

# **PRATIQUE DU PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE A LA CLINIQUE DURIEUX**



**Katia MOCHEL**

**Travail réalisé dans le cadre de la formation**

**« Pratique du consultant IBCLC et préparation à l'examen international IBLCE »**

**REFAM**

## **REMERCIEMENTS**

Merci à mes collègues, qui ont tous répondu à mon questionnaire et pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon mémoire.

Merci à Danièle BRUGUIERES, pour sa lecture attentive, ses conseils avisés et ses encouragements. Merci également pour cette formation qui m'a tant apporté et m'a fait évoluer dans ma pratique.

Merci à Blandine, pour ses conseils, ses remarques pertinentes et son soutien sans failles... Merci surtout parce que tu es toujours là...

Merci à David, pour son soutien, ses encouragements et la prise en charge de la maison...

Merci à Julie et Antoine, pour leur tendresse. Mais aussi parce qu'ils ont fait de moi la maman que je suis, peut-être même la sage-femme que je suis...

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Présentation du service de maternité de la clinique Durieux .....</b>	<b>2</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>2</b>
<b>Présentation des résultats .....</b>	<b>3</b>
1. <i>Caractéristique de la population .....</i>	3
2. <i>Modalité du peau à peau .....</i>	4
3. <i>Installation du bébé en peau à peau .....</i>	4
4. <i>Durées du peau à peau.....</i>	5
5. <i>Bénéfices du peau à peau.....</i>	7
6. <i>Risques et contre-indications du peau à peau en salle de naissance .....</i>	7
7. <i>Surveillance du nouveau-né en peau à peau.....</i>	8
8. <i>Besoins et suggestions du personnel.....</i>	10
<b>Analyse et discussion .....</b>	<b>11</b>
1. <i>Peau à peau : en routine ou au cas par cas ?.....</i>	11
2. <i>Les modalités du peau à peau : précoce et interrompu ou entrecoupé par les soins ?.....</i>	12
3. <i>Les connaissances de l'équipe sur le peau à peau.....</i>	14
4. <i>Les risques du peau à peau.....</i>	18
5. <i>Les contre-indications du peau à peau .....</i>	19
6. <i>La surveillance du peau à peau .....</i>	19
7. <i>Les attentes des soignants .....</i>	20
<b>Conclusion .....</b>	<b>21</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>23</b>
<b>Annexe 1 : Courrier aux collègues et questionnaire de l'étude .....</b>	<b>25</b>
<b>Annexe 2 : Protocole régional Ile de la Réunion : accueil du nouveau-né en salle de naissance.....</b>	<b>29</b>

## INTRODUCTION

Dans la dernière version des conditions pour le succès de l'allaitement, l'OMS recommande de « 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 ». Cet énoncé implique de proposer systématiquement un contact peau à peau précoce et ininterrompu après la naissance pendant au moins 1 heure (1).

La pratique du peau à peau favorise l'allaitement maternel dans sa durée et son exclusivité et présente également d'autres nombreux bénéfices pour la mère et l'enfant. Elle permet un meilleur attachement mère-enfant, une meilleure régulation métabolique et thermique, elle facilite la transition entre la vie intra et extra-utérine, elle améliore le bien-être du nouveau-né, elle a un effet anxiolytique et elle permet au bébé d'être colonisé par la flore bactérienne maternelle (2).

L'objectif de cette étude était de connaître les pratiques du personnel de la maternité de la clinique Durieux, dans laquelle je travaille, quant à cette recommandation pour le succès de l'allaitement maternel.

Dans un premier temps, j'ai donc évalué la pratique du peau à peau en salle de naissance à l'aide d'un questionnaire auprès de mes collègues. Avec l'analyse des réponses, j'ai essayé d'identifier les obstacles à un contact peau à peau précoce et ininterrompu, c'est-à-dire depuis la naissance et pendant au moins 1 heure, quand l'état de la mère et de l'enfant le permet. Enfin, j'ai émis des propositions afin de faciliter la mise en œuvre du peau à peau entre la mère et son enfant en salle de naissance à la clinique Durieux.

## PRESENTATION DU SERVICE DE MATERNITE DE LA CLINIQUE DURIEUX

Le service de maternité de la clinique Durieux a ouvert au Tampon en 2000, c'est une maternité de niveau 1, c'est-à-dire qu'elle accueille des parturientes à terme et sans pathologie. Il s'y pratique actuellement environ 1000 accouchements/an et le service compte 23 lits.

Huit obstétriciens travaillent en maternité selon un planning de gardes et non pas spécifiquement pour leurs patientes.

Le service compte 16 sages-femmes et 13 auxiliaires de puériculture.

En journée il y a 1 sage-femme et 1 auxiliaire de puériculture en salle de naissance, 1 sage-femme et 1 auxiliaire de puériculture au service de suites de couches ; de plus en semaine 1 sage-femme supplémentaire travaille de 8 h à 15 h.

La nuit, en salle de naissance, il y a 2 sages-femmes et 1 auxiliaire de puériculture.

Chaque sage-femme a une grande autonomie dans son travail. Elle suit le travail de sa patiente avec une grande liberté. Le médecin est présent au moment de la naissance et n'intervient qu'en cas de besoin.

S'agissant du peau à peau, chaque sage-femme ou auxiliaire de puériculture a la même autonomie. Comme il n'y a pas actuellement de protocole spécifique au peau à peau dans notre maternité, j'ai eu le sentiment que les pratiques étaient diverses, ce qui a motivé mon souhait de réaliser une enquête auprès de mes collègues.

## METHODOLOGIE

L'étude a donc porté sur la pratique du peau à peau en salle de naissance à la clinique Durieux après une naissance par voie basse, quand la mère et l'enfant sont en bonne santé et que l'adaptation de l'enfant est satisfaisante. Les objectifs étaient les suivants :

- identifier les situations dans lesquelles les soignants proposaient le peau à peau après la naissance,
- définir les modalités pratiques de ce peau à peau et sa surveillance,
- lister les connaissances des soignants sur l'intérêt du peau à peau, ses risques et contre-indications,
- recueillir les suggestions des soignants pour une mise en œuvre plus systématique du peau à peau selon les préconisations de l'OMS.

L'enquête a été réalisée auprès de tous les soignants, sages-femmes et auxiliaires de puériculture de la clinique, à l'aide d'un questionnaire (cf. annexe 1). Celui-ci a été distribué entre le 4 et le 13 janvier 2014 de manière individuelle pour me permettre d'expliquer les objectifs de mon étude et l'importance de récupérer toutes les réponses dans les 15 jours. Pour les quelques personnes que je n'ai pas pu voir, j'ai laissé à leur intention le document en salle de naissance et je leur ai donné les informations par téléphone.

Ce questionnaire étant anonyme, une pochette a été laissée en salle de naissance jusqu'au 24 janvier 2014 afin d'y ranger les questionnaires complétés.

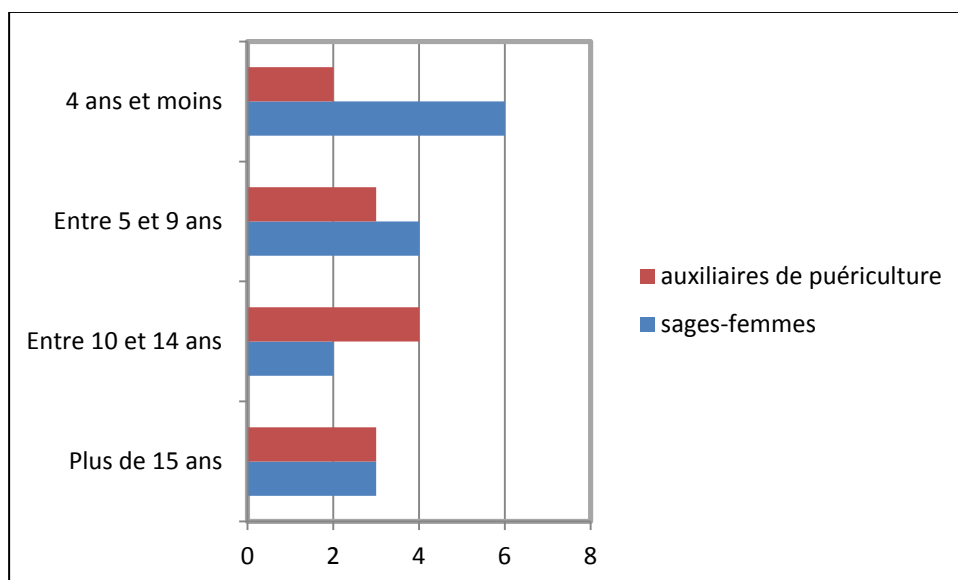
## PRESENTATION DES RESULTATS

### 1. Caractéristique de la population

Le questionnaire a été rempli par l'ensemble de mes collègues de maternité, soit 28 personnes, dont :

- 15 sages-femmes,
- 13 auxiliaires de puériculture.

La population des sages-femmes était plus récente dans la profession que les auxiliaires de puériculture : 40% des sages-femmes (6 sur 15) avaient moins de 4 ans d'ancienneté, tandis que 70 % (9 sur 13) des auxiliaires de puériculture avaient plus de 10 ans d'ancienneté.



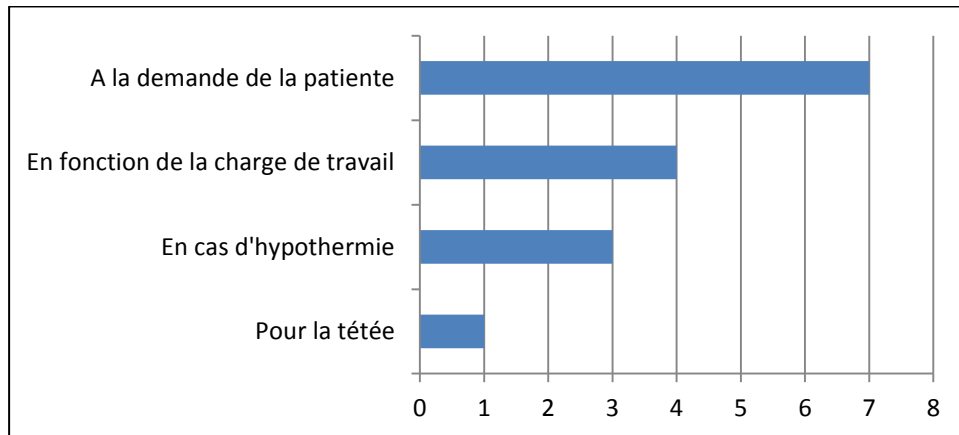
Graphique 1 : répartition des 28 soignants interrogés selon leur ancienneté dans leur profession.

## 2. Modalité du peau à peau

Tous les soignants interrogés proposaient le peau à peau en salle de naissance :

- 18 personnes, soit environ 2/3, de manière systématique ;
- 8 personnes, soit environ 1/4, au cas par cas ;
- 2 personnes n'ont pas répondu à la question.

Parmi les 8 personnes ayant répondu « au cas par cas », 7 ont cité la demande de la mère comme raison pour mettre l'enfant en peau à peau.

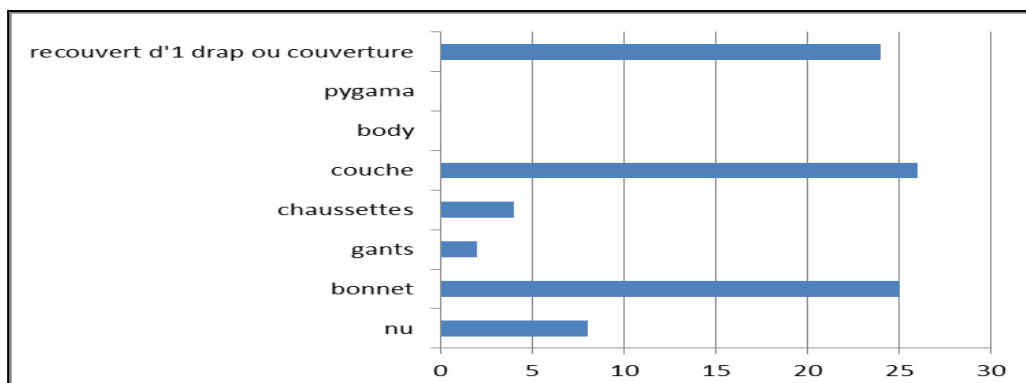


Graphique 2 : raisons de réaliser le peau à peau des 8 soignants qui le proposent au cas par cas (plusieurs réponses étaient possibles).

