



HAL
open science

”Bienvenue au monde!”. Enquête auprès de 189 mères et 174 pères sur l’accueil de leur nouveau-né sain

Laure Varin

► To cite this version:

Laure Varin. ”Bienvenue au monde!”. Enquête auprès de 189 mères et 174 pères sur l’accueil de leur nouveau-né sain. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00631018

HAL Id: dumas-00631018

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00631018>

Submitted on 11 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

« BIENVENUE AU MONDE ! »

Enquête auprès 189 mères et 174 pères sur l'accueil de leur
nouveau-né sain.

Mémoire présenté par
Mademoiselle Laure VARIN
Née le 25 décembre 1986.



DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2011

Au Docteur Véronique BARRE

Pour avoir dirigé ce mémoire, pour son aide et ses conseils.

A Madame Florence LE GUEN

Pour m'avoir guidée dans ce mémoire, pour sa disponibilité et ses encouragements.

A mes parents, ma sœur et à Clément

Pour leur amour et leur soutien à chaque instant.

A mes amies

Pour leur aide et leur soutien, pour avoir vécu avec moi les bonheurs et les tracas qui ont jalonné ce parcours.

Merci.

Introduction.....	1
Première partie : Revue de la littérature.....	2
1. Evolution de la prise en charge des nouveau-nés.....	2
<i>1.1. La lutte pour la survie.....</i>	<i>2</i>
<i>1.2. Le temps de l'hygiène et de l'asepsie.....</i>	<i>3</i>
<i>1.3. Le bien-être des mères et des enfants.....</i>	<i>4</i>
<i>1.4. La place des pères.....</i>	<i>5</i>
2. Caractéristiques du nouveau-né normal.....	6
<i>2.1. L'anamnèse.....</i>	<i>6</i>
<i>2.2. L'accouchement eutocique.....</i>	<i>8</i>
<i>2.3. L'âge gestationnel.....</i>	<i>8</i>
<i>2.4. L'adaptation à la vie extra-utérine.....</i>	<i>8</i>
<i>2.5. L'eutrophie.....</i>	<i>9</i>
<i>2.6. L'examen clinique initial.....</i>	<i>9</i>
3. Les besoins du nouveau-né sain.....	10
<i>3.1. La sensorialité du nouveau-né.....</i>	<i>10</i>
<i>3.2. Pratique du peau à peau.....</i>	<i>11</i>
3.2.1. Bénéfices pour l'enfant.....	11
3.2.2. Bénéfices pour la mère.....	11
3.2.3. Sécurité.....	12
<i>3.3. Recommandations pour l'accueil des nouveau-nés normaux.....</i>	<i>12</i>
3.3.1. Désobstruction des voies aériennes supérieures.....	12
3.3.2. Vérification de la perméabilité des choanes.....	13

3.3.3. Aspiration gastrique et dépistage de l'atrésie de l'oesophage.....	14
3.3.4. Administration de collyre.	14
3.3.5. Supplémentation en vitamine K.	14
3.3.6. Première tétée.	14
3.3.7. Le bain.	15
4. Prise en charge du nouveau-né normal.....	15
<i>4.1. Environnement d'accueil du nouveau-né.</i>	<i>15</i>
4.1.1. La salle d'accouchement.	15
4.1.2. Matériel de réanimation.....	15
4.1.3. Matériel nécessaire à toute naissance.	16
<i>4.2. Evaluation du nouveau-né à la naissance.....</i>	<i>16</i>
<i>4.3. Actes immédiats.</i>	<i>17</i>
Deuxième partie : L'enquête.....	18
1. L'enquête.	18
<i>1.1. Objectif de l'étude.....</i>	<i>18</i>
<i>1.2. Hypothèses.</i>	<i>18</i>
<i>1.3. Population d'étude.</i>	<i>18</i>
1.3.1. Critères d'inclusion.	19
1.3.2. Critères d'exclusion.....	20
<i>1.4. Recueil des données.....</i>	<i>20</i>
1.4.1. Le questionnaire.	20
1.4.2. Distribution des questionnaires.	22
<i>1.5. Traitement des données.....</i>	<i>22</i>
2. Les résultats.....	23
<i>2.1. Les mères.</i>	<i>23</i>
2.1.1 Profil des patientes.	23
2.1.2. La grossesse.....	23

2.1.3. L'accouchement.	25
2.1.4. Post-partum immédiat en salle de naissance.	26
2.1.5. Premier contact avec le nouveau-né.	28
2.1.6. Alimentation du nouveau-né.	33
2.1.7. Les soins du nouveau-né.	35
2.1.8. Satisfaction.	38
2.2. Les pères.	41
2.2.1. Profil des pères.	41
2.2.2. La naissance.....	42
2.2.3. Les soins du nouveau-né.	43
2.2.4. Le vécu des pères.....	46
Troisième partie : Discussion et propositions.....	48
1. Discussion.....	48
1.1. Population.....	48
1.1.1. Profil.	48
1.1.2. Connaissances.....	49
1.2. L'accouchement et le post-partum immédiat.	50
1.2.1. Eléments de l'accouchement influençant l'accueil des nouveau-nés.....	50
1.2.2. Le post-partum immédiat.	50
1.2. Etat des lieux sur les pratiques.	51
1.2.1. Environnement.	51
1.2.2. Soins au nouveau-né.....	52
1.2.3. La pratique de la technique peau à peau.....	52
1.2.4. Informations délivrées aux parents.....	53
1.3. Les souhaits des parents.....	54
1.3.1. L'alimentation du nouveau-né.....	54
1.3.2. La pratique du peau à peau.	54
1.3.3. Le bain.	55
1.3.4. La place du père.....	55

1.4. <i>Satisfaction</i>	56
2. Propositions d'action	58
2.1. <i>Sensibiliser les professionnels</i>	58
2.2. <i>Une fiche de « Projet d'accueil du nouveau-né »</i>	58
Conclusion	59

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION.

Introduction.

L'accueil des nouveau-nés à terme issus d'accouchement eutocique dans un contexte de grossesse physiologique est sous la responsabilité de la sage-femme. D'après la société française de périnatalité, « les attentes du nouveau-né bien portant à terme, peuvent être résumées par la nécessité de favoriser dès l'accouchement l'installation d'un lien d'attachement (affectif et physique) entre l'enfant et sa mère (et sa famille), de favoriser le confort et le bien-être physiologique et comportemental de l'enfant et de la mère, de soutenir la mise en place d'un allaitement de qualité » [1]. Les premiers instants de vie du nouveau-né sont capitaux tant pour l'enfant que pour ses parents qui garderont cet épisode en mémoire très longtemps. Lorsque l'accouchement est eutocique, il semble nécessaire de tout mettre en œuvre pour que ces premiers moments soient un temps d'échange et de découverte parents-enfant, dans des conditions les plus calmes et intimes possible.

Au cours de nos stages en salle de naissance, nous avons pu observer des disparités concernant la prise en charge des nouveau-nés bien portants dans les deux premières heures de vie. Entre recommandations nationales et internationales et pratiques spécifiques à chaque établissement, nous avons souhaité connaître le vécu et les attentes des parents quant à l'accueil de leur nouveau-né.

Nous avons tout d'abord réalisé une revue de littérature selon 4 grands axes. Nous avons commencé par évoquer un rappel historique de l'évolution de la prise en charge des nouveau-nés. Puis, nous avons rappelé les caractéristiques d'un nouveau-né normal, avant d'énoncer ses besoins. Enfin, nous avons étudié la prise en charge du nouveau-né normal.

Ensuite, nous avons enquêté auprès de couples de parents, dans les 2 premiers jours du post-partum, dans le service de suites de couches du centre hospitalier du Belvédère afin de connaître leur vécu et leurs attentes. Nous vous exposerons la méthode et les résultats de cette étude.

Enfin, nous discuterons dans une dernière partie des résultats obtenus, et nous essayerons de préciser comment s'approcher au mieux d'une prise en charge optimale du nouveau-né bien portant tout en respectant les souhaits des parents.

**REVUE
DE LA
LITTERATURE.**

Première partie : Revue de la littérature.

1. Evolution de la prise en charge des nouveau-nés.

1.1. La lutte pour la survie. [3, 8]

C'est en réponse à une mortalité et une prématurité importantes que les premiers travaux sur les nouveau-nés ont vu le jour au XIXe siècle. Cette perte maternelle et néonatale s'expliquait en partie par la précarité de la population accouchant à l'hôpital. En effet cette population était constituée de femmes pauvres et de filles mères à la recherche d'un refuge, les femmes des milieux plus aisés accouchaient à domicile. De plus, l'absence de connaissance sur la propagation des microbes, l'hygiène et l'asepsie entraînait la mort par fièvre puerpérale, septicémie... La mortalité à la naissance, considérée jusque là comme la volonté divine, commençait à scandaliser les gens cultivés. Le nouveau-né, jusqu'alors peu considéré, devint la représentation de « l'avenir » et intéressa donc la collectivité toute entière.

Dans une volonté de lutter pour la survie des nouveau-nés prématurés, Stéphane Tarnier (1828-1897) fabrique la première couveuse en 1880 afin de palier à l'hypothermie. La prise en charge des besoins des nouveau-nés abandonnés lui fera étudier différents laits d'animaux et instaurer les premiers principes d'hygiène dans la préparation des biberons. D'un point de vue obstétrical il a également tenu un rôle majeur dans l'avancée en matière d'asepsie et dans la régression de la fièvre puerpérale.

En 1895, Adolph Pinard (1844-1934), disciple de Tarnier, invente le terme de puériculture intra-utérine ou anténatale et s'intéresse à un nouveau patient : le fœtus. Le stéthoscope de Pinard, qui deviendra incontournable pour tout suivi de grossesse, transforme la connaissance de la vie fœtale. Il adhère totalement au courant nataliste de son époque qui glorifie la maternité et la présente comme l'apogée de l'identité féminine. Le but de son travail est non seulement de permettre aux femmes de bien accoucher mais aussi aux nouveau-nés de bien vivre notamment en défendant avec ferveur l'allaitement maternel.

A Paris, l'Hospice de l'Oratoire, ouvert en 1802, accueille des enfants trouvés (des nouveau-nés jusqu'aux enfants de 12 ans) qui servent en quelque sorte de cobayes, et permettent la progression de la clinique infantile.

Des observations méthodiques permettent de définir les maladies spécifiques des nouveau-nés et des nourrissons, et d'attester de l'importance des travaux de Pasteur dans la lutte contre les maladies infectieuses. Des études sont menées afin d'établir des relations entre l'état de santé des nouveau-nés et les conditions de gestation, de l'accouchement et du premier nourrissage.

Depuis les travaux de Bichat (1771-1802), les scientifiques avaient repéré que l'asphyxie du nouveau-né était la cause principale de mortalité néonatale. En 1947, l'anoxie fœtale mesurable sera un objet clinique privilégié et conduira à l'étude du développement neurologique des nouveau-nés prématurés par l'équipe d'Alexandre Minkowski (1915-2004) à la clinique Beaudelocque. Suivront des études sur le développement psychomoteur et psychoaffectif qui profiteront à tous les nouveau-nés et mettront en évidence leurs compétences.

