques habituelles de surveillance et de soins aux nouveau-nés en salle de naissance pour favoriser un allaitement précoce tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant ».

Les experts étant intervenus dans les dossiers que Sham a en gestion ont évoqué les mécanismes de survenue suivants :

- une asphyxie mécanique liée à l'obstruction des voies aériennes supérieures,
- une apnée réflexe sur hypercapnie et/ou une hyperthermie,
- une apnée réflexe par stimulations des afférences trigémინées par simple pression sur le visage des afférences pharyngées, par obstruction des voies aériennes supérieures ou du nerf laryngé supérieur, par stimulation mécanique ou chimique (liquide gastrique) du larynx entraînant un arrêt respiratoire lié à l'immaturité des réflexes de contrôle de la ventilation

Sur le plan médico-légal, les points suivants ont été soulevés et discutés par les experts judiciaires ou CRCI (plusieurs dossiers cumulés) :

- le non-respect des mesures de prévention de la mort subite du nourrisson adaptées à la salle de naissance et que l'on peut rappeler : bébé séché, visage non recouvert, VAS libres non confinées entre les seins de sa mère, en position PLS (les deux bras et deux genoux du même côté et non pas à plat ventre avec un bras de part et d'autre du corps),
- l'absence de surveillance continue (visuelle ou instrumentale) alors même qu'elle était prévue dans le protocole en vigueur dans l'établissement,
- le manque de coordination sage-femme / infirmière SSPI,
- l'absence d'un berceau en salle SSPI où avait été installée une patiente après une césarienne, ce qui a conduit à une prolongation du peau à peau.

—

Bien plus qu'un assureur,

Sham est le partenaire de la prévention et la gestion de vos risques.