## 3. Installation du bébé en peau à peau

### 3a. Les vêtements

Pour la majorité des soignants, le bébé en peau à peau est recouvert d'un bonnet, porte une couche et est recouvert d'un drap ou d'une couverture. La situation du bébé habillé, d'un body ou d'un pyjama, n'a été citée par aucun soignant. Plusieurs soignants ont coché « le bébé est nu » et une autre réponse.



Graphique 3 : réponses des 28 soignants interrogés concernant les vêtements portés par le bébé en peau à peau.

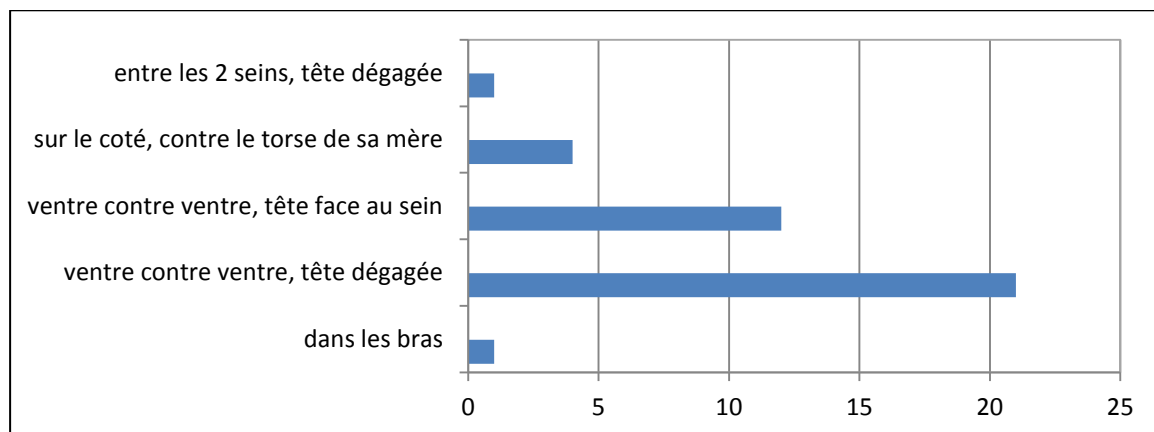
### 3b. Positionnement du bébé

Différentes réponses étaient possibles et certains soignants ont distingué la position du bébé pendant le peau à peau et au moment de la tétée.

La position la plus citée, par 21 soignants sur 28, était le bébé ventre contre ventre, tête bien dégagée. Pour 18 personnes c'est la seule position utilisée en dehors du moment de la tétée.

Le bébé était placé ventre contre ventre avec la tête face au sein de la mère pour 12 soignants mais pour 7 d'entre eux, cette position n'était utilisée qu'au moment de la tétée, alors que pour les 5 autres, cette position était citée pour toute la durée du peau à peau.

Dans les réponses les moins citées, 4 soignants utilisaient la position sur le coté contre le torse de la mère, dont 2 de manière systématique. Une personne a déclaré mettre le bébé dans toutes les positions proposés. Deux personnes ont signalé proposer également le peau à peau au papa.



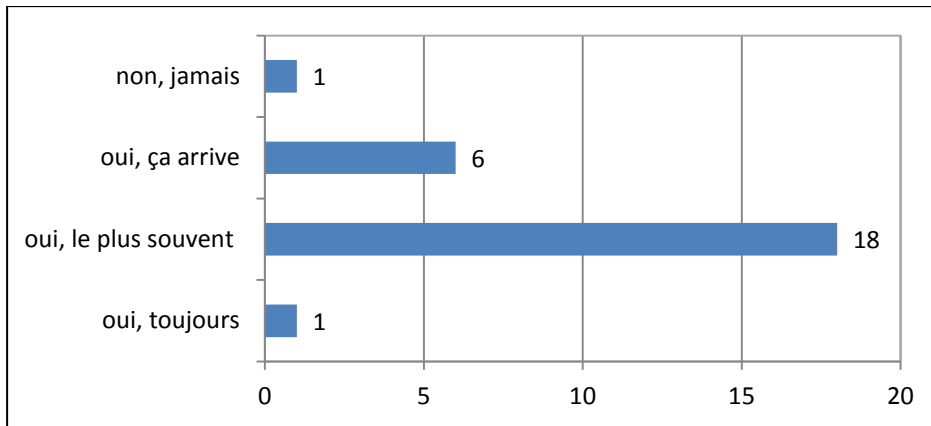
**Graphique 4 : réponses des 28 soignants interrogés sur la position du bébé pendant le peau à peau. Plusieurs réponses étaient possibles. A noter que la position « ventre contre ventre, tête face au sein », citée 12 fois, n'était en réalité utilisé qu'au moment de la tétée pour 7 de ces soignants.**

## 4. Durées du peau à peau

### 4a. Fréquence d'un peau à peau d'au moins 1 heure

Pour une majorité de soignants (18 sur 28, soit 64 %), le peau à peau avait lieu le plus souvent pendant au moins 1 heure ou jusqu'à la première tétée. Pour un soignant, cette durée était systématiquement respectée. Deux personnes n'ont pas répondu à cette question.



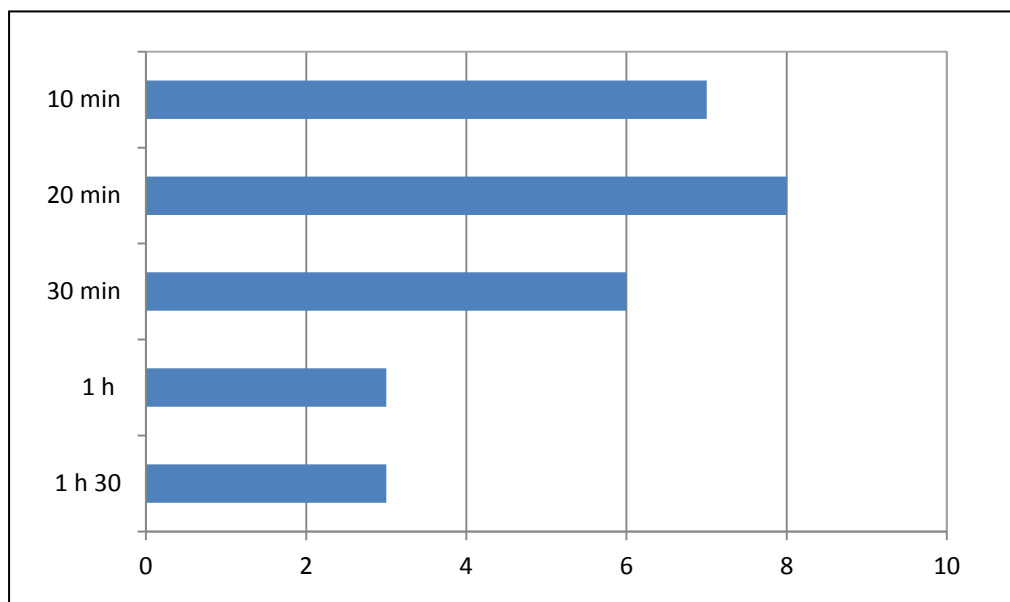


**Graphique 5 : estimation de la fréquence avec laquelle le peau à peau était poursuivi pendant au moins 1 heure ou jusqu'à la tétée par les 26 soignants (sur 28) qui ont répondu à cette question.**

#### **4b. Interruption et reprise du peau à peau pour les soins au nouveau-né**

Pour une majorité de soignants (21 sur 28), le peau à peau était interrompu pour pratiquer les soins du nouveau-né au bout de 10 à 30 minutes. L'interruption avait lieu au bout d'1 h 30 pour 3 soignants. Une personne a noté en commentaire, qu'elle réalisait les soins dès la naissance puis ramenait le bébé en peau à peau, le contact étant alors ininterrompu jusqu'au retour en chambre.

Une personne n'a pas répondu à cette question, car elle a estimé que la durée était variable et dépendante de la charge de travail en salle de naissance, du désir de la mère et des contraintes administratives (la nécessité de remplir les papiers d'accouchement).

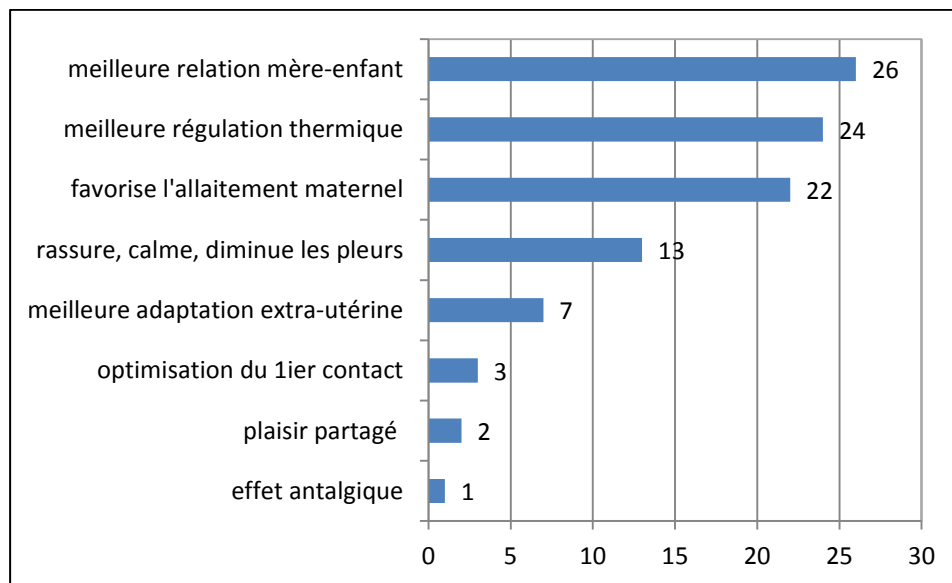


**Graphique 6 : temps au bout duquel le peau à peau était interrompu pour réaliser les soins au nouveau-né, selon les 27 soignants qui ont répondu.**

La réinstallation en peau à peau après les soins était systématique pour 9 soignants. La majorité des soignants (15 sur 28) a déclaré qu'elle était réalisée le plus souvent. Pour 4 soignants, cela arrivait plus rarement.

## 5. Bénéfices du peau à peau

Dans le questionnaire, il était demandé de lister au moins 5 bénéfices du peau à peau. Une personne n'a pas répondu à cette question, 10 soignants ont cité 5 bénéfices et 9 ont cité 4 bénéfices, qui sont présentés sur le graphique ci-dessous. Les réponses données par plus de 20 soignants concernent la relation mère-enfant, la régulation thermique et l'intérêt pour l'allaitement.



**Graphique 7 : Bénéfices du peau à peau cités par les 27 soignants qui ont répondu à la question.**

Sur les 28 soignants interrogés, 22 donnaient des informations concernant les bénéfices du peau à peau aux parents.

## 6. Risques et contre-indications du peau à peau en salle de naissance

### 6a. Risques du peau à peau

Ce point était abordé avec une question ouverte dans l'enquête. Trois personnes ne voyaient pas de risques à cette pratique et 2 personnes n'ont pas répondu à la question.