C'est donc au XIXe siècle que débute l'intérêt des médecins pour les nouveau-nés qu'ils ont eu l'occasion de côtoyer et d'observer avec l'augmentation du nombre d'accouchements à l'hôpital. L'importante mortalité et morbidité néonatale des débuts aura fait naître le désir de sauver ces nouveau-nés, de les aider à survivre.

1.2. Le temps de l'hygiène et de l'asepsie. [4, 3, 8]

Les travaux et expériences menées au XIXe siècle par Tarnier, Ignace Semmelweiss (1818-1865), Louis Pasteur (1822-1895) et d'autres mettent en évidence l'intérêt de l'asepsie pour diminuer la mortalité dans les maternités. Entre incrédulité et réticence, il a fallu près d'un siècle pour faire adhérer le corps médical aux pratiques d'hygiène et d'asepsie. Cela se soldera, vers le milieu du XXe siècle, par une nette diminution de la fièvre puerpérale, de la morbidité et de la mortalité des accouchées et de leurs nouveau-nés. Finalement ces théories tant discutées deviennent la solution absolue pour quitter définitivement un passé morbide et douloureux. Nait alors un courant hygiéniste induit par la « phobie des microbes ». La potentialité pathogène de l'accouchement prévaut sur tous ses autres paramètres. Les dimensions relationnelle, psychologique et intime de l'accouchement sont amenuisées au profit de pratiques « sécuritaires ». L'accouchement et la prise en charge des nouveau-nés, autrefois considérés comme naturels, deviennent une prouesse technique médicale. Les compétences des femmes, et des sages-femmes, quant à la mise au monde des enfants sont remises en cause.

L'accueil des femmes enceintes puis de leur nouveau-né dans les maternités est également gouverné par la peur (de contracter des maladies, de la mort...). Ainsi, pour diminuer les risques d'infection, les femmes subissent des rasages et des lavements systématiques, et sont isolées car les visites sont interdites. La prise en charge des nouveau-nés est également axée sur la « sécurité ». Après la naissance l'enfant est le plus souvent éloigné pour être soigné immédiatement par les puéricultrices : aspiration systématique, soins d'hygiène, installation dans un berceau pour la sécurité (...) sont les nouveaux rituels qui permettent aux professionnels de s'armer contre leurs craintes. Si la mère allaite, on lui apporte son enfant toutes les trois heures et elle doit allaiter en position assise pour limiter les risques d'étouffement. Dans les années 1950-1960, les principes de sécurité imposent que les puéricultrices fassent presque tous les soins des enfants, mettant la mère à l'écart. L'allaitement perd de son attrait puisqu'il comporte des risques d'étouffement et nécessite un accompagnement pour initier les jeunes mères.

A mesure que les progrès médicaux et leur application rigoureuse diminuent prodigieusement la morbidité et la mortalité, un certain malaise s'installe parmi les accouchées qui se sentent un peu dépossédées de leur accouchement et de leur nouveau-né, ce qui engendre de nouvelles réflexions.

1.3. Le bien-être des mères et des enfants. [4, 14, 24, 25, 27, 29, 30]

Dans les années 1968, la contestation générale n'épargne pas le corps obstétrical, les médecins se critiquent entre eux et des mouvements féministes émergent dénonçant les conditions d'accouchement et d'accueil des nouveau-nés qui manquent d'humanité... Les psychologues s'intéressent de plus en plus aux sujets de la grossesse et de l'accouchement et contribuent à faire évoluer les mentalités. La prise de conscience progressive des professionnels de la naissance permet aux mères de reprendre leur place auprès de leur enfant et d'exprimer leurs désirs et leurs craintes. Ainsi, la prise en charge du nouveau-né ne se résume plus à la prévention des risques mais également à la valorisation de ses compétences, de ses capacités à interagir avec ses parents. Petit à petit, une bonne relation mère-enfant devient un critère de bonne santé au même titre que l'absence d'infection. L'ouvrage *Pour une naissance sans violence* écrit par Frédérick Leboyer en 1974 crée une véritable polémique, cet auteur se positionne comme un défenseur de la cause des nouveau-nés et s'intéresse à ce qu'ils

ressentent à la naissance. Bien que controversées, ses idées confirment le mouvement qui s'instaure et chemineront dans les esprits des femmes et des professionnels.

Au début des années 1980, les patrons de l'obstétrique se convertissent à de nouvelles pratiques cherchant à lier sécurité et humanité en accompagnant les couples et en les conseillant plutôt qu'en imposant. Ils construisent leur réputation non plus seulement sur la sécurité de leur clinique mais aussi sur la qualité de l'accueil.

Les courants de pensée sur l'alimentation des nouveau-nés évoluent ; au mouvement « pro-biberon » du baby-boom fait suite un mouvement « pro-allaitement » qui revendique les bienfaits de l'alimentation au sein. L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés IHAB lancée en 1992 a pour but principal la promotion de l'allaitement maternel mais elle propose à ces fins une réorganisation totale de l'accueil des nouveau-nés. De la même façon, l'organisation mondiale de la santé OMS, la Haute Autorité de santé HAS et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé ANAES recommandent de nouvelles pratiques telles que le peau à peau précoce et prolongé, l'absence de bain avant au moins 2 heures de vie, l'aspiration nasopharyngée uniquement sur signe d'appel (...) afin de permettre au nouveau-né de s'adapter au mieux au monde extérieur et de favoriser la relation mère-enfant. En 2005, le plan périnatalité humanité, proximité, sécurité, qualité, compte parmi ses objectifs la volonté d'améliorer la sécurité et la qualité des soins et le désir de développer une offre plus humaine et plus proche de la naissance.

L'intérêt grandissant pour les nouveau-nés et pour la dimension psychologique de l'enfantement s'accompagne d'une révolution dans les salles de naissance : l'introduction des pères.

1.4. La place des pères. [7, 23]

L'arrivée des pères dans les salles d'accouchement se fait progressivement à partir des années 1970, période à laquelle la « phobie des microbes » s'éteint et l'accouchement sans douleur naît. Traditionnellement réservés à la gente féminine, puis au corps médical avec les accoucheurs, la naissance et l'accouchement s'ouvrent peu à peu aux pères. Le premier rôle qui leur a été confié fût celui de combler le vide affectif subi par les mères lors de leur « immersion » en maternité. En effet, avant cette prise de conscience, elles confiaient leur corps ainsi que celui de leur enfant à des mains expertes mais inconnues et elles étaient isolées de leur mari et famille pour éviter la

propagation de germes. Entre 1972 et 1992 le pourcentage d'hôpitaux américains favorables à l'entrée des pères sur le lieu de l'accouchement s'est élevée de 27% à presque 100% dans les années 1990, 85% des pères de foyers biparentaux assistent à la naissance de leur enfant. La même évolution s'est produite en Europe et en France. Les bénéfices de l'arrivée des pères sont doubles : les femmes se sentent mieux et les pères qui assistent à la naissance éprouvent une grande satisfaction émotionnelle. Jean Le Camus parle d'une « avancée considérable dans l'amélioration des conditions psychologiques du confort apporté à la parturiente et de l'accueil réservé à l'enfant. ». Cependant les pères, autrefois exclus de ces « affaires de femmes », ne sont pas forcément préparés à accompagner leur compagne lors de l'enfantement ni à accueillir leur nouveau-né. C'est pourquoi des séances de préparation à la naissance s'ouvrent progressivement aux pères depuis une vingtaine d'années.

Concernant l'accueil du nouveau-né, la mise en pratique par les maternités de gestes symboliques confère au père un rôle d'acteur et non plus simplement d'observateur lors de la naissance. Ainsi, en psychanalyse, la section du cordon ombilical représente un acte précurseur de la fonction de séparation, quant au premier bain, il représente une anticipation sur l'action paternelle d'ouverture au monde et d'immersion de l'enfant dans le milieu social.

Ainsi nous avons vu que c'est « grâce » aux nouveau-nés malades et abandonnés que des études ont pu être pratiquées. L'observation méthodique des symptômes et une clinique minutieuse ont permis de définir des critères caractéristiques de la normalité ou de la pathologie. L'histoire nous révèle également le cheminement en terme d'accueil des nouveau-nés depuis la nécessité de les aider à survivre jusqu'à la prise en compte de leur bien-être.

2. Caractéristiques du nouveau-né normal.

2.1. L'anamnèse. [13, 26]

La connaissance de l'anamnèse de la patiente et un bon suivi de la grossesse sont indispensables pour adapter notre prise en charge des nouveau-nés. Ils permettent d'orienter les femmes vers un centre spécialisé si besoin, et d'attester de l'absence de pathologie ante et per natale.

Afin de connaître les antécédents maternels, un interrogatoire complet en début de grossesse doit être effectué. En effet certaines situations, à risque accru, peuvent être détectées à cette occasion (Colmant et Frydman).

Le recueil des antécédents familiaux nous renseigne sur : les maladies héréditaires familiales, les décès inexplicables en période néonatale, une notion de consanguinité, l'état de santé de la fratrie...

Le recueil des antécédents personnels maternels reprend principalement : les maladies, pouvant directement ou par l'intermédiaire du traitement avoir un effet sur le fœtus ; ainsi que les addictions (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme) puisqu'elles ont des répercussions néonatales.

Dans les antécédents obstétricaux, sont recherchés essentiellement : les pathologies vasculaires, les morts fœtales in utero, la prématurité, la macrosomie... et toute anomalie survenue lors des grossesses et accouchements précédents.

La morphologie, l'âge et la situation socio-économique de la patiente sont également à prendre en compte.

Le suivi de la grossesse comporte des examens cliniques et para cliniques obligatoires et recommandés (décret du 14/02/1992) dans le but de dépister des pathologies et de prévenir les situations à risque.

L'identification des groupe sanguin et rhésus a pour but de prévenir les risques d'incompatibilité fœto-maternelle.

Sont dépistés de manière obligatoire : la toxoplasmose, la rubéole, la syphilis dès la première consultation de grossesse, l'hépatite B au 6^e mois.

Trois échographies permettent de dépister les malformations (visibles en échographie) et de suivre la croissance et la vitalité fœtale.

Des pathologies telles que le diabète gestationnel, des infections, des pathologies vasculaires, des métrorragies, peuvent survenir pendant la grossesse et doivent être dépistées et prises en charge car elles influencent le pronostic néonatal.

Une grossesse simple est une grossesse ne présentant pas de facteurs de risque au terme d'une surveillance de qualité. Le nouveau-né normal se caractérise, entre autre, par l'absence de pathologies anténatales.

2.2. L'accouchement eutocique.

Il s'agit d'un accouchement au terme d'un travail spontané, avec une durée d'ouverture de l'œuf inférieure à 18 heures. L'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal ne retrouve pas d'anomalies. La température maternelle reste normale et le liquide amniotique clair.

L'administration de drogues à visée antalgique doit être pratiquée uniquement si l'accouchement ne semble pas imminent sinon elle augmente le risque de détresse respiratoire néonatale.

Le fœtus est en position eutocique et l'accouchement se fait par voie basse, naturellement. Le placenta est normal.

Une bonne surveillance du travail et de l'accouchement permet d'éliminer des facteurs de risque de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

2.3. L'âge gestationnel. [5, 6]

On parle de nouveau-né à terme, mature, pour une durée d'aménorrhée comprise entre 37 et 41 semaines. Le calcul de l'âge gestationnel est défini par rapport à la date des dernières règles et/ou par rapport aux mesures fœtales pratiquées en échographie. Après l'accouchement, l'examen des critères morphologiques de maturation de l'enfant, cotés grâce au score de Valérie Farr, permet d'estimer l'âge de la grossesse.

La bonne adaptation à la vie extra-utérine est dépendante de la maturité du nouveau-né principalement sur les plans cardio-vasculaire et neurologique dans un premier temps.

2.4. L'adaptation à la vie extra-utérine. [5, 6]

La transition entre la vie intra et extra-utérine implique différents processus. En effet, le nouveau-né passe d'une vie aquatique materno-dépendante à une vie aérienne, autonome.

L'établissement de la respiration et la séparation du nouveau-né d'avec son placenta modifient profondément le système circulatoire. La circulation fœtale « en parallèle » grâce à 3 schunts devient une circulation néonatale « en série ». Les résistances systémiques augmentent brutalement tandis que les résistances pulmonaires chutent, et la saturation artérielle en oxygène s'élève fortement.

Sur le plan respiratoire, la naissance provoque le passage d'une respiration fœtale intermittente à une respiration néonatale continue et efficace. Les premiers mouvements respiratoires provoquent l'expansion alvéolaire. Celle-ci permet la mise en route de la circulation pulmonaire qui était très limitée durant la vie fœtale.

La naissance entraîne également la nécessité de lutter contre le refroidissement. Les phénomènes de conduction, convection, évaporation, et radiation font perdre de la chaleur au nouveau-né. La thermorégulation dépend de la thermogenèse sans frisson issue du tissu adipeux brun.

La nutrition transplacentaire va brusquement s'interrompre à la naissance. La régulation glycémique du nouveau-né se fait d'abord grâce à la glycogénolyse hépatique puis est rapidement relayée par l'alimentation lactée.

Le nouveau-né sain respire normalement ou crie, il est rose et réactif, sa fréquence cardiaque est supérieure à 100 battements par minutes.

2.5. L'eutrophie. [5, 6]

Les mensurations du nouveau-né sont établies en fonction de leur terme, de leur sexe, de l'origine géographique. Ainsi le poids moyen est de 3200 gr, la taille moyenne est de 50 cm, le périmètre crânien moyen est de 35 cm. Des mensurations en concordance avec le terme témoignent de l'eutrophie.

2.6. L'examen clinique initial. [5, 6, 16]

L'objectif de cet examen est de s'assurer de l'absence de pathologie vitale respiratoire ou cardiaque et de dépister les malformations et anomalies externes.

Le premier examen clinique comporte une observation afin d'évaluer l'attitude spontanée de l'enfant, son état cutané, la régularité de sa respiration et la fréquence respiratoire (entre 30 et 60 mouvements par minutes). Une auscultation cardio-pulmonaire est nécessaire afin de définir sa fréquence cardiaque (120-160 battements par minutes) et d'entendre le murmure vésiculaire. Les pouls fémoraux et huméraux doivent être perçus et symétriques. L'abdomen doit être souple sans masse anormale palpable. Sont également examinés : la face, le palais, le thorax, les membres, le rachis et les organes génitaux externes.

Cet examen clinique initial est souvent sous la responsabilité de la sage-femme, il doit être fait avant le départ pour le service des suites de couches.

L'émission de méconium ou d'urine doit être visualisée (respectivement dans les 24 ou 48h) mais pas nécessairement dès la salle de naissance. L'examen et les différents dépistages sont obligatoirement retranscrits dans le carnet de santé. Au cours de son séjour, l'enfant sera réexaminé par un pédiatre afin de confirmer son état de santé et de préparer le retour à domicile.

3. Les besoins du nouveau-né sain.

3.1. La sensorialité du nouveau-né. [1, 2, 14]

D'après la société française de médecine périnatale, « les attentes du nouveau-né bien portant, à terme, peuvent être résumées par la nécessité de favoriser dès l'accouchement l'installation d'un lien d'attachement (affectif et physique) entre l'enfant et sa mère (et sa famille), de favoriser le confort et le bien-être physiologique et comportemental de l'enfant et de la mère, de soutenir la mise en place d'un allaitement de qualité. »

Dans les deux premières heures de vie, le nouveau-né en bonne santé présente une phase d'éveil calme propice à l'attachement avec ses parents et à l'apprentissage. Cette phase d'éveil est optimale lorsque l'état du nouveau-né n'a nécessité aucun geste intrusif et qu'il est placé contre sa mère le plus rapidement et le plus longtemps possible en salle de naissance.

À la naissance l'enfant voit distinctement les objets et les visages qui se trouvent à 25-30 cm de lui (distance entre le visage de la mère et les yeux de l'enfant lors de l'allaitement au sein ou au biberon). Il entend bien dès sa naissance et « préfère » la voix de sa mère à tout autre son. Le toucher du nouveau-né passe principalement par les lèvres et les mains. Le système olfactif est également très développé.

L'envie de téter est guidée par tous ses sens. L'odeur du mamelon maternel et l'attrait visuel du nouveau-né pour les formes rondes et les contrastes de couleurs (mamelon) l'attirent vers le sein. L'odeur et le goût du liquide amniotique familiers présents sur tout son corps peuvent l'amener à téter sa main. L'ouïe est stimulée par la voix caractéristique des mères dans les premières heures suivant l'accouchement. Ces facteurs induisent un comportement qui permet à la mère de comprendre que le nouveau-né souhaite téter. L'enfant peut utiliser sa force pour ramper jusqu'au sein. Il fait des mouvements avec ses lèvres et sa langue, il bascule sa tête en arrière et ouvre

grand la bouche, il s'enfouit dans le sein de sa mère... Lorsque le nouveau-né arbore ce comportement, c'est le moment idéal pour l'allaiter, au sein ou au biberon.

Ainsi le contact avec la mère semble être l'élément le plus important de l'accueil d'un nouveau-né sain.

3.2. Pratique du peau à peau.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS): « A la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère. » [25]

Les notions principales de ces recommandations sont de favoriser : le contact mère-enfant en reportant les soins nécessaires à l'enfant après une période de contact prolongée et ininterrompue, l'allaitement maternel, la sécurité de la mère et de l'enfant.

Les indications du peau à peau en salle de naissance sont définies par des protocoles propres à chaque établissement. Il est normalement réservé aux nouveau-nés sains.

3.2.1. Bénéfices pour l'enfant. [14, 15, 19, 22]

Les bénéfices pour l'enfant sont multiples. Il favorise la mise en place du lien mère-enfant par le biais de l'augmentation de l'ocytocine maternelle. Il agit sur le stress néonatal en diminuant la sécrétion d'adrénaline et atténue les états douloureux grâce à la sécrétion d'endorphines. D'après Syfrett 1996, il permet une meilleure thermorégulation, d'après Christensson 1992 et Mazurek 1999 les glycémies des nouveau-nés à 2 heures de vie sont plus élevées dans le groupe « peau-à-peau ».

3.2.2. Bénéfices pour la mère. [14, 15, 19, 22]

Les bénéfices maternels sont également non négligeables. D'après Winberg, il augmente la sécrétion d'ocytocine maternelle induisant une diminution des risques d'hémorragie du post-partum et une diminution de l'anxiété maternelle.

Pour les femmes qui souhaitent allaiter, les chances de réussite de l'allaitement maternel sont significativement plus importantes.

3.2.3. Sécurité. [10, 12, 28]

Onze cas de malaises graves subits (incidence de 1/26000 naissances), dont sept décès (incidence de 1/40000 naissances), ont été décrits dans le cadre du peau à peau dans 9 maternités sur les 24 Pays-de-la-Loire, entre les années 2000 et 2006. Le plus souvent il s'agit de nouveau-nés sans anomalies, à terme, nés de femmes primipares, fatiguées, risquant de s'endormir [28]. Les études actuelles ne permettent pas de lier ces malaises à la pratique du peau à peau. Cependant ces chiffres sont suffisamment alarmants pour être pris en compte. De nombreux auteurs s'accordent à dire que l'établissement d'un protocole d'accueil des nouveau-nés sains dans chaque structure limiterait les risques. Ainsi, le réseau sécurité naissance des pays de Loire propose six éléments de prévention :

- 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
- mettre le nouveau-né plutôt sur le côté sur la poitrine de sa mère, le disposer sur le ventre uniquement pour la tétée
- 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.

Ce sujet fait débat puisque la présence constante d'un professionnel est souvent difficile.

3.3. Recommandations pour l'accueil des nouveau-nés normaux.

3.3.1. Désobstruction des voies aériennes supérieures. [17, 14]

La désobstruction des voies aériennes supérieures est l'association d'une désobstruction des fosses nasales et de la cavité buccale.

En raison des risques de laryngospasme et d'induction d'un réflexe vagal parfois associé à une désaturation ou une bradycardie, elle ne doit pas être effectuée de manière systématique.

Elle doit être réservée aux critères individuels suivant :

- Traitement maternel par des psychotropes
- Toxicomanie maternelle
- Signes de stress fœtal (SFA) et toutes anomalies du rythme cardiaque fœtal
- Liquide amniotique méconial
- Césarienne
- Terme <39SA
- Difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine
- Encombrement important
- Hypotonie importante même si adaptation cardiorespiratoire satisfaisante
- Prescription d'analgésiques en péripartum (Nubain®...)

La désobstruction nasale consiste en l'introduction délicate dans le conduit nasal d'une sonde d'aspiration à bout mousse de taille adaptée. La longueur de sonde à introduire correspond à la longueur aile du nez-coin interne de l'œil. La progression de la sonde se fait perpendiculairement au visage de l'enfant. L'aspiration se réalise uniquement au retrait de la sonde qui doit être lent et progressif (aspiration réglée vers - 200 mbar). Il ne faut pas forcer si un obstacle est rencontré, une sonde qui butte 1 ou 2 cm après l'orifice narinaire évoque une atrésie des choanes.

3.3.2. Vérification de la perméabilité des choanes. [14, 17]

Bien que l'atrésie des choanes soit exceptionnelle, son dépistage est indispensable. La vérification de la perméabilité des choanes n'est pas une urgence et peut être différée de plusieurs heures après la naissance, en effet l'urgence réside dans l'atrésie bilatérale des choanes qui se manifeste très rapidement par de grandes difficultés respiratoires.

Ce dépistage doit être impérativement noté lorsqu'il est fait pour éviter qu'il ne soit fait plusieurs fois. Plusieurs techniques sont décrites pour ce dépistage : l'introduction d'une sonde nasale, l'observation de deux ronds de buée sur un miroir placé sous le nez du nouveau-né, utilisation d'une fine mèche de coton, l'écoute de l'expiration de chaque narine avec un stéthoscope [...].

3.3.3. Aspiration gastrique et dépistage de l'atrésie de l'oesophage.[20,21]

L'aspiration gastrique n'a pas fait preuve de son efficacité et n'est plus systématiquement recommandée. De plus elle peut induire des lésions œsophagiennes et des difficultés pour la première tétée. Elle doit être réservée :

- aux suspicions d'atrésie de l'oesophage (1/5000 naissances) : diagnostic anténatal évocateur, hydramnios, hypersalivation,
- aux nouveau-nés pour lesquels il n'y a pas eu de suivi prénatal et donc pas d'échographie de dépistage,
- aux prélèvements gastriques pour diagnostic bactériologique : liquide amniotique teinté, suspicion d'infection materno-foetale.