Tous les autres soignants (23 sur 28) considéraient qu'il existe des risques à la pratique du peau à peau. Les réponses peuvent être regroupées en 3 items principaux :

- L'item étouffement regroupe différentes réponses : étouffement du bébé lié à l'obstruction des voies aériennes supérieures par des glaires, du liquide amniotique méconial ou par la

tête du bébé non dégagée, mais aussi le risque de malaise et de décès du bébé. Cet item a été cité par les 23 soignants.

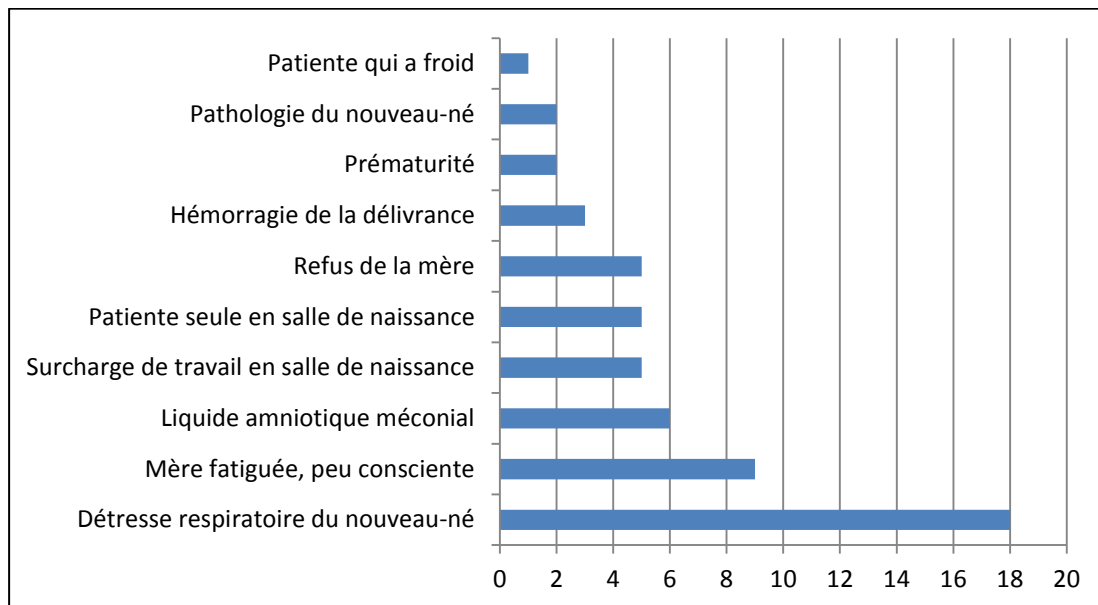
- Le risque de refroidissement du nouveau-né, cité 7 fois.
- Le risque de chute, cité 1 fois.

## 6b. Contre-indications du peau à peau

Des contre-indications à la pratique du peau à peau ont été citées par 22 soignants sur 28. Une personne a noté qu'il n'y avait pas de contre-indication si le bébé s'adapte bien à la vie extra-utérine et 5 personnes n'ont pas répondu à la question.

Les contre-indications citées par plus de 5 soignants ou plus, concernaient :

- le bébé, en cas de détresse respiratoire ; c'est la contre-indication citée par 18 soignants ;
- la mère, si elle est seule en salle de naissance ou peu consciente ;
- l'accouchement, en cas de liquide amniotique méconial ;
- les conditions de travail, en cas de surcharge des salles de naissance.

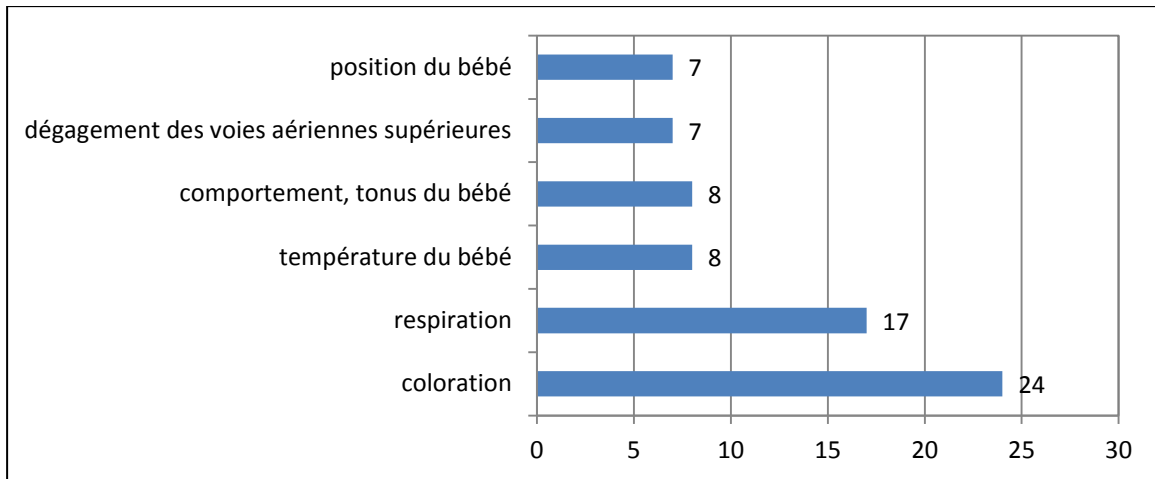


**Graphique 8 : contre-indications au peau à peau citées par 22 soignants sur 28. Plusieurs réponses étaient possibles.**

## 7. Surveillance du nouveau-né en peau à peau

### 7a. Critères de surveillance

Les critères de surveillance faisaient l'objet d'une question ouverte dans le questionnaire. Vingt-quatre soignants y ont répondu et ont cité en moyenne entre 2 et 3 items, les plus cités concernaient la coloration du nouveau-né et sa respiration.

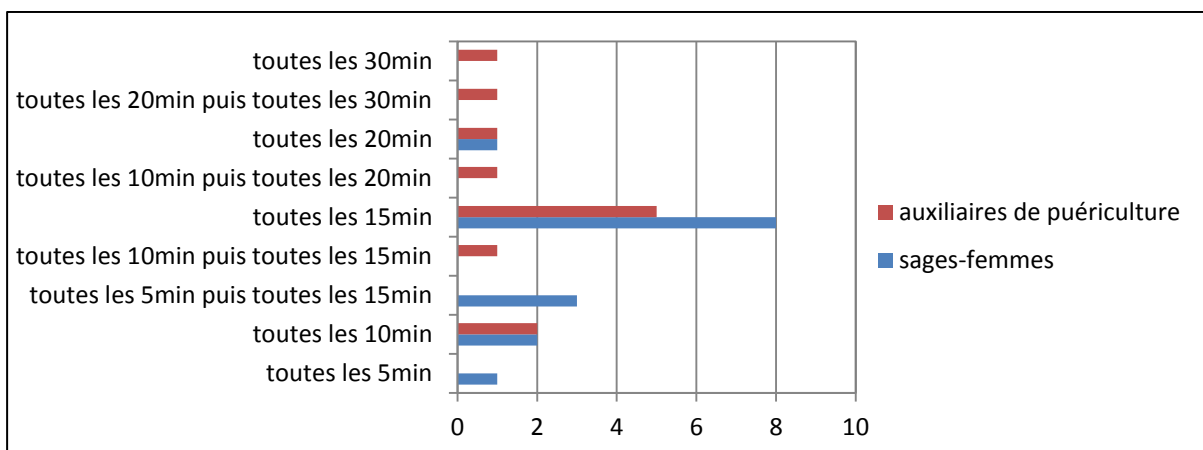


**Graphique 9 : critères de surveillance du nouveau-né pendant le peau à peau cités par les 24 soignants qui ont répondu à la question. Plusieurs réponses étaient possibles.**

### 7b. Délai entre 2 surveillances

Tous les soignants ont répondu sur la fréquence avec laquelle ils surveillaient le peau à peau, sauf une personne. Le délai entre 2 surveillances de l'enfant le plus cité était de 15 minutes, il est donné par 5 auxiliaires de puériculture (sur 13) et 8 sages-femmes (sur 15).

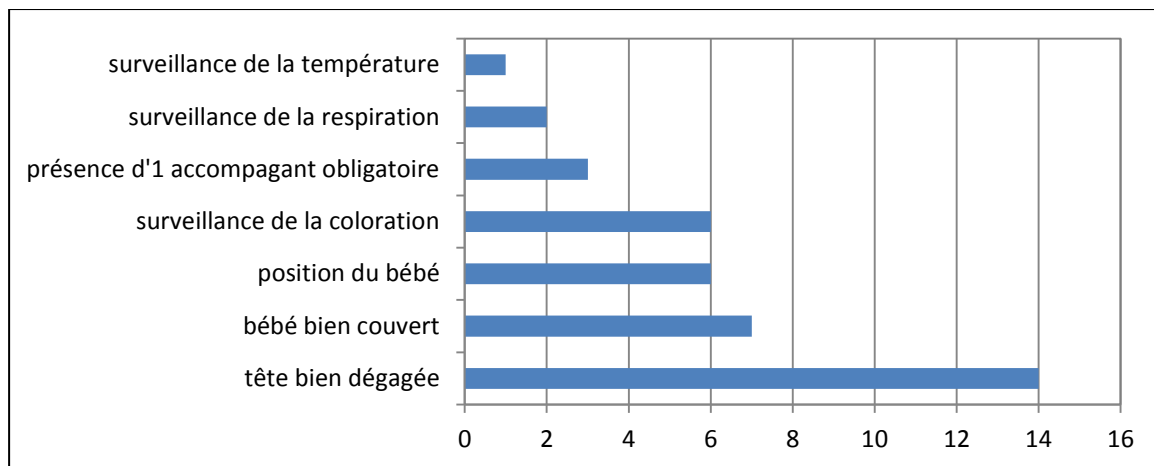
Plusieurs auxiliaires de puériculture ont ajouté un commentaire à leur réponse pour préciser qu'après l'accouchement la sage-femme surveillait la maman très régulièrement et que c'était elle également qui s'occupait du bébé. Effectivement, d'après les réponses, toutes les sages-femmes surveillaient le bébé toutes les 15 minutes au moins, sauf 1 toutes les 20 minutes. Les auxiliaires de puériculture surveillaient donc les bébés de manière plus espacée que les sages-femmes.



**Graphique 10 : délai entre 2 surveillances du bébé pendant le peau à peau, selon la profession du soignant (27 ont répondu sur 28).**

### 7c. Consignes laissées aux parents lorsque le bébé est en peau à peau

Sur 28 soignants, 19 donnaient des consignes à l'accompagnant concernant la surveillance du bébé en peau à peau, le point le plus cité étant de vérifier que l'enfant a la tête bien dégagée. Trois soignants indiquaient à l'accompagnant que sa présence était indispensable pendant toute la durée du peau à peau. Neuf soignants ne donnaient aucune consigne à l'accompagnant.



**Graphique 11 : consignes de surveillance laissées au parent ou à l'accompagnant de la mère lors du peau à peau par les 19 soignants ayant répondu positivement (sur 28). Plusieurs réponses étaient possibles.**

## 8. Besoins et suggestions du personnel

La dernière partie du questionnaire était consacrée aux besoins d'informations et de support des soignants ainsi qu'à leurs suggestions pour faciliter le peau à peau précoce et ininterrompu. Sur les 28 soignants interrogés, 22 souhaitaient des informations complémentaires sur la pratique du peau à peau et 19 ont estimé qu'un support écrit avec des photos à montrer aux parents afin d'expliquer le peau à peau leur serait utile. Pour un professionnel, il serait intéressant que ce support comporte aussi des photos de peau à peau avec le père.