En cas de suspicion d'atrésie de l'oesophage, un test à la seringue doit compléter l'aspiration gastrique.

3.3.4. Administration de collyre. [20]

En France, l'administration de collyre antiseptique ou antibactérien en prévention de la conjonctivite néonatale reste largement pratiquée. L'intérêt réel de cette prophylaxie n'a pas été évalué, ainsi certains centres font une antibioprofylaxie sur facteurs de risques et d'autres continuent une prévention systématique devant la recrudescence des infections sexuellement transmissibles.

Si elle est maintenue, l'instillation de collyre doit se faire dans l'heure qui suit la naissance avec utilisation d'ampoules unidoses pour éviter les contaminations croisées. Par ailleurs, il est mieux de pratiquer cette instillation après une période de peau à peau afin de ne pas troubler les premiers échanges visuels du nouveau-né avec sa mère.

3.3.5. Supplémentation en vitamine K.

Elle est recommandée en prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né, à raison de 2mg per-os.

3.3.6. Première tétée.

Il est recommandé que le 1^{er} repas soit donné avant la 2e heure de vie surtout en cas d'allaitement maternel [21, 34], après une période ininterrompue de peau à peau.

3.3.7. Le bain. [31, 34]

En raison du risque d'hypothermie et de la privation du nouveau-né de repères olfactifs le bain lors du premier jour de vie a tendance à disparaître des maternités françaises. Cependant les recommandations suisses et canadiennes stipulent qu'un bain peut être donné à l'enfant après deux heures de contact avec sa mère et le premier repas si sa température, sa fréquence respiratoire et sa fréquence cardiaque sont stables.

4. Prise en charge du nouveau-né normal.

4.1. Environnement d'accueil du nouveau-né. [5, 6, 27, 34]

4.1.1. La salle d'accouchement.

Le Réseau Sécurité Naissance recommande que la température en salle d'accouchement soit d'environ 24°C, avec une lumière faible, une absence de bruit, de l'intimité, avec un nombre de personnes limité (le moins possible de professionnels différents et en général un seul accompagnant) et des portes fermées. Une table d'examen équipée d'une rampe chauffante est souvent présente dans la salle, avec une source d'air et d'oxygène, et une aspiration. Elle permet de prendre en charge les nouveau-nés pour des soins simples en présence de la mère et du conjoint, sans transfert dans une autre salle.

4.1.2. Matériel de réanimation.

Pour toute naissance, la prise en charge d'une éventuelle réanimation néonatale implique la présence d'une personne compétente (sage-femme, pédiatre, obstétricien, anesthésiste) et de matériel. D'après l'article R.4127-309 du code de déontologie « la sage-femme doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants ». Ainsi, le matériel de réanimation néonatal doit être disponible et en bon état de fonctionnement, il comporte le nécessaire pour aspirer, oxygéner, ventiler, intuber, perfuser, ainsi que des médicaments. La table de réanimation doit être chaude et prête à l'emploi.

4.1.3. Matériel nécessaire à toute naissance.

La température du nouveau-né est contrôlée au moyen d'un thermomètre propre. Afin d'éviter qu'il ne perde de la chaleur il est important de prévoir un bonnet et des langes propres, secs et chauds pour le sécher à sa naissance.

Par mesure de sécurité chaque enfant doit porter un bracelet d'identité.

L'examen clinique du nouveau-né nécessite : une balance, un mètre ruban et un stéthoscope décontaminés.

Les soins du cordon ombilical nécessitent un bistouri ou une paire de ciseaux stériles, un clamp de Barr, une solution antiseptique type chlorhexidine et des compresses stériles.

Les médicaments à prévoir sont :

- la vitamine K1 (0,2 ml = 2mg) pour une administration orale, intramusculaire ou intraveineuse ;
- selon le protocole de la maternité : un flacon de collyre pour la désinfection oculaire ouvert depuis moins de 24 heures (habituellement collyre à large spectre Rifamycine®)

Un lecteur de glycémie capillaire et les bandelettes correspondantes peuvent être utiles en fonction de la clinique et des antécédents.

4.2. Evaluation du nouveau-né à la naissance. [9, 21, 27, 33, 37]

A la naissance l'état de l'enfant doit être immédiatement évalué afin de lui prodiguer des soins optimaux. International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) et European Resuscitation Council 2005 (ERC) retiennent 4 critères pour définir un nouveau-né sain : (Annexe IV)

- une naissance à terme
- un liquide amniotique clair et sans infection potentielle
- le nouveau-né respire ou crie
- le nouveau-né a un bon tonus

Ces 4 items associés à une palpation du cordon (>100bpm) et une auscultation cardiaque semblent être plus pertinents que le score d'Apgar et tout à fait conciliables avec une pratique précoce du peau à peau.

Le score d'Apgar doit être évalué à 1, 5, et 10 minutes, il comporte 5 critères cotés de 0 à 2:

- la fréquence cardiaque
- les mouvements respiratoires
- la coloration
- le tonus musculaire
- la réactivité

Les critères pouvant amener à une réanimation sont : l'absence de respiration, une fréquence cardiaque <100 bpm, une mauvaise coloration ou un score d'Apgar inférieur à 7.

4.3. Actes immédiats. [5, 6, 21, 33, 34, 35]

« La prise en charge d'un nouveau-né sain est dictée par trois règles élémentaires : sérénité de l'équipe, sécurité, asepsie » [6]

Les naissances normales n'ayant que rarement lieu en présence des pédiatres, il semble important que ceux-ci, en accord avec les obstétriciens et les sages-femmes, établissent un protocole d'accueil des nouveau-nés dans chaque salle de naissance.

A la naissance, l'enfant doit être posé en peau à peau sur le ventre de sa mère, voies aériennes supérieures dégagées. Il doit alors être immédiatement séché (évite les pertes thermiques par évaporation) et recouvert d'un linge chaud et sec.

Le clampage du cordon ombilical ne fait pas l'objet de consensus. Immédiat, il prive le nouveau-né d'un apport supplémentaire en fer mais n'est pas compatible avec la pratique de la mesure du pH de plus en plus généralisée. Une à trois minutes après la naissance il améliorerait le statut en fer du nouveau-né mais serait responsable d'une augmentation du taux d'ictères.

Simultanément, la sage-femme ou l'obstétricien doit évaluer l'état du nouveau-né.

Ainsi nous avons vu que la prise en charge d'un nouveau-né sain dans le post-partum immédiat nécessite des connaissances, du savoir-faire et de la technique de la part des professionnels tout en restant le plus « discret » possible. Cependant, ce nouveau-né est le membre d'une famille, il nous a donc semblé intéressant de connaître le ressenti et l'avis des parents sur sa prise en charge.

L'ENQUETE.

Deuxième partie : L'enquête.

1. L'enquête.

1.1. Objectif de l'étude.

Il s'agissait d'une étude prospective unicentrique qui s'est déroulée du 4 octobre 2010 au 31 décembre 2010, soit pendant 13 semaines, à la maternité du centre hospitalier du Belvédère.

Cette étude va nous permettre d'une part d'avoir un regard sur les pratiques des professionnels lors de l'accueil des nouveau-nés sains. D'autre part, il nous a semblé intéressant de connaître les attentes et le degré de satisfaction des parents par rapport à la prise en charge de leur enfant dans les premières heures de vie.

1.2. Hypothèses.

Les dernières recommandations en matière d'accueil des nouveau-nés sains ayant démontré de réels bénéfices sur l'état général de ces enfants ainsi que de leur mère laissent supposer qu'elles devraient être suivies quelque soit le niveau de la maternité.

Nous avons émis comme première hypothèse que les couples qui le peuvent ne bénéficient pas tous d'un accueil optimal de leur nouveau-né.

La seconde hypothèse est que les parents dont l'enfant bénéficie d'un accueil optimal sont plus satisfaits que les autres.

1.3. Population d'étude.

L'étude a concerné tous les couples pour lesquels la grossesse, la naissance et le nouveau-né répondaient à nos critères d'inclusion. Ces naissances ont eu lieu durant la période précédemment citée à la maternité du centre hospitalier du Belvédère.

1.3.1. Critères d'inclusion.

Grossesse et accouchement.

- Grossesse simple, physiologique
- Accouchement à terme (supérieur à 37 semaines d'aménorrhée (SA) et inférieur ou égal à 41 SA + 6 jours inclus)
- Présentation céphalique
- Pas de signes d'infection : durée d'ouverture de l'œuf \leq 18h, absence d'anomalies du rythme cardiaque foetal
- Liquide amniotique clair
- Voie basse

Critères maternels.

- Absence de pathologie et/ou traitement qui peut/peuvent affecter sa vigilance :
 - anesthésie générale,
 - morphine dans les 4h précédant l'accouchement, car les effets secondaires potentiels sont l'hypotension maternelle et la détresse respiratoire chez l'enfant par passage trans-placentaire
 - traitement par sédatifs,
 - maladie psychiatrique,
 - toxicomanie
- Patiente non diabétique : risque d'hypoglycémie maternelle et risque immédiat d'hypoglycémie pour le nouveau-né.

Critères néonataux.

- Nouveau-nés à terme (nés entre 37 SA et 41SA+6 jours inclus), car :
 - Nouveau-né prématuré, né avant 37 SA : risque d'hypothermie, d'hypoglycémie, d'hypocalcémie, de détresse respiratoire,
 - Nouveau-né post-terme né à ou après 42 SA : risque d'hypoglycémie
- Score d'Apgar 10 à 5 minutes de vie
- Sans anomalie apparente

- Nouveau-né eutrophe, car :
 - Nouveau-né hypotrophe (poids de naissance < 10e percentile) : risque d'hypoglycémie, d'hypocalcémie, d'hypothermie,
 - Nouveau-né macrosome (poids de naissance > 90e percentile) : risque d'hypoglycémie, d'hypocalcémie, de détresse respiratoire.

1.3.2. Critères d'exclusion.

- Parents ne comprenant pas le français
- Parents refusant de participer à l'étude

1.4. Recueil des données.

1.4.1. Le questionnaire. (Annexe I)

Il est composé de 57 questions. 40 sont destinées à la mère et 17 sont destinées au père.

Questionnaire destiné aux mères.

- La 1^e partie (questions 1 à 3) décrit le profil de la patiente : âge, profession, nombre d'enfants.
- Dans la 2^e partie (questions 4 à 6), nous avons souhaité savoir si les patientes avaient élaboré un projet de naissance ainsi que leur moyen et niveau de connaissances concernant l'accueil des nouveau-nés.
- La 3^e partie (questions 7 à 11) reprend certains éléments de l'accouchement. Nous avons souhaité savoir si les patientes étaient accompagnées en salle de naissance. Par ailleurs nous avons souhaité connaître leur ressenti sur la durée et la difficulté du travail puisque ceux-ci pourraient avoir une influence sur le démarrage de l'allaitement et les 1ers échanges entre la mère et l'enfant. Enfin nous avons souhaité savoir si elles avaient eu une péridurale, une épisiotomie ou une déchirure pour appréhender le rapport entre ces éléments et les 1ers échanges mère-enfant.

- La 4^e partie (questions 12 à 16) est axée sur le post-partum immédiat. Nous avons souhaité connaître la durée pendant laquelle les patientes sont restées en salle de naissance après l'accouchement. Et leur état général durant cette période puisque la vigilance de la mère est un critère de sécurité durant la pratique de la technique peau à peau. Enfin nous avons souhaité savoir si l'environnement lumineux et sonore étaient propices à l'accueil du nouveau-né.

- La 5^e partie (questions 17 à 26) permet de décrire le parcours du nouveau-né en salle de naissance. Ainsi nous avons recueilli: le moment du 1^{er} contact ainsi que les souhaits et ressentis des patientes par rapport à ce moment, le moment du 1^{er} repas par rapport aux soins. Concernant la technique peau à peau, nous avons souhaité savoir combien de patientes l'ont pratiqué, durant combien de temps, si elle a été interrompue par des soins, le ressenti et les souhaits des patientes par rapport à la technique peau à peau.

- La 6^e partie (questions 27 à 30) concerne l'alimentation du nouveau-né : le mode d'allaitement, le moment du choix, le 1^{er} repas de bébé en salle de naissance, et une question sur la tétée de bienvenue.

- La 7^e partie (questions 31 à 35) est portée sur les soins au nouveau-né, la compréhension qu'en ont les mères ainsi que leurs souhaits

- Enfin la dernière partie (questions 36 à 40) aborde la satisfaction, les points positifs et négatifs, les différences ressenties par les multipares par rapport aux précédents accouchements, et les suggestions pour améliorer l'accueil des nouveau-né.

Questionnaire destiné aux pères.

- Dans une 1^e partie (questions 41 à 43) nous décrivons le profil des pères (âge, profession, nombre d'enfants)

- La seconde partie (questions 44 à 46) aborde les raisons pour lesquels les pères souhaitent ou pas assister à la naissance et couper le cordon ombilical.

- La 3^e partie (questions 47 à 51) reprend les soins du nouveau-né vus par le père et les informations qu'il a reçu à cette occasion. Nous avons souhaité savoir si les pères désiraient donner un bain en salle de naissance et s'ils désiraient pratiquer la technique peau à peau.

- La dernière partie (questions 52 à 57) reprend le vécu des pères, ce qui leur a permis de trouver, ou pas, leur place en salle de naissance avec une question pour tous et une destinée aux pères qui ont d'autres enfants. Nous terminons par le degré de satisfaction, les points positifs, négatifs et les suggestions

1.4.2. Distribution des questionnaires.

Nous avons inséré un questionnaire dans chaque dossier « Nouveau-né » en salle de naissance, le personnel de salle de naissance ne savait pas quand les patientes étaient intégrées dans l'étude. Les questionnaires ont ensuite été distribués rétrospectivement par l'équipe de pédiatres de la maternité du Belvédère lors de la visite pédiatrique de J1, chacun d'entre eux disposant d'une feuille regroupant nos critères d'inclusion. Ce jour nous a semblé adapté puisqu'il était suffisamment proche de la naissance pour que leurs souvenirs soient intacts tout en évitant de les solliciter le jour même de la naissance.

Nous avons récupéré les questionnaires remplis au fur et à mesure, et réinséré des questionnaires vierges en salle de naissance par la même occasion.

888 naissances ont eu lieu à la maternité du Belvédère durant la période d'étude, du 4 octobre 2010 au 31 décembre 2010 inclus dont :

- 633 accouchements par voie basse ;
- 462 primipares soit 52,0% des patientes ;
- 83% d'analgésie péridurale.

Sur 250 questionnaires insérés dans les dossiers « nouveau-né », 202 ont été remplis et 189 étaient exploitables.

1.5. Traitement des données.

Toutes les données ont été saisies dans le logiciel EXCEL de Microsoft. Le test que nous avons utilisé pour l'analyse comparative de nos résultats est le test du χ^2 ($p < 0,05$) grâce au logiciel stata 7.

2. Les résultats.

2.1. Les mères.

2.1.1 Profil des patientes.

CARACTERISTIQUES	EFFECTIF (n=189)	POURCENTAGE (100%)
Age (ans)		
<25	22	11,6
[25-30[	82	43,4
[30-35[	66	34,9
≥35	19	10,1
Catégorie socio-professionnelle (classement INSEE)		
Sans profession	33	17,5
Employées, Ouvrières	94	49,7
Professions intermédiaires	25	13,2
Cadres, professions intellectuelles supérieures	37	19,6
Parité		
Primipare	88	46,6
2e pare	67	35,4
≥3e pare	34	18,0

78,3% des patientes ont entre 25 et 35 ans.

La catégorie socio-professionnelle la plus représentée est celles des employées et ouvrières : 49,7%.

74,3% des patientes multipares ont accouché au Belvédère pour la naissance précédente.

2.1.2. La grossesse.

- Le projet de naissance. N=189

27,5% des patientes ont élaboré un projet de naissance soit 52 femmes.

Parmi les 52 femmes ayant élaboré un projet de naissance :

Respecté	Partiellement respecté	Pas du tout respecté
45	2	5

45 projets de naissance sur 52 ont été respectés.

- Informations sur l'accueil des nouveau-nés.

165 patientes ont reçu des informations sur l'accueil des nouveau-nés soit 87,3%.

- Sources d'information. N=165

Par quel moyen les patientes reçoivent-elles des informations ? (plusieurs réponses possibles).

	Recherches personnelles.	Consultations prénatales.	Préparation à la naissance.	Entretien prénatal précoce.	Salle de naissance.
Entourage	86 (52,1%)	87 (52,7%)	62 (37,6%)	95 (57,5%)	27 (16,3%)
					73 (44,2%)

La source principale d'information sur l'accueil des nouveau-nés est la préparation à la naissance : 57,5%.

- Quizz.

Nous avons souhaité évaluer les connaissances des patientes au moyen d'un quizz composé de 10 questions.

	Résultats	du Quizz.		
	<5	[5-8[	[8-10]	Total
IP	15 (17,0%)	60 (68,2%)	13 (14,8)	88 (100%)
≥IIP	8 (7,9%)	73 (72,3%)	20 (19,8%)	101 (100%)
Total	23 (12,2%)	133 (70,4%)	33 (17,4%)	189 (100%)

70,4% des patientes ont une note entre 5 et 8. La moyenne est de 6,2, la médiane à 6. Les notes vont de 1 à 9. Parmi les patientes ayant participé à notre étude, les multipares ont de meilleures connaissances que les primipares mais cette différence est non significative (p=0,135).

Quizz n=189

	Réponse.	Bonne réponse.	Mauvaise réponse.
L'examen clinique des nouveau-nés doit se faire immédiatement après la naissance	FAUX	86 (45,5%)	103 (54,5%)
Le collyre antibactérien (gouttes pour les yeux) est recommandé dès la naissance pour tous les nouveau-nés	FAUX	5 (2,6%)	184 (97,4%)
En peau à peau, les nouveau-nés ont froid	FAUX	177 (93,7%)	12 (6,3%)
On passe systématiquement une sonde dans le nez des nouveau-nés	FAUX	142 (75,1%)	47 (24,9%)
Donner un bain au nouveau-né dès sa naissance atténue ses repères olfactifs	VRAI	70 (37,0%)	119 (63,0%)
La vitamine K est recommandée dès la naissance pour tous les nouveau-nés	VRAI	117 (61,9%)	72 (38,1%)
Le peau à peau rassure les nouveau-nés	VRAI	187 (98,9%)	2 (1,1%)
L'examen clinique permet le dépistage de malformations	VRAI	143 (75,7%)	46 (24,3%)
On passe systématiquement une sonde dans la bouche des nouveau-nés	FAUX	137 (72,5%)	52 (27,5%)
Le cordon ombilical est forcément désinfecté en salle de naissance	VRAI	99 (52,4%)	90 (47,6%)

On observe que 3 questions (colorées en bleu foncé) ont eu un nombre de mauvaises réponses supérieur au nombre de bonnes réponses.

2.1.3. L'accouchement.

- Accompagnement en salle de naissance. N=189

96,8% des patientes ont été accompagnées en salle de naissance.

93,7% des patientes ont été accompagnées par le père de l'enfant.

- Ressenti par rapport à la longueur du travail :

Pour cette question nous avons créé une échelle allant de 0 à 10 afin d'évaluer le ressenti des patientes quant à la durée du travail.

Ressenti des patientes quant à la durée du travail. n=189

Rapide [0-2[	Plutôt rapide [2-5[	Plutôt long [5-8[	Long [8-10]
35 (18,5%)	64 (33,9%)	57 (30,2%)	33 (17,5%)

La moyenne est de 4,4 et la médiane est de 4.

La majorité des patientes soit 52,4% ont trouvé le travail rapide ou plutôt rapide.

- Ressenti par rapport au déroulement du travail.

Pour cette question nous avons créé une échelle allant de 0 à 10 afin d'évaluer le ressenti des patientes quant à la difficulté du travail.

Ressenti des patientes quant au déroulement du travail. N=189

Facile [0-2[	Plutôt facile [2-5[	Plutôt difficile [5-8[	Difficile [8-10]
13 (6,9%)	48 (25,4%)	85 (45,0%)	43 (22,7%)

La moyenne est de 5,5 et la médiane est de 6.

67,7% des patientes ont trouvé le travail plutôt difficile ou difficile.

- L'analgésie péridurale. N=189

79,9% des patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale. Parmi ces patientes, 94,0% l'ont trouvée efficace.

- Épisiotomie et déchirures. N=189

74,6% des patientes ont eu une épisiotomie ou une déchirure.

2.1.4. Post-partum immédiat en salle de naissance.

- Temps passé en salle de naissance après l'accouchement (n=189):

Temps passé en salle de naissance après l'accouchement.

1h	2h	3h	>3h	Total
4 (2,1%)	86 (45,5%)	66 (34,9%)	33 (17,5%)	189 (100%)

97,9% des patientes sont restées 2h ou plus en salle de naissance après leur accouchement.

- Etat général de la patiente après l'accouchement.

➤ Energie. n=189

Auto-évaluation de l'énergie dans le post-partum immédiat.

	Epuisée [0-2[	Fatiguée [2-5[	Plutôt en forme [5-8[	Très en forme [8-10]	Total
IP	7 (8,0%)	22 (25,0%)	44 (50,0%)	15 (17,0%)	88 (100%)
≥IIP	9 (8,9%)	20 (19,8%)	41 (40,6%)	31 (30,7%)	101 (100%)
Total	16 (8,5%)	42 (22,2%)	85 (45,0%)	46 (24,3%)	189 (100%)

67,0% des patientes primipares ont jugé être *en forme* ou *très en forme* contre 71,3% des patientes multipares. On observe une différence non significative entre ces deux groupes. (p=0,16).

➤ Confort n=189

Cette échelle nous permettait d'estimer le niveau de confort des patientes. Le 0 était associé à la gêne et la douleur et le 10 à un confort total (pas de gêne pas de douleur).

Evaluation du confort. La patiente se sent :

Gênée [0-2[	Plutôt gênée [2-5[	Plutôt bien [5-8[	Bien [8-10]
6 (3,2%)	29 (15,3%)	76 (40,2%)	78 (41,3%)

81,5% patientes se sentent *plutôt bien* ou *bien*.

La note moyenne est de 6,2 et la médiane est de 7.