7 soignants ont également fait des suggestions libres :

- 3 soignants souhaitaient la mise en place d'un protocole « peau à peau » en salle de naissance et d'une feuille de surveillance du bébé.
- 2 soignants suggéraient de sensibiliser l'ensemble de l'équipe soignante (pédiatres, gynécologues, sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides-soignantes) à l'intérêt du peau à peau.
- 1 soignant était demandeur d'un protocole concernant l'aspiration du nouveau-né sur le ventre de sa mère, les autres soins pouvant attendre 1 h.
- 1 soignant proposait de privilégier le peau à peau plutôt que la couveuse lors d'une surveillance, de la saturation par exemple, si l'état de l'enfant le permet.

## ANALYSE ET DISCUSSION

### 1. Peau à peau : en routine ou au cas par cas ?

Comme l'a montré mon étude, sur 28 personnes interrogées, toutes, sages-femmes comme auxiliaires de puériculture, proposaient le peau à peau en salle de naissance. Les 2/3 ont déclaré le faire de façon systématique.

Ce résultat est particulièrement encourageant car il montre qu'une majorité de soignants étaient conscients de l'importance de cette pratique et l'avaient mise en œuvre en routine. L'objectif de cette analyse est d'examiner comment augmenter cette proportion.

Moins d'un tiers des personnes interrogées, soit 8, ne proposaient le peau à peau qu'au cas par cas, et la première raison invoquée était la demande de la mère citée 7 fois (cf. graphique 2). Il serait donc utile d'informer les futurs parents de l'intérêt du peau à peau en salle de naissance, à la fois pour les parents eux-mêmes et aussi pour les soignants qui, en étant plus familiers avec cette pratique, se sentiraient peut-être plus à l'aise pour la proposer de façon systématique. On peut envisager une rencontre avec les sages-femmes et les gynécologues travaillant en exercice libéral autour de la maternité pour les sensibiliser à l'intérêt de donner une information sur le peau à peau pour l'accueil du nouveau-né. Dans certains établissements, la consultation avec l'anesthésiste et la visite du service proposée aux futures mères sont l'occasion de mentionner que l'enfant est mis en peau à peau contre sa mère en salle de naissance. Un feuillet d'information sur les bénéfices de cette pratique pourrait être élaboré pour être distribué aux futurs parents, lors des consultations en ville ou à la clinique.

Parmi les 8 soignants qui proposaient le peau à peau au cas par cas, 4 ont indiqué que c'était fonction de la charge de travail. En effet, placer un bébé en peau à peau nécessite une surveillance régulière, difficile à réaliser en cas de grosse activité en salle de naissance. C'est pourquoi, selon le pédiatre Gisèle Gremmo-Feger, il est préférable de surveiller la saturation et la fréquence cardiaque de l'enfant, surtout si la mère est seule avec son nouveau-né (2). Ce type de préconisation pourrait être discuté dans l'équipe afin que tous les soignants puissent proposer le peau à peau en toute sécurité de façon systématique.

La troisième raison de proposer le peau à peau au cas par cas en salle d'accouchement était l'hypothermie pour 3 personnes sur 8. Il semble donc qu'en cas d'hypothermie, l'utilisation de la couveuse ou des rampes chauffantes était toujours privilégiée par 5 soignants sur 8. Cependant 24 personnes ont identifié la régulation thermique dans les bénéfices du peau à peau (cf. graphique 7). L'étude randomisée de Christensson et al. a montré que le peau à peau permet de réchauffer les nouveau-nés en hypothermie (34 °C en moyenne) plus efficacement que l'incubateur : à 4 heures de vie, 90 % des nouveau-nés placés en peau à peau avaient régularisé leur température contre 60 % des enfants placés en incubateur, ce résultat étant statistiquement significatif ( $p < 0.0001$ ). (3)

De plus, il est maintenant bien admis, que la température au niveau de la poitrine de la mère augmente lorsque le bébé est placé en peau à peau. L'étude de Bergström et al. (4), a montré que la température au niveau de la poitrine maternelle augmentait de 0,5 °C en moyenne dans les 2 premières minutes où le bébé est placé en peau à peau ( $p < 0.0001$ ) et qu'elle diminuait de 0,5 °C dans les 10 minutes suivant l'arrêt du peau à peau ( $p < 0.0001$ ).

Enfin, dans le groupe des 8 soignants proposant le peau à peau au cas par cas, la mise au sein a été citée une fois. C'est intéressant car effectivement de nombreuses études ont montré l'intérêt du peau à peau pour la première tétée, surtout s'il est précoce et ininterrompu depuis la naissance (2). Néanmoins, on peut se demander si ce soignant considérait que le peau à peau est inapproprié lorsque la maman ne souhaite pas allaiter. Or, dans les recommandations internationales, le peau à peau est considéré comme un soin de bien-être pour la mère et l'enfant, qui favorise l'adaptation du nouveau-né à la vie aérienne, même s'il n'aboutit pas à une tétée (soit parce que l'enfant n'est pas prêt, soit parce que la mère ne veut pas allaiter). En cas de non-allaitement, lorsque le nouveau-né cherche le sein, certaines mères laissent l'enfant téter pour avoir cette expérience ou préfèrent lui donner son premier biberon : c'est l'occasion pour le soignant de donner quelques informations sur la manière de donner le biberon, en respectant les signes de l'enfant afin de favoriser sa détente et éviter les fausses routes.

## **2. Les modalités du peau à peau : précoce et interrompu ou entrecoupé par les soins ?**

Dix-huit personnes sur 28, soit environ 2/3, ont répondu maintenir le peau à peau, le plus souvent au moins 1 h ou jusqu'à la première tétée (cf. graphique 5).

Cependant pour 3/4 des soignants, l'interruption du peau à peau avait lieu entre 10 et 30 min afin de réaliser les soins (Cf. Graphique 6). Ces deux résultats paraissent incohérents, sauf si on suppose que pour beaucoup de soignants, cette interruption est sans conséquence. En effet, une majorité de soignants a déclaré remettre l'enfant en peau à peau après les soins. Une personne a noté en commentaire qu'elle réalisait les soins dès la naissance, puis installait le bébé en peau à peau.

Un autre résultat laisse penser que la définition du peau à peau mériterait d'être approfondie auprès de certains collègues. En effet, sur les modalités du peau à peau, si la quasi majorité des personnes a répondu qu'elles mettaient un bonnet à l'enfant et le recouvraient d'une couverture, 26 personnes ont déclaré lui mettre également une couche (cf. graphique 3). Or, la couche n'est habituellement pas mise à l'enfant sur le ventre de sa maman, cela signifie donc qu'il y a eu interruption de ce peau à peau, même pour une courte durée.

Il serait donc important de définir précisément le peau à peau **continu et ininterrompu dès la naissance**.

Pour approfondir cette question, il aurait été nécessaire de faire une enquête par entretien individuel mais le temps que je pouvais consacrer à ce travail ne me l'a pas permis. En revanche, j'ai pu discuter avec certaines collègues qui ont confirmé que l'interruption du peau à peau était pratique courante. Au cours de ces échanges informels, deux raisons ont été évoquées :

- La première est liée à la nécessité de l'examen du nouveau-né à la naissance. Il est en effet important de s'assurer que l'enfant va bien avant de l'installer en peau à peau. Si le nouveau-né respire ou crie, s'il a une bonne couleur et un bon tonus, on fait un examen minimal de dépistage d'une détresse, d'une anomalie ou d'une malformation. Il serait utile de discuter en équipe de l'intérêt de réaliser cet examen sur le ventre de la mère, afin de ne pas séparer le corps du nouveau-né de celui de sa mère.

Les soins de routine, qui interviennent donc souvent après 10 à 30 min de peau à peau d'après mon étude, incluent systématiquement l'aspiration des voies aériennes supérieures dans notre service quel que soit l'état de l'enfant à la naissance. La raison principale est d'éviter que les glaires ne gênent la respiration et l'alimentation secondairement.

Il sera important de rediscuter avec mes collègues de cette pratique qui n'est plus recommandée en routine. En effet, cette pratique lorsqu'il s'agit d'un enfant bien portant est maintenant remise en question. L'ILCOR (International Liaison Committee On Resuscitation) précise que « les nouveau-nés à terme, vigoureux, nés dans un liquide clair, sans suspicion d'infection materno-foetale, qui ont crié immédiatement et ont un bon tonus ne nécessitent pas d'aspiration et ne doivent pas être séparés de leur mère mais séchés et recouverts d'un linge» (5).

L'étude de Carrasco et al. a même montré que la saturation en oxygène était significativement plus basse à 6 minutes chez les nouveau-nés soumis à une désobstruction oro-naso-pharyngée comparativement au groupe des nouveau-nés non aspirés. (6)

Donc, non seulement cette pratique n'est plus recommandée mais elle est risquée.

Il y a néanmoins plus d'1 enfant sur 2 pour qui il est nécessaire de pratiquer des analyses bactériologiques sur des prélèvements de liquide gastrique, d'anus et d'oreille. C'est une cause importante d'interruption du peau à peau, car ces prélèvements se font sur la table de réanimation.

L'étude de Gray et al. (7) a montré que les pleurs des nouveau-nés soumis à un prélèvement sanguin étaient diminués de 82 % lorsque l'enfant était en peau à peau. L'effet analgésique du peau à peau est donc reconnu. Dans mon étude, seulement 1 personne sur 28 a cité ce bénéfice (cf. graphique 7). Il paraît donc nécessaire d'en informer le personnel, afin de définir des modalités qui rendent le geste moins pénible pour l'enfant, par exemple, pratiquer l'aspiration du nouveau-né sur le ventre de sa mère. Comme le montre le graphique 6, les soins étaient pratiqués dans les 10 min suivant la naissance pour 6 personnes sur 28. Or dans l'étude de Widström et al. (8), l'aspiration gastrique pratiquée dans les 5 min suivant la naissance était non seulement désagréable mais également perturbait les réflexes et le comportement inné du nouveau-né l'amenant à la première tétée.

Enfin on sait également que la pratique de l'aspiration peut provoquer des bradycardies et des apnées secondaires ainsi que des lésions des muqueuses (9).

Avec le même objectif de préserver un contact interrompu entre la mère et l'enfant, l'équipe pourrait réfléchir aux moyens de reporter les autres soins, comme la prise des mensurations et l'administration de la vitamine K et du collyre. Le poids pourrait être relevé à la fin du peau à peau, les autres soins pourraient être réalisés à l'arrivée en chambre, pendant le séjour dans le service ou à la sortie. Toutes ces questions mériteraient d'être examinées avec



l'ensemble des soignants et médecins afin de proposer d'éventuelles modifications de notre organisation qui conviennent à tous.

- La deuxième raison évoquée concernait les papiers administratifs. Actuellement dans notre maternité il est nécessaire d'avoir les mensurations du bébé afin de pouvoir remplir tous nos papiers, ce qui requiert environ 30 min de travail après l'accouchement. Et comme « ce qui est fait n'est plus à faire », plus vite on a les mensurations, plus vite les papiers seront faits. Cette stratégie permet aussi d'anticiper un éventuel regain d'activité.  
Ne pourrions-nous pas réorganiser notre travail administratif autrement pour favoriser un temps d'accompagnement conséquent des parents ? Plusieurs idées peuvent être examinées au sein de l'équipe et avec les services administratifs :
  - noter uniquement le poids de naissance de l'enfant dans les différents documents en salle d'accouchement après la première tétée,
  - faire modifier notre logiciel informatique, afin de pouvoir y intégrer plus d'informations sur la patiente avant l'accouchement (par exemple, l'Hb, les sérologies, les antécédents particuliers...) et que les feuilles informatiques soient déjà pré-complétées avec toutes les informations déjà connues (comme, par exemple, l'adresse et le n° de téléphone enregistrées à l'admission sur la déclaration de naissance).

### **3. Les connaissances de l'équipe sur le peau à peau**

#### **3a. Le lien parents-enfant**

L'étude a montré que tous les soignants avaient des connaissances sérieuses sur l'intérêt du peau à peau : tous ont répondu sauf une personne, 22 sur 28 ont cité au moins 3 bénéfices et 10 en ont cité 5. Les 3 bénéfices les plus souvent cités étaient une meilleure relation mère enfant (dont 1 personne qui a parlé du proto-regard), une meilleure régulation thermique et son rôle favorisant pour l'allaitement maternel (cf. graphique 7).

Les autres bénéfices cités sont :

- Le côté rassurant, calmant du peau à peau pour le bébé pour 13 personnes sur 28
- Une meilleure adaptation extra utérine pour 7 personnes sur 28
- Une optimisation du premier contact pour 3 personnes sur 28
- Un plaisir partagé pour 2 personnes sur 28
- Un effet antalgique pour 1 personne sur 28.

Tous ces bénéfices ont en effet été vérifiés par un grand nombre d'études.

Après l'accouchement, le taux de catécholamines dans le sang du nouveau-né est 20 fois plus élevé que celui d'un adulte au repos (10). Ces taux élevés permettent au nouveau-né d'être en éveil calme, les pupilles dilatées, son énergie est utilisée pour écouter, regarder et sentir. Pour le pédiatre Marc Pilliot (11), cet état d'éveil permet l'échange du « proto-regard » ou regard fondateur, car c'est le premier regard, mais aussi un regard différent de tous les autres qui vont suivre, et qui contribue à

établir un lien puissant entre la mère et le nouveau-né. Ce lien est indispensable pour sa survie et son sentiment de sécurité.

Le peau à peau permet également la libération d'ocytocine dans le sang et en intracérébral (12) chez la mère, l'ocytocine étant l'hormone de l'attachement. Une étude de Widström et al. (13) a montré que si le bébé avait touché ou léché l'aréole et le mamelon dans la demi-heure qui suit la naissance, la mère laissait son bébé à la pouponnière beaucoup moins longtemps et elle passait plus de temps à lui parler pendant le séjour en maternité. Un an après la naissance, les interactions entre la mère et l'enfant étaient meilleures, la mère était plus sensible aux signaux de l'enfant et plus rapide à y répondre quand le peau à peau avait été initié dès la naissance et suivi d'une cohabitation pendant le séjour en maternité (14).

Grâce au peau à peau, les parents ont la possibilité de voir les compétences de leur bébé, provoquant ainsi des réactions d'enthousiasme et de bienveillance favorables à l'attachement. Ce temps passé ensemble lors de la création du lien a pour conséquence de diminuer les risques de maltraitance et d'abandon notamment dans les milieux défavorisés. Une étude (15) a évalué les taux d'abandon d'enfants en bas âge dans une maternité de Russie, 6 ans avant et 6 ans après la mise en place de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé. Le taux d'abandon moyen a diminué de 50,3 (+/- 5,8) à 27,8 (+/- 8,7) pour 10000 naissances entre les 6 premières années et les 6 années suivantes.

En France, environ 2 enfants meurent chaque jour de violences infligées par des adultes, en général leurs parents (16). De plus, 180 à 200 enfants par an, seraient victimes du syndrome du bébé secoué (17). Et si le peau à peau systématique, précoce et ininterrompu dès la naissance pouvait participer à la prévention de la maltraitance et de la négligence en aidant les parents à établir un lien d'attachement puissant, susceptible de les soutenir dans les moments difficiles du quotidien ?

Dans mon étude, 2 personnes ont signalé proposer le peau à peau au papa en salle d'accouchement. C'est effectivement une pratique très intéressante quand les conditions ne permettent pas un peau à peau immédiat avec la mère (en cas de naissance par césarienne ou de complications maternelles). En suites de couches, le bébé peut aussi passer du temps en peau à peau avec son père, voire avec ses frères et sœurs pour faciliter la création du lien avec les autres membres de la famille et offrir un relais à la mère si besoin.

### **3b. Le bien-être et l'adaptation de l'enfant**

Environ la moitié des soignants ont cité le côté rassurant, calmant du peau à peau et son impact sur les pleurs qu'il diminue considérablement. En effet, comme l'a montré l'étude randomisée de Christensson et al. (18) qui a comparé le nombre d'épisodes de pleurs entre un groupe d'enfants en peau à peau et un groupe d'enfants placés en berceau à côté de leur mère. Le groupe d'enfants en peau à peau avait significativement moins d'épisodes de pleurs.

Les observations de Ferber et al. (19), ont montré également une meilleure organisation neuro-comportementale pour les bébés placés en peau à peau. Ils avaient plus de phases de sommeil lent profond et plus de postures en flexion, le regroupement étant un signe de bien être chez le nouveau-né. L'effet antalgique du peau à peau, cité par un soignant dans l'étude, a aussi été montré par plusieurs études (2).

Il serait donc important de rappeler ce bénéfice à mes collègues, afin d'intégrer le peau à peau dans nos procédures de prise en charge de la douleur ou de l'inconfort de l'enfant lors de soins courants comme les prélèvements, sanguins ou bactériologiques, etc.

Sept personnes/28 savaient que le peau à peau permet une meilleure adaptation extra-utérine. L'enfant placé en peau à peau présente une meilleure adaptation thermique, cardiaque et respiratoire (2), il est calme, moins stressé, il pleure moins, donc tout cela limite les dépenses énergétiques et permet une meilleure adaptation métabolique. Alors pourquoi ne pas surveiller un bébé en peau à peau plutôt qu'en couveuse après une réanimation lorsqu'il est stable ? La maman lui apportera chaleur et calme, bien plus efficacement qu'une couveuse, car le maintien de la température de l'enfant est plus durable après la fin du peau à peau qu'après la sortie de l'incubateur (18). Ces éléments justifient de proposer le peau à peau à tous les nouveau-nés, y compris ceux qui ne sont pas allaités.

### **3c. L'allaitement**

Pour la majorité des soignants, 22 sur 28, l'allaitement maternel était favorisé par le peau à peau en salle de naissance. On peut rapprocher cette réponse de celle, donnée par trois personnes sur 28 qui mentionnent l'intérêt du peau à peau pour optimiser le premier contact. De très nombreuses études ont montré ce bénéfice pour l'allaitement à court et moyen terme. Par exemple, les travaux de Righard et Alade (20), ont déterminé que la tétée était beaucoup plus efficace dans le groupe de nouveau-nés laissés en peau à peau jusqu'à la première tétée que dans le groupe d'enfants séparés au bout de 20 minutes pour effectuer les soins de routine. La méta analyse d'Anderson et al. (21) sur le rôle du peau à peau de manière continue et ininterrompu à la naissance a établi un effet positif sur les taux d'allaitement de 1 à 3 mois : le nombre de nouveau-nés allaités était multiplié par 2 et la durée d'allaitement était augmentée de 42 jours.

Comme nous l'avons déjà vu, en peau à peau le nouveau-né est dans un état de vigilance extraordinaire, prêt à se diriger vers le sein et commencer à téter lorsqu'il est prêt (22), la première tétée ayant lieu quelques minutes après la naissance jusqu'à 1 heure et plus. Le bébé, placé en peau à peau dès la naissance et sans interruption, suit un comportement stéréotypé mis en évidence par Widström et al. (23) : après le premier cri, le nouveau-né se repose puis passe en phase d'éveil, il s'active et commence à ramper vers le sein en portant souvent ses doigts à sa bouche, enfin il découvre le sein, qu'il masse, lèche puis tète avant de s'endormir. Laisser ce comportement se mettre en place c'est optimiser ce premier contact, mais aussi favoriser l'allaitement. En effet, grâce au réflexe de fouissement, l'enfant ouvre grand sa bouche, met la langue en bonne position et tète de façon efficace et sans douleur pour la mère. C'est donc encore une raison de proposer un peau à peau continu et ininterrompu jusqu'à la première tétée.

### **3d. D'autres bénéfiques**

Certains bénéfiques n'ont pas été cités :

- la colonisation du nouveau-né par la flore bactérienne de sa mère au détriment de celle, plus agressive, du milieu hospitalier (24). Ce point est intéressant pour tous les nouveau-nés. Les enfants allaités sont de plus protégés par les anticorps apportés entre autre par les Immunoglobulines A sécrétoires (25) contenus dans le lait maternel. En ce sens, le peau à peau pourrait également participer à la lutte contre les infections nosocomiales.
- Le peau à peau favorisant l'allaitement maternel précoce, il permet également au colostrum de protéger le tube digestif de l'enfant, puisqu'il est très riche en Immunoglobulines A sécrétoires, lactoferrines et oligosaccharides notamment (25). Le colostrum a également la propriété de stimuler la motricité digestive et donc de faciliter l'évacuation du méconium, diminuant le risque d'ictère. Et enfin cette tétée précoce permet aussi le maintien de la nutrition cérébrale.
- Le peau à peau précoce facilite la délivrance, puisque le peau à peau permet la libération d'ocytocine (12).

Il me semble essentiel de transmettre toutes ces informations scientifiques à mes collègues afin qu'elles envisagent le peau à peau précoce et ininterrompu comme la pratique optimale à favoriser en routine et réfléchissent en équipe aux moyens de le mettre en œuvre.

Les parents ont également besoin d'être informés des nombreux bénéfiques du peau à peau. Certains peuvent être en effet réticents devant cette pratique si elle ne leur a pas été présentée auparavant. Le meilleur moment pour proposer cette information, me semble être lors des cours de préparation à la naissance. Les soignants du service peuvent renforcer les informations déjà données en prénatal et informer en quelques minutes les parents n'ayant pas suivi de cours. Enfin, le séjour en maternité, est encore l'occasion de parler et pratiquer le peau à peau, en particulier afin que les parents se sentent à l'aise pour faire des séances de peau à peau à domicile si l'enfant en a besoin dans les jours qui suivent le séjour.

Toutes les études citées ci-dessus ont été menées en considérant un positionnement ventral du bébé pendant le peau à peau. C'est aussi la position dans laquelle la majorité des soignants du service ont déclaré placer l'enfant (cf. graphique 4). Néanmoins, 4 soignants installaient le bébé sur le côté, contre le torse de sa mère et 1 personne plaçait le bébé dans les bras de la mère. Il s'agit de 2 positions où le bébé est trop peu en contact avec sa mère pour qu'elle puisse le réchauffer de manière optimale. Il serait donc important de rappeler le positionnement correct du bébé en peau à peau afin qu'il ne se refroidisse pas et que la mère et l'enfant puissent bénéficier pleinement de ce moment privilégié.

#### **4. Les risques du peau à peau**

Le peau à peau en salle de naissance comporte également des risques qu'il est important de connaître afin de les prévenir. Cette question n'a peut-être pas été bien comprise car 3 personnes ont répondu qu'il n'y avait pas de risque dans le cadre d'un enfant né bien portant, bien installé et bien surveillé. Or la prévention des risques passe principalement par la surveillance dès lors que l'examen initial a été satisfaisant. Vingt-trois personnes sur 28 considéraient qu'il existe des risques et restaient donc vigilants tout en préservant la qualité de ce premier contact et 2 personnes n'ont pas répondu à cette question. Les 3 risques cités sont :

Toutes les personnes ayant répondu, ont cité le risque d'étouffement. Effectivement ont été documentés des malaises graves et des décès d'enfants en peau à peau survenus en salle de naissance après une grossesse et un accouchement physiologiques, pour des enfants apparemment sains avec un bon score d'Apgar. Dans les publications, on retrouve souvent la face de l'enfant enfouie contre le ventre, le sein ou le cou de sa mère (26), (27), (28). L'incidence en France pourrait être de 30 malaises et 20 décès/an (26). Les mécanismes de l'arrêt cardio-ventilatoire sont mal connus : asphyxie mécanique par obstruction des voies aériennes supérieures, hyperthermie, ré-inspiration de l'air expiré, décubitus ventral favorisant le malaise vagal (29). Certaines situations à risque ont été identifiées : un risque infectieux, une médication maternelle ou grande fatigue maternelle, la primiparité, la mère restée seule avec son enfant et la charge de travail trop importante pour la sage-femme incompatible avec une surveillance régulière. Dans mon enquête, 9 personnes sur 28 ont cité la fatigue maternelle ou un état de conscience incompatible avec la surveillance d'un nouveau-né, 5 personnes sur 28 ont cité la patiente seule en salle d'accouchement et 5 personnes également ont cité la surcharge de travail. Il me semble donc essentiel d'informer plus complètement mes collègues quant à ces situations à risque afin d'augmenter leur vigilance.