- Environnement sonore et lumineux (n=189):

93,7% des patientes estiment que la lumière était *douce* et le bruit *en sourdine*. 8 patientes (4,2%) ont trouvé le *bruit fort* ou *assourdissant*. 5 patientes (2,6%) ont trouvé la lumière *forte* ou *éblouissante*.

2.1.5. Premier contact avec le nouveau-né.

- Moment du 1^{er} contact.

1er contact

Immédiatement	Plus tard	Total
181 (95,8%)	8 (4,2%)	189 (100%)

8 patientes ont eu leur nouveau-né posé sur elles *plus tard* :

- 4 avant 10 minutes de vie
- 4 après 10 minutes de vie

185 patientes ont eu leur nouveau-né sur elle immédiatement ou dans les 10 minutes suivant la naissance, soit 97,9% des patientes.

Parmi les 8 patientes ayant eu leur enfant sur elle *plus tard* :

- 2 l'avaient choisi : elles souhaitaient que l'enfant soit nettoyé avant d'être posé sur elles.
- 4 expliquent que leur enfant avait besoin de soins immédiats (« *bébé avait avalé du liquide* »).
- 2 ne savent pas pourquoi leur enfant n'a pas été posé sur elle immédiatement.

- Ressenti des patientes par rapport au délai avant ce 1^{er} contact.

Ressenti des patientes par rapport au moment du 1er contact.

	Bien	Trop rapide	Trop long	Total
1er contact immédiat	179	2	0	181
1er contact plus tard	8	0	0	8
Total	187	2	0	189

98,9% des patientes trouvent que le moment du 1^{er} contact était *bien*

Les 2 patientes qui ont trouvé le délai *trop rapide* évoquent ces raisons :

« *Trop d'appréhension* »

« *J'aurais voulu qu'il soit lavé avant et que le cordon soit coupé* »

Parmi les 181 patientes ayant eu un *1^{er} contact immédiat*, certaines se sont exprimées sur les raisons pour lesquelles elles ont trouvé ça *bien* :

	Effectif (n=181)	Pourcentage
« <i>La découverte de bébé doit être immédiate</i> »	45	24,9
« <i>Récompense après 9 mois d'attente, après l'effort de l'accouchement</i> »	19	10,5
« <i>Rassurant pour le bébé et la mère</i> »	18	9,9
« <i>Sentir sa chaleur, son contact est très agréable</i> »	12	6,6
« <i>Attente enfin satisfaite</i> »	10	5,5
« <i>Moment unique, magique, de bonheur intense</i> »	10	5,5
« <i>Idéal pour se découvrir</i> »	9	5,0
« <i>Continuité de la grossesse</i> »	8	4,4
« <i>Permet de créer le lien</i> »	3	1,7

• Question 20 : *Parcours du nouveau-né* nous a permis d'analyser 5 critères :

- le nombre de patientes ayant pratiqué la technique peau à peau ;
- la durée totale de la technique peau à peau ;
- la technique peau à peau a-t-elle été interrompue pour la pratique de soins ?
- la technique peau à peau a-t-elle été interrompue avant le 1^{er} repas du nouveau-né ?
- le 1^{er} repas a-t-il été donné avant ou après les soins ?

22 patientes n'ont pas répondu à cette question, 7 expliquent que « *l'enchaînement des évènements est confus dans leur tête* » et que « *le temps n'avait pas d'importance à ce moment* ».

PARCOURS DU NOUVEAU-NE.

CARACTERISTIQUES	EFFECTIF (n=167)	POURCENTAGE (100%)
Pratique du Peau à peau (PAP)		
Oui	167	100
Non	0	0
Interruption du PAP		
Nombre total de PAP interrompus.		
	101	60,5
Interrompu avant le 1 ^{er} repas	87	52,1
Interrompu après le 1 ^{er} repas	14	8,4
Nombre total de PAP ininterrompus.		
	66	39,5
Durée totale de PAP		
[0-30[	38	22,8
[30-60[	53	31,7
[60-90[	34	20,4
≥90 min	27	16,2
absence de réponse	15	8,9
1er repas avant les soins		
Oui	39	23,4
Non	128	76,6

➤ 100% des patientes ayant écrit le parcours de leur nouveau-né ont pratiqué la technique peau à peau.

➤ La majorité des techniques peau à peau (60,5%) ont été interrompues pour la pratique de soins, la majorité des techniques peau à peau (52,1%) ont été interrompues avant le 1^{er} repas du nouveau-né.

➤ Durée de la technique peau à peau : 15 patientes n'ont pas inscrit de durée dans le parcours de leur nouveau-né. On observe tout de même que 36,6% des patientes ont fait du peau à peau pendant plus d'une heure. La durée la plus fréquente est entre 30 et 60 minutes (31,7%).

-48,1% des femmes qui n'avaient pas d'analgésie péridurale (APD) ont fait du peau à peau pendant une heure ou plus contre 29,8% des femmes qui ont eu une APD

-16,7% des femmes seules ont fait du peau à peau pendant une heure ou plus contre 32,8% des femmes accompagnées par un proche en salle de naissance.

-35,9% des femmes *en forme* ou *très en forme* dans le post partum ont fait du peau à peau pendant une heure ou plus contre 24,1% des femmes *fatiguées* ou *épuisées*.

➤ 39 nouveau-nés sur 167 (23,4%) ont mangé avant la pratique de soins.

Le peau à peau a-t-il été interrompu pour la pratique de soins ?

Durée totale de peau à peau (en minutes)	OUI	NON	Total
[0-30[	22 (57,9%)	16 (42,1%)	38 (100%)
[30-60[	17 (32,1%)	36 (67,9%)	53 (100%)
[60-90[	12 (35,3%)	22 (64,7%)	34 (100%)
≥90 min	9 (33,3%)	18 (66,7%)	27 (100%)
Absence de réponse	6 (40,0%)	9 (60,0%)	15 (100%)
Total général	66 (39,5%)	101 (60,5%)	167 (100%)

La majorité des techniques peau à peau ont été interrompues (60,5%). La durée de peau à peau la plus représentée est entre 30 et 60 minutes.

• Le parcours du nouveau-né convenait-il aux patientes ? n=189

181 patientes ont répondu *oui* soit 95,8% des patientes.

8 femmes ont jugé que le parcours de leur enfant ne leur convenait pas, 5 ont expliqué pourquoi :

« Peau à peau trop long »	2
« Position gynéco pendant le peau à peau très désagréable »	1
« Peau à peau trop court »	1
« J'aurais voulu allaiter avant les soins et le reste car mon enfant avait faim »	1

- Souhaits des patientes concernant la technique peau à peau. N=189

100% des patientes souhaitaient pratiquer la technique peau à peau. Certaines se sont exprimées sur les raisons de ce souhait.

	Effectif (n=189)	Pourcentage
« Ca permet de rassurer bébé et maman. »	32	16,9
« Le peau à peau est idéal pour un 1 ^{er} contact mère/bébé . »	23	12,2
« C'est une récompense après 9 mois d'attente. »	19	10,1
« C'est idéal pour se découvrir. »	18	9,5
« Le peau à peau permet une continuité de la grossesse. »	15	7,9
« Ca permet de sentir la chaleur et les mouvements de son bébé »	13	6,9
« Ca permet de créer le lien. »	8	4,2
« Ca permet de tenir chaud au bébé »	6	3,2
« Ca facilite la mise au sein. »	4	2,1

- Recherche du sein par le nouveau-né pendant la technique peau à peau (n=189)

Recherche du sein en fonction du mode d'alimentation.

	Oui	Non	Total
sein ou mixte	91 (66,4%)	46 (33,6%)	137 (100%)
biberon	28 (53,8%)	24 (46,2%)	52 (100%)
Total	119 (63,0%)	70 (37,0%)	189 (100%)

66,4% des patientes qui ont choisi l'allaitement maternel ou l'allaitement mixte ont perçu que leur enfant cherchait le sein pendant la technique peau à peau.

53,8% des patientes qui ont choisi l'allaitement artificiel ont perçu que leur enfant cherchait le sein pendant la technique peau à peau.

- Sentiments procurés par le contact peau à peau.

Pour cette question nous avons demandé aux patientes de cocher le ou les mot(s) qui représentaient le mieux leur(s) sentiment(s) pendant la pratique du peau à peau.

Bien-être	177 /189	93,6%
Dégoût	1 /189	0,5%
Plaisir	150 /189	79,4%
Déception	2 /189	1,1%
Confiance	80 /189	42,3%
Autre	10 /189	5,3%

93,6% des patientes ont ressenti du bien-être, 79,4% des patientes ont ressenti du plaisir. Les raisons pour lesquelles les mères ont eu ces sentiments rejoignent celles pour lesquelles elles souhaitaient pratiquer la technique peau à peau.

2.1.6. Alimentation du nouveau-né.

Choix de l'alimentation.

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	A la naissance	Total
Allaitement maternel	100 (76,4%)	29 (22,1%)	2 (1,5%)	131 (100%)
Allaitement artificiel	28 (53,8%)	15 (28,9%)	9 (17,3%)	52 (100%)
Allaitement mixte	2 (33,3%)	0 (0%)	4 (66,7%)	6 (100%)
Total	130 (68,8%)	44 (23,3%)	15 (7,9%)	189 (100%)

- Mode d'alimentation :

- 69,3% des patientes ont choisi l'allaitement maternel
- 27,5% : l'allaitement artificiel
- 3,2% : l'allaitement mixte

- Moment du choix :

- 68,8% des patientes ont choisi le mode d'alimentation *avant la grossesse*
- 23,3% l'ont choisi *pendant la grossesse*
- 7,9% l'ont choisi *à la naissance* de leur enfant

- Moment du premier repas du nouveau-né en fonction du mode d'alimentation.

	1e heure	2e heure	3e heure	N'a pas mangé	Total
Allaitement maternel	71 (54,2%)	50 (38,2%)	2 (1,5%)	8 (6,1%)	131 (100%)
Allaitement artificiel	23 (44,2%)	17 (32,7%)	8 (15,4%)	4 (7,7%)	52 (100%)
Allaitement mixte	1 (16,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	3 (50,0%)	6 (100%)
Total	95 (50,3%)	68 (36,0%)	11 (5,8%)	15 (7,9%)	189 (100%)

-92,1% des nouveau-nés ont mangé en salle de naissance.

-50,3% des nouveau-nés ont mangé durant la 1^e heure de vie.

-68,8% des femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie ont donné le 1^{er} repas à leur enfant dans les 2 premières heures de vie contre 58,2% des femmes ayant eu une déchirure ou une épisiotomie.

-64,4% des femmes qui ont trouvé le travail *rapide* ou *plutôt rapide* ont donné le 1^{er} repas à leur enfant dans les 2 premières heures de vie contre 51,1% des femmes qui ont trouvé le travail *long* ou *plutôt long*.

-59,6% des nouveau-nés dont la mère a bénéficié d'une analgésie péridurale ont mangé dans les 2 premières heures de vie contre 52,6% parmi les autres nouveau-nés.

- La tétée de « Bienvenue ».

Cette question (n°30) s'adressait aux femmes ayant choisi l'allaitement artificiel. N=52

Dans ce groupe, 28 patientes savaient ce qu'est la tétée de bienvenue, soit 53,8%.