Le second risque cité par 7 personnes sur 28 est le risque de refroidissement, qui existe effectivement lorsque le bébé n'est pas correctement positionné, pas assez couvert et la pièce pas assez chaude ou lorsque la mère a froid. Là encore il semble important de bien insister sur le bon positionnement mais également sur la température de la salle d'accouchement qui doit être au minimum de 25 °C (30).

Une seule personne sur 28 a noté le risque de chute de l'enfant. C'est un risque réel quand la mère maintient son enfant avec ses bras sans autre soutien et qu'elle somnole sans surveillance, même sur quelques instants. Plusieurs moyens simples de prévention peuvent être envisagés : remonter les barrières de sécurité, installer la mère semi-couchée, soutenir ses bras avec des coussins ou un coussin d'allaitement, utiliser un bandeau de peau à peau pour maintenir l'enfant tant qu'il n'est pas pleinement actif

## **5. Les contre-indications du peau à peau**

La question, là aussi, n'a peut-être pas été bien comprise car un soignant a déclaré qu'il n'existe pas de contre-indication si le bébé s'adapte bien à la vie extra-utérine. Cinq personnes n'ont pas répondu à la question et 22 personnes ont cité des contre-indications (cf. graphique 8).

Plusieurs situations citées sont relatives à l'état de l'enfant (détresse respiratoire, pathologie, prématurité) ou à l'état de la mère (hémorragie de la délivrance, fatigue importante, mère peu consciente) qui peuvent nécessiter des interventions ou une surveillance intensive. Cela peut contre-indiquer le peau à peau avec la mère, au moins temporairement, mais il reste envisageable avec le père et peut être proposé à la mère en suite de couches ou dès que possible.

Six personnes ont évoqué le liquide amniotique méconial. Effectivement cette situation fait partie des indications de l'aspiration des voies aériennes supérieures, qui pourrait être réalisée en laissant le bébé sur le ventre de sa mère.

La difficulté à assurer la surveillance de la mère et de l'enfant a été listée dans les contre-indications du peau à peau, soit en cas de surcharge de travail en salle de naissance, soit si la mère est seule avec son nouveau-né. Comme dit précédemment, ce sont effectivement des situations à risque, qu'il serait intéressant de discuter en équipe pour permettre de proposer le peau à peau dans des conditions satisfaisantes de sécurité, avec, par exemple, la pose d'un saturomètre.

Une personne a évoqué le cas de la mère qui a froid. En effet, la maman risque d'avoir du mal à réchauffer son enfant, c'est pourquoi il est important de préparer la température de la salle d'accouchement pour accueillir l'enfant et éventuellement de couvrir la mère. Le peau à peau reste pour cette raison, actuellement difficile en salle de césarienne ; il serait utile d'évaluer les pratiques du service en cas de césarienne car, selon les préconisations les plus récentes, le peau à peau peut être réalisé avec le père puis avec la mère dès que possible.

Le refus de la mère a été cité 5 fois et constitue bien évidemment une contre-indication. En effet, certaines ont peur du refroidissement, d'où la nécessité d'informer les parents, si possible en prénatal, et de bien les accompagner pendant le peau à peau. Certaines femmes refusent également pour des raisons culturelles, liées au sang ou au liquide amniotique. Pour ces dernières il sera important de proposer le peau à peau en suites de couches.

## **6. La surveillance du peau à peau**

Sur ce point, tous les critères recommandés pour la surveillance du bébé ont été cités (cf. graphique 9). Les trois premiers critères étaient la coloration pour 24 personnes, la respiration pour 17 personnes, le comportement et le tonus du bébé pour 8 personnes, preuve d'une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Venait ensuite la température du bébé : en effet les recommandations du protocole régional (Cf. annexe 2) sont de prendre la température à 30 minutes et à 2 heures de vie. Entre ces deux périodes, une surveillance par le toucher est conseillée.

La surveillance des voies aériennes et de la position du bébé ont également été cités 7 fois : en effet il est important que le nez et la bouche de l'enfant soient bien dégagés afin qu'il n'y ait pas obstruction des voies aériennes ni risque de ré-inspiration de l'air expiré. Il serait important de rappeler au personnel que c'est le premier élément de la surveillance de l'enfant placé en peau à peau, car c'est une mesure préventive.

La question n'était sans doute pas très bien formulée car plusieurs critères de surveillance, ceux concernant la mère notamment, n'ont pas été cités : la position de la mère, assise à environ 45°, sa vigilance, la proximité de la sonnette et la sécurisation du bébé par les barrières de lit et le coussin d'allaitement.

Quant à la fréquence de cette surveillance, on peut voir graphique 10, qu'elle était pratiquée principalement par les sages-femmes puisque ces dernières surveillaient déjà la patiente toutes les 15 minutes. Le bébé était au minimum surveillé toutes les 15 minutes par l'ensemble des sages-femmes sauf par une, toutes les 20 minutes. La moitié d'entre elles, pratiquait même une surveillance plus rapprochée toutes les 5 minutes pour 4 sages-femmes, toutes les 10 minutes pour les autres. Il n'existe pas de consensus dans la littérature mais le protocole régional (prochainement instauré, voir annexe 2) recommande quant à lui une surveillance toutes les 5 minutes jusqu'à 15 minutes de vie puis toutes les 15 minutes.

Parmi les conditions assurant la sécurité du peau à peau, les informations données à l'accompagnant (le plus souvent le père) sont importantes. Sur ce point, 19 personnes ont déclaré en donner.

- 14 personnes demandaient aux parents de veiller à ce que la tête de l'enfant soit bien dégagée. Parmi elles, 7 personnes ont mentionné la position du bébé.
- 7 personnes demandaient aux parents de veiller que l'enfant reste bien couvert.
- 3 personnes ont indiqué déclarer aux parents, que la présence d'un accompagnant est obligatoire. Et si ce dernier quitte la salle d'accouchement, il lui est demandé de le signaler à l'équipe soignante afin qu'elle soit informée que la patiente se retrouve seule, et renforce sa surveillance.

Enfin, plusieurs soignants demandaient aux parents de surveiller la respiration, la température et la coloration du bébé. On peut comprendre que par souci de surveiller au mieux le bébé en l'absence d'un soignant, certains préfèrent charger l'accompagnant de missions qui sont plus du ressort des professionnels. Néanmoins, il n'est pas sûr qu'un papa soit à même de réaliser véritablement cette surveillance technique et on peut craindre que cette responsabilité génère du stress et contribue à faire abrégé le peau à peau par peur de mal surveiller l'enfant.

## **7. Les attentes des soignants**

Enfin, concernant la formation du personnel, 22 personnes aimeraient des informations complémentaires sur le peau à peau et 19 personnes souhaiteraient un support écrit avec photos à montrer aux parents.

C'est un résultat très encourageant pour envisager la constitution d'un groupe de travail sur le peau à peau en salle de naissance, afin de réfléchir à la mise en œuvre du nouveau protocole régional et l'élaboration de ce support à destination des parents.

## CONCLUSION

Dans ce travail, tous les soignants du service de maternité de la clinique Durieux ont été sollicités pour répondre à une vingtaine de questions sur leurs pratiques, leurs connaissances et leurs attentes concernant le peau à peau en salle de naissance.

Cette étude a permis de montrer que le peau à peau à la clinique Durieux, en salle de naissance dans le cadre d'une mère et d'un enfant biens portants, était majoritairement proposé. Cependant elle a mis en évidence que les interruptions de ce contact n'étaient pas comprises par tous comme un risque de perturbation de la séquence comportementale physiologique du nouveau-né. Même si l'enfant était souvent en peau à peau pendant les 2 heures qui suivent la naissance, ce peau à peau était interrompu, souvent avant 30 minutes de vie, de manière à faire les soins, que sont l'aspiration des voies aériennes supérieures, la mesure du périmètre crânien, du poids et de la taille. Par conséquent, les bénéfices du peau à peau précoce et ininterrompu ne sont pas optimaux. Cette séparation et ces interventions peuvent perturber la première tétée et diminuent l'intérêt du peau à peau, dont de nombreux bénéfices sont pourtant bien connus de la majorité des soignants. Il est donc important de renforcer cette pratique dans le sens des recommandations de l'OMS, fondées sur les études scientifiques.

D'autre part, il est crucial pour la survie de l'enfant que le Lien s'établisse au mieux. C'est le bénéfice du peau à peau cité en priorité dans l'étude, par 26 soignants sur 28. Le pouvoir de cet attachement est si grand qu'il amène la mère et le père à consentir les sacrifices nécessaires pour prendre soin de l'enfant : s'en occuper lorsqu'il pleure, le protéger du danger, lui démontrer de l'amour en pleine nuit quand eux-mêmes ont désespérément besoin de sommeil... (25) d'où l'importance de proposer un « vrai » peau à peau et encore plus dans les situations personnelles difficiles (patiente mineure, mère isolée...) susceptibles de rendre l'instauration de ce Lien plus délicate.

Les sages-femmes et les auxiliaires de puéricultures ont un rôle primordial à jouer dans l'accueil du nouveau-né. L'humanisation des naissances passe par une évolution des pratiques et de l'organisation des soins. Il est très positif que les trois-quarts des soignants aient déclaré souhaiter des informations plus complètes sur le peau à peau. Ce temps d'information pourrait permettre de renforcer les connaissances sur cette pratique, et aussi les conditions de sécurité : situations à risques, contre-indications et surveillance.



A cet effet, un protocole régional, élaboré par un groupe de pédiatres et de sages-femmes (auquel j'ai participé) représentant les différentes maternités de la Réunion sera prochainement présenté à notre clinique lors d'une réunion de service. Ce sera pour moi l'occasion d'intervenir sur les résultats de mon étude et de proposer une première version de 2 documents sur le peau à peau. Le premier est destiné à promouvoir le peau à peau auprès des parents et futurs parents, sous forme d'affiches que l'on pourrait exposer dans les couloirs de la maternité, salles d'attente des cabinets médicaux et des sages-femmes libérales jusqu'aux salles de pré-travail et nurserie. Le deuxième support photographique, quant à lui, sera destiné aux soignants. Il permettra d'expliquer aux parents le positionnement du bébé en peau à peau, la séquence stéréotypée du bébé qui l'amène à la première tétée et le bon positionnement du bébé au sein.

Enfin, j'ai eu le plaisir de constater que la majorité de l'équipe de maternité s'est intéressée à ce sujet lors de mon enquête et que cet intérêt perdure encore maintenant, ce qui augure d'une belle dynamique de changement au service des futurs bébés et de leurs parents.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) OMS. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. 1999. Actualisation des Dix conditions : <http://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf>
- (2) Gremmo-Feger G. Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance. IHAB, Paris 8 janvier 2013.
- (3) Christensson K, Bhat GJ, Amadi BC, Eriksson B, Hojer B. randomized study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermie neonates. Lancet 1998 ; 352 : 1115.
- (4) Bergtröm A, Okong P, Ransjö-Advidson AB. Immediat maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. Acta Paediatr 2007 ; 96 : 655-8.
- (5) Bétrémieux P. Prise en charge et réanimation du nouveau-né en sale de naissance. Synthèse, adaptation et commentaires pratiques des recommandations de l'International Liaison Committee on Resuscitation". Médecine et enfance hors-série 2007 ; n°27.
- (6) Carrasco M, Martell M, Estol PC. Oronasopharyngeal suction at birth: effects on arterial oxygen saturation. J pediatr 1997 ; 130 : 832-4.
- (7) Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. Pediatrics 2000 ; 105 : e 14.
- (8) Widström AM, Ransjo-Arvidson AB, Christensson K, et al. Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behavior. Acta paediatr 1987 ; 76 : 566-72.
- (9) Anand KJ, Runeson B, Jacobson B. Gastric suction at birth associated with long-term risk for functional intestinal disorders in later life. J Pediatr 2004 ; 144 : 449-54.
- (10) Langercrantz H, Slotkin TA. The stress of being born. Sci An 1986 ; 254 :100-7.
- (11) Dr Marc Pilliot. Le regard du naissant. Le cahier de Maternologie. 2005 ; 23-24 : 65-80.
- (12) Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. postpartum maternal oxytocin release by newborns : effects of infants hand massage and sucking. Birth 2001; 28: 13-9.
- (13) Widström AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S, Winberg J. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. Early Hum dev 1990 ; 21 : 153-163.
- (14) Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Uvnäs-Moberg K, Widström AM. Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later. Birth 2009; 36:97-109.
- (15) Lvoff NM, Lvoff V, Marshall HK. Eeffect of the Baby Friendly Initiative on Infant Abandonment in a Russian Hospital. Arch Pediatr Adolesc Med 2000 ; 154 :474-477.
- (16) Tursz A, Gerbouin-Rérolle P. Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France. Unité Inserm 750. Edition Lavoisier

- (17) HAS. Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition. Mai 2011.
- (18) Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Langercrantz H et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; 81: 488-493.
- (19) Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2004 ; 113 : 858-65.
- (20) Righard L, Alade OM. Effects of delivery room routines on success of first feed. *Lancet* 1990; 336: 1105-7.
- (21) Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003.
- (22) 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.
- (23) Widström AM, Lija G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self regulation. *Acta Paediatrica* 2010.
- (24) Langhendries JP, Paquay T, Hannon M, Darimont J. Acquisition de la flore intestinale néonatale : rôle sur la morbidité et perspectives thérapeutiques. *Arch pediatr* 1998 ; 5 : 644-53.
- (25) Beaudry M, Chiasson S, Lauziere J. Biologie de l'allaitement. Presse de l'Université du Québec, 2007.
- (26) Branger B, Savagner C, Roze J-C, 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* ; 36 (2007).
- (27) Gatti H, Castel C, Andrini P, Durand P, Carlus C, Chabernaude JL, Vial M, Dehan M, Boithias C. Malaises graves et morts subites après une naissance normale à terme : à propos de six cas. *Archives de pédiatrie* 2004 ; 11 : 432-435.
- (28) Espagne S, Hamon I, Thiébauges O, Hascoet J-M. Mort de nouveau-nés apparemment sains en salle de naissance : un problème de surveillance ? *Archives de pédiatrie* 2004 ; 11 : 436-439.
- (29) Rimet Y, Andres V, Nicaise C. Décès et malaises graves en peau à peau en salle de naissance. *Journée du réseau PérinatSud*, 16 novembre 2007.
- (30) OMS. Protection thermique du nouveau-né : guide pratique. 1997.

## **ANNEXE 1 : COURRIER AUX COLLEGUES ET QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE**

### **LE PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE A LA CLINIQUE DURIEUX EVALUATION DE LA PRATIQUE**

Chers collègues, sages-femmes et auxiliaires de puériculture,

Dans le cadre de ma formation avec le CREFAM, en vue d'être consultante en lactation IBCLC, je prépare un mémoire sur la pratique du peau à peau en salle de naissance à la clinique Durieux après une naissance par voie basse, quand la mère et l'enfant sont en bonne santé et que l'adaptation de l'enfant est satisfaisante.

Le questionnaire comporte 19 questions traitant de l'accueil en salle de naissance, il aborde :

- les circonstances dans lesquelles le peau à peau est proposé par le soignant,
- les modalités du peau à peau (durée, interruptions éventuelles, installation de la mère et de l'enfant, surveillance...),
- les bénéfices et risques éventuels de la pratique du peau à peau,
- les suggestions pouvant favoriser la pratique du peau à peau précoce et interrompu depuis la naissance et pendant au moins 1 heure.

Merci à tous de répondre à ce questionnaire concernant votre pratique quotidienne en salle de naissance, les données recueillies sont anonymes et me permettront de mener à bien mon étude.

Un grand merci

Katia

1. Votre profession :
  - sage-femme
  - auxiliaire de puériculture
  
2. Nombre d'années de pratique : .....
  - 4 ans ou moins
  - entre 5 et 9 ans
  - entre 10 et 14 ans
  - plus de 15 ans
  
3. Proposez-vous le peau à peau en salle de naissance :
  - Oui
  - Non, pourquoi : .....
  - .....
  - .....
  - .....

Si non, passez directement à la question n°17

4. Vous proposez le peau à peau :
  - Systématiquement
  - Au cas par cas : (plusieurs réponses possibles)
    - A la demande la patiente
    - Lorsque la charge de travail en salle de naissance le permet
    - Bébé en hypothermie
    - Autre : .....
    - .....
  
5. Pour vous, le peau à peau signifie que le bébé est :
  - Le bébé est totalement nu
  - Le bébé porte un bonnet
  - Le bébé porte des gants
  - Le bébé porte des chaussettes
  - Le bébé porte une couche
  - Le bébé porte un body
  - Le bébé porte un pyjama
  - Le bébé est recouvert d'une couverture ou d'un drap
  
6. Le bébé est installé :
  - Dans les bras
  - Ventre contre ventre, tête du bébé bien dégagée
  - Ventre contre ventre, tête face au sein de la mère
  - Placé sur le côté contre le torse de la mère
  - Autre : .....
  - .....

7. Le peau à peau est-il maintenu jusqu'à la première tétée ou au moins 1h ?
- Oui, toujours
  - Oui, le plus souvent
  - Oui, ça arrive
  - Non, jamais
8. S'il y a interruption du peau à peau pour pratiquer les soins du nouveau-né, cette interruption a lieu le plus souvent au bout de :
- 10 min
  - 20 min
  - 30 min
  - 1 h
  - 1 h 30
9. S'il y a interruption, installez-vous le bébé à nouveau en peau à peau après ?
- Oui, toujours
  - Oui, le plus souvent
  - Oui, ça arrive
  - Non, jamais
10. Pouvez-vous citer au moins 5 bénéfices du peau à peau pour la mère et le bébé ?
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
11. Donnez-vous à la mère des informations sur les bénéfices du peau à peau ?
- Oui
  - Non
12. Le peau à peau comporte-t-il des risques ?
- Oui, lesquels : .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - Non
13. Quelles sont selon vous les contre-indications du peau à peau ?
- .....
- .....
- .....
- .....

14. Quels sont vos critères de surveillance d'un bébé en peau à peau ?

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

15. Vous pratiquez une surveillance du bébé toutes les ?

- 5 min
- 10 min
- 15 min
- 20 min
- 30 min

16. Donnez-vous quelques consignes à l'accompagnant concernant la surveillance du bébé en peau à peau ?

- Oui, lesquelles : .....  
.....  
.....  
.....
- Non

17. Souhaiteriez-vous des informations sur le peau à peau ?

- Oui
- Non

18. Estimez-vous utile d'avoir un support écrit avec des photos à montrer aux parents afin d'expliquer le peau à peau : la position, les différentes étapes avant la première tétée, les signes d'éveil ?

- Oui
- Non

19. Auriez-vous d'autres suggestions afin de favoriser le contact précoce et ininterrompu mère-enfant en salle de naissance ?

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

Merci pour votre participation !

## ANNEXE 2 : PROTOCOLE REGIONAL ILE DE LA REUNION : ACCUEIL DU NOUVEAU-NE EN SALLE DE NAISSANCE

<b>Destinataires :</b>				
Pédiatres, obstétriciens, sages-femmes, auxiliaires puéricultrices, aides-soignantes intervenants dans les différentes maternités de l'île de la Réunion				
Acteurs	Nom, Prénom ou Groupe	Fonction et Service	Date	Signature
<b>Rédacteur(s)</b>	calixte delphine Henniaux Estelle  Huet valérie  Hofmann Anna Riviere Priscaline Ferrere Gaëlle Gauthier Joelle Jacquemot Laure Ahamed Hayati Burlot Emilie  Mochel Katia  Julien CHrystel Rajaofera isabelle	sage femme GHER sage femme clinique sainte clotilde Auxiliaire puericultrice Clinique Durieux pédiatre CHGM sage femme CHU nord sage femme CHU nord sage femme CHGM Pédiatre CHU nord sage femme CHU nord Sage femme cadre clinique sainte clotilde sage femme clinique Durieux Sage-femme, CHU Sud Pédiatre, CHU Nord		

### Identification du document

Domaine	Fonction	Caractéristique	Type
Réalisation de service	Prise en charge du Patient	Bloc Maternité	Protocole

<b>Secteur émetteur</b>	
-------------------------	--

<b>Mots clés</b>	Accueil- nouveau né- Peau à peau –soins de routine
------------------	--

Référentiel :	Diffusion du document
	<input type="checkbox"/> Générale <input checked="" type="checkbox"/> Restreinte

### Groupe de travail

Prénom – NOM	Fonction	Prénom – NOM	Fonction
Calixte Delphine	Sage-femme GHER	Ahamed Hayati	Sage-femme CHU nord
Huet Valérie	Auxiliaire puéricultrice Clinique Durieux	Rivière priscaline	Sage-femme CHU nord
Mochel Katia	Sage-femme clinique Durieux	Rajaofera Isabelle	Pédiatre CHU nord
Hofmann Anna	Pédiatre CHGM	Julien Chrystel	Sage-femme CHU sud
Gauthier Joelle	Sage-femme CHGM	Henniaux Estelle	Sage-femme clinique



			sainte clotilde
Jacquemot Laure	Pédiatre CHU nord	Burlot Emilie	Sage-femme cadre clinique Ste Clotilde
Ferrere Gaëlle	Sage-femme CHU nord		

### Historique du document

N° de version	Date	Modifications
01	08/04/2011	Création du document
02	15/03/12	Changement de maitrise documentaire

### Légitimité du document

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
<b>Nom</b> : Dr Isabelle RAJAOFERA Jlulien Chrystel	<b>Nom</b> :	<b>Nom</b> :
<b>Fonction</b> : pédiatre/ sage-femme	<b>Fonction</b> : Ingénieur qualité et gestion des risques	<b>Fonction</b> :
<b>Date</b> :	<b>Date</b> :	<b>Date</b> :
<b>Visa</b> :	<b>Visa</b> :	<b>Visa</b> :

## Accueil du nouveau-né en salle de naissance

### 1 – OBJET

- Faire évoluer les pratiques d'accueil du nouveau-né présumé bien portant en salle de naissance, en tenant compte des nouvelles connaissances scientifiques sur les compétences et la sensorialité du nouveau-né, et leurs implications dans la relation mère-enfant.

Un nouveau protocole d'accueil du nouveau-né intégrant ces nouvelles données doit permettre :

- D'encourager le peau à peau précoce et prolongé entre la mère et son enfant tout en assurant leur sécurité et favoriser ainsi le démarrage de l'allaitement maternel.
- De faire les gestes médicaux nécessaires au moment où ils perturbent le moins la relation mère-enfant.
- De renoncer aux gestes médicaux inutiles.