Nous avons demandé à ces 28 femmes si elles souhaitaient donner la tétée de bienvenue et si elles l'ont finalement donnée.

	Tétée de bienvenue donnée	Pas de tétée de bienvenue	Total
Patientes qui souhaitaient donner une tétée de bienvenue	8	4	12
Patientes qui ne souhaitaient pas donner une tétée de bienvenue	0	16	16
Total	8	20	28

12 patientes sur 28 souhaitaient donner la tétée de bienvenue, 8 l'ont effectivement donné.

10 femmes se sont exprimées sur les raisons pour lesquelles elles souhaitaient donner la tétée de bienvenue.	11 femmes se sont exprimées sur les raisons pour lesquelles elles ne souhaitaient pas donner cette tétée.		
« Pour le bien du bébé, pour lui donner les vitamines »	5	« Je n'ai pas envie de donner cette tétée »	4
« Je souhaitais essayer, découvrir la sensation de la mise au sein. »	4	« Trop d'appréhension »	2
« Je l'ai fait pour le 1 ^{er} »	1	« Je n'ai pas envie de lui faire goûter quelque chose qu'il n'aura plus après »	2
		« Je ne suis pas à l'aise avec l'allaitement »	2
		« Je trouve désagréable la sensation du bébé au sein »	1

2.1.7. Les soins du nouveau-né.

- Les soins au nouveau-né. N=189

Cette question nous a permis de découvrir quels soins a vu la mère.

Nous avons créé un tableau dans lequel les patientes indiquaient quels soins elles avaient vu, l'endroit où ils ont été pratiqués et le moment. Nous n'avons pas pu analyser la colonne « Quand ? » car peu de patientes l'ont remplie.

	Fait	Pas fait	Je ne sais pas si ça a été fait	Où?	
				Sur la table d'examen	Dans mes bras
Administration de collyre (gouttes dans les yeux)	163 (86,2%)	7 (3,7%)	19 (10,1%)	163	0
Soins de cordon ombilical	153 (81,0%)	4 (2,1%)	32 (16,9%)	153	0
Examen clinique (la sage femme regarde chaque partie du corps de bébé, parfois le fait marcher...)	126 (66,7%)	17 (9,0%)	46 (24,3%)	126	0
Passage de sonde dans le nez	39 (20,6%)	120 (63,5%)	30 (15,9%)	39	0
Passage de sonde dans la bouche	43 (22,8%)	115 (60,8%)	31 (16,4%)	43	0
Pesée	181 (95,8%)	6 (3,2%)	2 (1,1%)	181	0

Tous les soins ont été pratiqués sur la table d'examen.

20,6% des nouveau-nés inclus dans notre population ont eu une aspiration nasale.

22,8% des nouveau-nés ont eu une aspiration gastrique.

En moyenne, 14,1% des femmes ne savent pas si le soin a été pratiqué sur leur nouveau-né.

- Savez-vous à quoi sert chaque soin qui a été pratiqué sur votre nouveau-né ? n=189

174 patientes ont répondu oui (soit 92,1%).

Parmi les 15 patientes qui ont répondu non, 6 se sont exprimées sur ce qu'elles ne comprenaient pas : -4 ne comprenaient pas l'utilité du collyre ;

-2 ne comprenaient pas l'utilité de l'examen clinique.

- Les soins vous ont-ils été expliqués ?

Explications pendant les soins.

oui	Informations suffisantes	153(81,0%)
	Informations insuffisantes	2 (1,0%)
	Total	155 (82,0%)
non		34 (18,0%)
Total		189 (100,0%)

81,0% des patientes ont reçu des informations qu'elles jugeaient suffisantes pendant les soins de leur nouveau-né.

- Le bain. n=189

Nous avons souhaité savoir si le bain est nécessaire aux yeux des patientes.

Souhaitiez-vous que votre enfant ait un bain en salle de naissance?

	Pas de bain donné	Bain donné	Total
Bain non souhaité	150 (79,4%)	0 (0%)	150 (79,4%)
Bain souhaité	28 (14,8%)	11 (5,8%)	39 (20,6%)
total	178 (94,2%)	11 (5,8%)	189 (100%)

5,8% des nouveau-nés ont eu un bain en salle de naissance. 79,4% des patientes ne souhaitaient pas donner de bain à leur enfant en salle de naissance.

Bain souhaité.		Bain non souhaité.	
<i>« pour l'hygiène »</i>	13	<i>« ça ne se fait plus »</i>	28
<i>« pour que le père puisse avoir ce 1^{er} contact dès la salle de naissance »</i>	6	<i>« pour qu'il conserve sa chaleur »</i>	18
<i>« pour que le bébé se détende dans le bain »</i>	2	<i>« pour conserver la protection de sa peau »</i>	13
<i>« ça a été fait pour les autres enfants et j'aurai voulu que ce soit fait à nouveau »</i>	2	<i>« pour qu'il garde ses repères olfactifs »</i>	8
		<i>« pour ne pas le stresser »</i>	5
		<i>« je voulais mon enfant sur moi au plus vite »</i>	2

- Accueil optimal des nouveau-nés. N=189

Nous avons considéré comme « accueil optimal des nouveau-nés » l'association des critères suivant :

- bruit en sourdine et lumière douce,
- pratique du peau à peau immédiate ou moins de 10 minutes après la naissance,
- peau à peau d'une durée d'une heure ou plus et ininterrompu,
- absence de passage de sonde nasale ou gastrique, et de bain

13 nouveau-nés remplissent tous ces critères soit 6,9% de notre population d'étude.

2.1.8. Satisfaction.

- Satisfaction. N=189

La satisfaction a été évaluée au moyen d'une échelle graduée de 1 à 10.

La majorité des patientes est tout à fait satisfaite puisque 57,1% d'entre elles ont donné la note de 10. La moyenne est de 9,2.

Parmi les 13 femmes ayant eu une prise en charge optimale : la moyenne de satisfaction est de 8,92+/-2,49 et parmi les 176 autres femmes la moyenne est de 9,17+/-1,46.

Nous retrouvons donc une moyenne de satisfaction plus élevée chez les patientes n'ayant pas eu un « accueil optimal » de leur nouveau-né. Cette différence est non significative : $p=0,58$.

- Points positifs

Cette question ouverte permettait aux patientes de nous faire partager ce qu'elles considèrent comme des points positifs (maximum 5 points chacune) dans l'accueil des nouveau-nés et qu'elles souhaiteraient refaire pour une prochaine naissance.

Points positifs.	Effectif (n=189)	Pourcentage
« La pratique du peau à peau avec mon bébé »	88	46,6
« Un personnel compétent et à l'écoute »	69	36,5
« Le respect de l'intimité de notre famille »	28	14,8
« Un personnel aidant pour l'allaitement (sein ou biberon) »	19	10,1
« Une ambiance calme en salle de naissance »	13	6,9
« De nombreuses explications nous ont été fournies »	13	6,9
« Bébé dans la même pièce que moi pour les soins »	8	4,2
« Le respect de mon projet de naissance/ de mes volontés »	7	3,7
« Attraper le bébé moi-même à sa naissance »	6	3,2
« Le papa a pu être présent et impliqué dans tout »	5	2,6
« Tout »	5	2,6
« Le papa a fait du peau à peau »	2	1,1
« La tétée de bienvenue »	2	1,1
« De la musique en salle de naissance »	1	0,5

- Points négatifs. (maximum 5 points par patiente).

	Effectif (n=189)	Pourcentage
« J'ai attendu trop longtemps avant d'avoir une chambre dans le service »	23	12,2
« manque d'explications pendant les soins »	3	1,6
« peau à peau non proposé au père »	2	1,1
« peau à peau interrompu par l'examen clinique »	1	0,5
« passage de sondes immédiatement après la naissance de bébé, c'est difficile à regarder »	1	0,5
« allaitement « forcé » en salle de naissance »	1	0,5
« mauvaise position pour l'allaitement »	1	0,5
« trop de personnels différents »	1	0,5
« peau à peau avec un bébé sale »	1	0,5
« j'aurai voulu que mon enfant ait un bain »	1	0,5

On remarque que le point négatif le plus fréquent ne concerne pas l'accueil du nouveau-né.

- Différences dans l'accueil des nouveau-nés par rapport au précédent accouchement
parmi les patientes multipares : n=101

Nouvelles attentes	Vécu différent	Même vécu et mêmes attentes	Total
1 (1,0%)	28 (27,7%)	72 (71,3%)	101 (100%)

71,3% des patientes multipares avaient le même vécu et les mêmes attentes concernant l'accueil de leur nouveau-né.

Cette question comportait un espace libre afin que les mères expliquent leurs réponses, cependant leurs explications se sont plus portées sur l'accouchement que sur l'accueil des nouveau-nés.

Nouvelles attentes

<i>"pour cette naissance je souhaitais imposer mes désirs car très mauvais contact avec la sage-femme la dernière fois"</i>	1
---	----------

Vécu différent

<i>"la dernière fois: césarienne et séparation d'avec mon bébé après la naissance"</i>	4
<i>"travail moins long cette fois"</i>	4
<i>"ça m'a paru moins difficile que la dernière fois"</i>	3
<i>"accouchement sans APD cette fois!"</i>	1
<i>"MFIU lors de la précédente grossesse"</i>	1
<i>"mon enfant précédent a eu un bain"</i>	1
<i>"j'ai accouché par le siège la fois précédente"</i>	1
<i>"précédente naissance dans l'eau"</i>	1
<i>"j'étais plus stressée que la première fois"</i>	1
<i>"j'ai fait de la prépa en haptonomie, génial pour le contact avec le bébé!"</i>	1
<i>"mon bébé était prématuré la fois précédente"</i>	1
<i>"le papa a coupé le cordon et les soins se sont fait à côté de moi cette fois"</i>	1
<i>"je me sens bien mieux cette fois puisqu'il n'y avait pas de papa à la grossesse précédente"</i>	1

- Suggestions.

5 patientes nous ont fait partager leurs suggestions.

<i>« Une plus grande place devrait être faite au papa »</i>
<i>« Peser le bébé dès la naissance pour envoyer le poids à la famille »</i>
<i>« Prévoir un repas pour le papa après l'accouchement »</i>
<i>« Permettre une naissance dans l'eau »</i>
<i>« Respecter plus la religion »</i>

2.2. Les pères.

174 pères ont participé à notre étude.

2.2.1. Profil des pères.

CARACTERISTIQUES	EFFECTIF (n=174)	POURCENTAGE (100%)
Age (ans)		
<25	15	8,6
[25-30[	40	23,0
[30-35[	68	39,1
≥35	51	29,3
Catégorie socio-professionnelle (classement INSEE)		
Sans profession	6	3,5
Employés, Ouvriers	93	53,4
Professions intermédiaires	27	15,5
Cadres, professions intellectuelles supérieures	48	27,6
Nombre d'enfants		
1er enfant	83	47,7
2e enfant	56	32,2
≥3e enfant	35	20,1
Présence en salle de naissance		
Présent à la naissance	164	94,3
Absent à la naissance mais présent dans le post-partum immédiat	4	2,3
Absent de la salle de naissance	6	3,4

-68,4% des pères ont plus de 30 ans. C'est le 1^{er} enfant pour 47,7% d'entre eux.

-164 pères étaient présents à la naissance de leur enfant.

2.2.2. La naissance.

- Présence des pères en salle de naissance.