### 2 – DOMAINE D'APPLICATION

Salle de naissance de toutes les maternités de l'île quel que soit leur niveau

Protocole adaptable en fonction de l'organisation de chaque structure en gardant les principes fondamentaux

### 3 – DOCUMENTS DE REFERENCE / DOCUMENTS ASSOCIES

- OMS / UNICEF : 1989 : 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel.
- OMS / UNICEF 1991 : Programme international IHAB.
- Rapport ANAES mai 2002 : Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant.
- HAS : juin 2006 : Favoriser l'allaitement maternel : Processus - Evaluation.
- Protocole d'accueil du nouveau né présumé bien portant en salle de naissance. Réseau Sécurité Naissance PACA est- Haute Corse- Monaco, protocole validé le 07 février 2007.
- Soins au nouveau-né normal de plus de 36 SA et sans pathologie dans les 2 premières heures « Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire. Validé le 15 septembre 2006.
- Le démarrage de l'allaitement maternel, semaine mondiale de l'allaitement maternel 2007. Livret thématique.
- <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf>
- Recommandations de l'ILCOR 2010

### 4 – DEFINITIONS / ABREVIATIONS

#### 4.1. Définitions :

- Peau à peau à la naissance: il s'agit de mettre le nouveau-né nu contre la peau de sa mère sans interposition de tissu, immédiatement après la naissance et de maintenir ce contact aussi longtemps que la mère le désire.
- Nouveau-né présumé bien portant : nouveau-né indemne de toute détresse selon les critères de l'ILCOR 2010 :

- **Nouveau-né à terme**
- **Nouveau-né qui respire ou qui crie**
- **Nouveau-né qui a un bon tonus**

#### 4.2. Abréviations

RCIU : retard de croissance intra utérin

SA : Semaine d'aménorrhée

COFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel.

ILCOR : International liaison committee on resuscitation.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé.

IMF : infection materno-fœtale

RCF : rythme cardiaque fœtal au monitoring

### 5 – CONDITIONS

#### ***Conditions impératives pour réalisation du peau à peau en salle de naissance***

- **Nouveau-né qui respire ou qui crie**
- **Nouveau-né qui a un bon tonus**
- **Mère sans pathologie affectant sa vigilance et sa disponibilité au nouveau-né**
- **Activité en salle de naissance compatible avec la surveillance**

#### 5.1. Peau à peau immédiat après la naissance

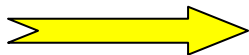
Avec mère ou père (si mère non disponible)

### Nouveau-né bien portant

A terme (> ou égal à 37 SA)  
Sans risque de pathologie  
Né par voie basse eutocique

### NB : Peau à peau possible malgré particularité de la situation

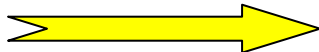
- RCIU < 10<sup>ème</sup> percentile.
- Nouveau-né à risque d'hypoglycémie
- Nouveau-né à faible risque infectieux
- Jumeaux



**Surveillance STANDARD (cf. 5.5)**

### Nouveau-né à risque

- Terme entre 34 et 37 SA.
- Césarienne
- Extraction instrumentale ou accouchement difficile
- Imprégnation maternelle chronique par un ou des produits potentiellement déprimeurs respiratoire (benzodiazépines, morphiniques).
- Toxicomanie maternelle
- Analgésie maternelle par morphiniques (Nubain, PCA...) moins de 4 heures avant l'accouchement
- Traitement maternel par bêtabloquants
- Liquide amniotique méconial
- Nouveau-né à haut risque infectieux (cf protocole IMF)
- Bonne adaptation mais PH < 7.10 et /ou lactates > 8 (pour les maternités qui ont les résultats dans les 10 premières minutes)



**Surveillance STANDARD + Saturomètre**

### 5.2. Peau à peau différé

- Les malformations à risque de décompensation néonatale de diagnostic anténatal ou néonatal
- Toutes difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine (détresse respiratoire, cyanose, encombrement, hypotonie, bradycardie etc...)
- Anomalies profondes et prolongées du rythme cardiaque fœtal associé à un score d'apgar < 7 à 1 min.

Si bonne récupération **et après avis pédiatrique** :

- Peau à peau
- **Surveillance renforcée : STANDARD + Saturomètre**

### 6. La préparation de l'accueil

- Idéalement, les modalités d'accueil du nouveau-né devraient être abordées avec la mère et le père avant la naissance.
- Le peau à peau n'est pas réservé aux mères qui souhaitent allaiter.
- Le peau à peau ne doit pas être imposée aux parents qui peuvent le refuser ou l'interrompre à tout moment.

En pratique :

- Du linge (serviette, drap, couverture...) chaud et un bonnet doivent être prêts.
- Idéalement la température de la pièce doit être > 20°. Sinon, prévoir rampe chauffante
- La lumière doit être douce mais la pénombre est à proscrire.

## 7. L'accueil du nouveau-né bien portant, né par voie basse

- À la naissance, l'enfant est posé sur le ventre de sa mère :

- Il est soigneusement séché avec des linges chauds si possible.
- Un **examen clinique minimum** est pratiqué pour confirmer l'absence de malformation évidente ou de détresse :
  - a) Cri vigoureux
  - b) Mouvements respiratoires efficaces
  - c) Bonne réactivité à la stimulation
- Sa tête est recouverte d'un bonnet

- Désobstruction des VAS/aspiration gastrique et vérification des choanes : cf 9.1 ; 9.2 ; 9.3

- Installation de la mère

- Position semi assise (proclive 45°)
- Les soins à la mère peuvent être réalisés pendant le peau à peau (délivrance, suture...)
- Veiller à ce qu'elle ait chaud : couverture, rampe chauffante
- Installation confortable (serviettes, coussins pour soutien des bras)
- Remonter les barrières du lit
- Sonnette à portée de main

- Installation du bébé

- En décubitus ventral
- Sur le sternum de la mère (plus haut que les seins) à hauteur de « bisous »
- Tête du bébé tournée sur le coté, VISAGE dégagé et VISIBLE, respiration nasale LIBRE, cou non fléchi
- L'enfant est ensuite recouvert d'un linge chaud (différent de celui qui a servi à le sécher) qui s'arrête à hauteur du cou
- SENSIBILISER la mère et la personne accompagnante sur l'importance d'un bon positionnement du bébé ++++

- Gestes de routine cf 9.4

- Première alimentation du nouveau-né

**Au biberon** : dans les 2 premières heures si bébé à risque d'hypoglycémie, petite quantité (5 à 15 ml) sinon, lorsque l'enfant recherche activement à téter,

**Au sein** : le nouveau-né doit être libre de gagner le sein par lui même et celle-ci est libre de l'aider à son grès. Le personnel soignant ne doit pas faire de mise au sein active, juste être présent si demande de la mère. Interférer le moins possible avec cet échange.

## 8. SURVEILLANCE

FONDAMENTALE pour éviter le risque de malaise de la mère et de l'enfant

Elle doit être expliquée à la mère et à la personne qui l'accompagne

Observation clinique **toutes les 15 min** : cf FICHE

Elle sera faite en alternance par les personnes disponibles (sage-femme, auxiliaire de puériculture, puéricultrice, aide-soignante, médecin -gynéco ou pédiatre-)

Elle comporte :

- Vérification de la liberté des VAS du bébé
- Appréciation de la couleur du bébé
- Appréciation du tonus et de la réactivité du bébé
- Prise de température à M30 et H2

- Vérification de la bonne position de la mère et du bébé
- Surveillance état de vigilance de la mère
- **Attention si bosse séro-sanguine importante** : retirer le bonnet à chaque surveillance pour vérifier l'évolution de la bosse

Durée du peau à peau : idéalement 2h. Si l'interruption est nécessaire le reprendre dès que possible.

## 9- SOINS DE ROUTINE

### 9.1. Désobstruction des VAS

Elle doit être immédiate et systématique en cas de :

- Détresse évidente
- Liquide méconial

Elle est nécessaire en cas de :

- Difficultés d'adaptation
- Encombrement du bébé
- Hypotonie même si adaptation cardio-respiratoire satisfaisante
- Césarienne
- Prématurité < 37 SA
- Prise de psychotropes ou sédatifs par la mère
- Analgésiques sédatifs administrés à la mère dans les 4h précédant l'accouchement
- Anomalies du RCF **ET** PH < 7,10 ou liquide amniotique teinté ou lactates > 8)
- Toxicomanie maternelle

Le geste de désobstruction peut se limiter à une aspiration douce (max 150 mmHg) de la cavité buccale et de la partie antérieure des fosses nasales lorsqu'il n'y a pas de détresse. Importance du soutien comportemental (peau à peau, regroupement en flexion, grasping, soutien plantaire).

### 9.2. Aspiration gastrique/test à la seringue

#### a. Les Risques

- Bradycardie ou apnée réflexe,
- Lésions muqueuses œsophagiennes
- Perturbations de la séquence comportementale initiale qui amène le bébé à téter le sein.

#### b. Technique

Introduire par la bouche (latéralement, le long de la joue) une sonde 6F réchauffée (pour l'assouplir) puis :

- Soit Aspiration gastrique simple
- Soit test à la seringue afin de vérification de la perméabilité de l'œsophage

Chez un enfant sans détresse vitale, l'aspiration gastrique se fera en utilisant des procédures de soutien comportemental .

#### c. Indications

- **Obligatoire si**
  - Détresse immédiate et/ou si liquide amniotique méconial (aspiration simple)
  - Suspicion d'atrésie de l'œsophage (test à la seringue +++)
    - Anténatale : hydramnios, petit estomac, syndrome polymalformatif...
    - Néonatale : hypersalivation, syndrome polymalformatif, grossesse non suivie (pas d'écho morpho)

- **Différée** si indication de prélèvement périphérique pour risque infectieux (cf protocole en cours dans maternité). Dans ce cas, aspiration gastrique simple qui peut être faite sur le ventre de la mère avant toute alimentation, si bébé va bien
- **Facultative** pour les bébés sans facteurs de risque

### 9.3. Vérification de la perméabilité des choanes

**La vérification de la perméabilité des choanes** à l'aide d'une sonde, dans les minutes qui suivent la naissance, est réservée aux nouveau-nés asphyxiques

Une atrésie unilatérale des choanes doit être dépistée à distance de la naissance par une technique non invasive.

Le souffle respiratoire est repéré en plaçant devant chacun des orifices narinaux :

- Soit une mèche de coton qui frémit au passage de l'air.
- Soit un miroir sur lequel se condense l'humidité expirée.

### 9.4. Autres gestes de routine

- La mesure de la **glycémie capillaire** chez le nouveau-né à risque d'hypoglycémie (cf protocole en cours)
- La mesure de la **température** à M30 du peau à peau (en axillaire ou en auriculaire) et après la période de peau à peau ; lorsqu'elle est mesurée en rectal, elle permet en même temps la vérification de la perméabilité anale.
- L'administration de **collyre** est inutile après une naissance par césarienne à membranes intactes ; elle est facultative dans les autres cas. Là encore, chaque équipe doit décider d'administrer ou non ce traitement et la décision doit être inscrite dans le protocole du service. Dans tous les cas, l'administration peut être différée à la fin du peau à peau.
- L'administration de **vitamine K** est obligatoire (2mg) ; elle doit être déposée dans la bouche ; le geste est pratiqué après la période de peau à peau et répétée avant la sortie selon protocole en vigueur
- L'**examen clinique complet** n'est pas urgent ; si un examen clinique minimum ne décèle aucune détresse ou malformation importante à la naissance, il doit être différé à la fin du peau à peau
- Les **mensurations** du nouveau-né doivent être pratiquées à distance de la naissance, la pesée à la fin de la période de peau à peau, la mesure de la taille et du périmètre crânien dans les jours qui suivent.
- En dehors du bain iodé immédiatement après la naissance dans le cadre des mesures de prévention de la transmission des virus herpès et VIH, la seule raison de donner **un bain** au nouveau-né le jour de la naissance est une demande maternelle.