Souhaitiez-vous assister à la naissance de votre enfant?			
	Oui	Non	Total
Présent à la naissance	163 (100%)	0 (0%)	163 (100%)
Absent à la naissance	4 (36,4%)	7 (63,6%)	11 (100%)
Total	167 (96,0%)	7 (4,0%)	174 (100%)

- ✓ 96,0% des pères souhaitaient assister à la naissance de leur enfant, parmi eux :
 - 163 pères ont assisté à la naissance, les raisons les plus souvent évoquées sont « *soutenir ma femme* » et « *voir naître mon enfant* ».
 - 4 n'ont pu y assister car ils « *étaient au travail* » ou « *devaient garder les autres enfants* ».
- ✓ 4,0% des pères ne souhaitaient pas assister à la naissance pour les raisons suivantes :
 - « *trop d'appréhension, ne supportent pas de voir leur femme souffrir* » ;
 - « *laisser la mère de ma femme assister à la naissance* ».

- La section du cordon ombilical :

Cette question s'adressait aux pères présents à la naissance de leur enfant. N=163

La section du cordon ombilical.

	cordon coupé/ père	cordon coupé/ sage-femme	Total
Pères qui souhaitaient couper le cordon.	116 (91,3%)	11 (8,7%)	127 (100%)
Pères qui ne souhaitaient pas couper le cordon.	6 (16,7%)	30 (83,3%)	36 (100%)
Total	122 (74,8%)	41 (25,2%)	163 (100%)

77,9% des pères présents à la naissance de leur enfant souhaitaient couper le cordon ombilical. 74,8% des pères présents ont finalement coupé le cordon ombilical.

80 pères nous ont expliqué pourquoi ils souhaitaient couper le cordon.		13 pères nous ont expliqué pourquoi ils ne souhaitaient pas couper le cordon.	
« C'est symbolique, c'est la rupture du lien avec la maman »	42	« c'est trop chirurgical, je ne supporte pas bien »	8
« C'est le rôle du père »	20	« j'ai peur de faire du mal à mon bébé »	3
« C'est ma façon de participer à l'accouchement »	15	« trop d'émotions »	1
« Parce qu'on me l'a proposé »	2	« je n'en vois pas l'intérêt »	1
« Par amour »	1		

6 pères ont coupé le cordon ombilical alors qu'ils ne le souhaitaient pas, ils étaient finalement « fiers d'eux » et « contents que la sage-femme le leur ait proposé ».

A partir de cette question, nous ne prendrons en compte que les pères qui ont été présents en salle de naissance (à la naissance et/ou dans le post-partum). N=168

2.2.3. Les soins du nouveau-né.

- Soins observés.

Les soins

CARACTERISTIQUES	EFFECTIF (n=168)	POURCENTAGE (100%)
Pères souhaitant assister aux soins.		
Oui	160	95,2
Non	8	4,8
Soins observés.		
Examen clinique	117	69,6
Pesée	158	94
Soins du cordon ombilical	139	82,7
Passage de sondes	56	33,3
Autre	9	5,4
Aucun	3	1,8

Parmi les 168 pères présents à la naissance ou dans le post-partum immédiat, 165 ont assisté aux 1ers soins de leur enfant.

Des pères se sont exprimés sur les raisons pour lesquelles ils souhaitaient assister aux soins de leur nouveau-né : 4 idées sont récurrentes :

	Effectif (n=168)	Pourcentage
« je souhaite apprendre et rester auprès de mon enfant »	40	23,8
« je souhaite veiller sur mon enfant, m'assurer que tout va bien »	33	19,6
« c'est le rôle du père »	8	4,8
« par curiosité »	6	3,6

- Informations durant les soins.

Explications pendant les soins.

oui	suffisant	135 (81,8%)
	insuffisant	1 (0,6%)
	total	136 (82,4%)
non		29 (17,6%)
Total		165 (100%)

82,4 % des pères qui ont assisté aux soins ont reçu des informations à cette occasion, un père estime ces informations insuffisantes.

- Le bain. N=168

Les pères souhaitent-ils donner un bain à leur enfant à la naissance ?

-31,0% (n=52) des pères ont répondu *oui*. Finalement, seuls 4 pères ont donné un bain à leur enfant en salle de naissance.

-Les raisons de leur souhait sont les mêmes que pour les mères associées au fait que le bain à ce moment « est un bon moyen d'avoir un lien privilégié avec son enfant, de découvrir son enfant sans la maman ».

- Les pères ont-ils pratiqué la technique peau à peau en salle de naissance ?

Les pères et la technique peau à peau (PAP).

	PAP pratiqué/ le père	PAP non pratiqué/ le père	Total
PAP souhaité	17 (10,1%)	53 (31,6%)	70 (41,7%)
PAP non souhaité	1 (0,6%)	97 (57,7%)	98 (58,3%)
Total	18 (10,7%)	150 (89,3%)	168 (100%)

41,7% des pères souhaitaient pratiquer la technique peau à peau en salle de naissance, 10,7% l'ont finalement pratiqué.

Pères souhaitant le PAP		Pères ne souhaitant pas le PAP	
<i>« découvrir cette sensation »</i>	25	<i>« Réserve à la maman en salle de naissance »</i>	29
<i>« ça permet de créer un lien »</i>	8	<i>« Trop fatigué et trop ému »</i>	2
<i>« je voulais rassurer mon bébé »</i>	3	<i>« Bébé est trop fragile »</i>	2
<i>« c'est une sensation unique »</i>	1	<i>« J'ai peur de lui donner des microbes »</i>	1

2.2.4. Le vécu des pères.

- Place des pères en salle de naissance. N=168

94,0% des pères affirment avoir trouvé leur place en salle de naissance.

112 pères nous ont expliqué ce qui les a aidé à trouver leur place en salle de naissance.		9 pères nous ont expliqué pourquoi ils n'ont pas trouvé leur place.	
« Le personnel m'a aidé à m'impliquer »	63	« Je me suis senti inutile »	4
« C'est naturel »	16	« Trop fatigué »	2
« Ma compagne m'a montré qu'elle et l'enfant avaient besoin de moi »	15	« Sensation de gêner le personnel (matériel encombrant, on ne sait pas ou se mettre) »	3
« On m'a proposé d'assister aux soins et de rassurer mon bébé »	5		
« Respect de notre intimité par l'équipe »	4		
« J'ai habillé mon bébé »	3		
« On m'a proposé de couper le cordon »	3		
« J'ai aidé pour la 1 ^e tétée/ donné le 1 ^{er} biberon »	2		
« L'haptonomie »	1		

- Ressenti des pères ayant déjà eu des enfants. N=88

➤ Par rapport à l'autre/aux autres naissance(s) avez-vous ressenti une différence pour trouver votre place?

84,1% (n=74) ont répondu **non**. Parmi ceux qui ont répondu **oui**, 10 expliquent que le personnel les a mieux intégré cette fois et 4 expliquent que leur femme a été césarisée la 1^e fois.

➤ Vos attentes étaient-elles différentes des fois précédentes ?

92,0% ont répondu **non**.

- Satisfaction. N=168

73,2% des pères ont donné une note supérieure ou égale à 9.

La moyenne est de 9,1 et la médiane est à 9.

Parmi les pères dont le nouveau-né a eu une prise en charge optimale (n=11), la moyenne de satisfaction est de 8,45+/-2,30, pour les autres pères (n=157), la moyenne est de 9,10+/-1,13. Dans notre population la moyenne de satisfaction est plus élevée parmi les pères dont les nouveau-nés n'ont pas eu un « accueil optimal ». Cette différence est non significative (p=0,89).

- Points positifs et négatifs.

Cette question ouverte permettait aux pères de nous faire partager ce qu'ils considèrent comme des points positifs ou négatifs (maximum 5 points chacun) dans l'accueil des nouveau-nés.

Points positifs.		Points négatifs.	
« personnel compétent et à l'écoute »	41	« explications insuffisantes sur les soins »	2
« je me suis senti impliqué et le bienvenu partout »	15	« j'aurais voulu faire du peau à peau, donner un bain »	2
« couper le cordon »	14	« il y avait trop de personnel différent »	1
« respect de l'intimité de notre famille »	11	« je n'ai pas pu couper le cordon »	1
« Donner le 1er biberon »	4	« j'aurais voulu prendre bébé dans mes bras mais le personnel était indisponible »	1
« tout était parfait »	4	« les frères et sœurs ont du attendre trop longtemps pour voir leur petit frère »	1
« j'étais assis sur la table d'accouchement pour la naissance »	2		

- Suggestions.

Les suggestions des pères sont surtout d'ordre matériel et ne concernent pas vraiment l'accueil des nouveau-nés. Ainsi 20 pères suggèrent « des fauteuils plus confortables », 12 suggèrent « une collation et du café ». Un aurait souhaité prendre un bain avec sa compagne et son enfant.

**DISCUSSION
ET
PROPOSITIONS.**

Troisième partie : Discussion et propositions.

1. Discussion.

Cette étude va nous permettre d'une part d'avoir un regard sur les pratiques des professionnels quant à l'accueil des nouveau-nés sains. D'autre part il nous a semblé intéressant de connaître le degré de satisfaction des parents et leurs attentes par rapport à la prise en charge de leur enfant dans les premières heures de vie.

1.1. Population.

1.1.1. Profil.

✓ Les mères :

189 patientes ont participé à notre étude.

La majorité des patientes a entre 25 et 35 ans (78,3%), ce qui correspond à une enquête de l'INED (Institut National Etude Démographique) faite en 2010 qui rapportait que l'âge moyen à la maternité est de 30 ans (toutes parités confondues). Elles sont 49,7% à être employées ou ouvrières.

Notre enquête retrouve un taux de 46,6% de primipares, 35,4% de 2^e pare et 18% de 3^e pare ou plus. En effet, en France en 2009, l'INED estimait le nombre d'enfants par femmes à 1,98, ce qui correspond au taux élevé de 1^e et 2^e pares de notre population.

74,3% des patientes multipares sont revenues accoucher au Belvédère après la naissance précédente.

Notre population a en majorité choisi l'allaitement maternel (69,3%), avec un taux supérieur à celui décrit par la DREES (direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) en 2007 (66,3%) grâce au certificat du 8^e jour [29].

✓ Les pères:

174 pères ont participé à notre étude.

Parmi les 15 questionnaires remplis seulement par les mères : un couple était composé de 2 femmes et la compagne de notre patiente n'a pas souhaité se positionner en tant que père, et 2 patientes nous ont indiqué qu'il n'y avait « pas de papa ».

Dans notre population de pères : 68,4% ont plus de 30 ans, ce qui coïncide avec l'enquête INSEE (institut national de la statistique et des études économiques) faite en 2001 qui retrouvait un âge moyen de paternité de 32,5 ans.

47,7% sont pères pour la première fois, 32,2% viennent d'avoir leur 2^e enfant et 20,1% viennent d'avoir leur 3^e enfant ou plus.

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est la même que pour les patientes : employés et ouvriers.

1.1.2. Connaissances.

57,7 % des patientes ayant reçu des informations sur l'accueil des nouveau-nés les ont eues par le biais de la préparation à la naissance, ce qui confirme son intérêt pour la mère et son nouveau-né.

Nous avons souhaité évaluer les connaissances des mères sur l'accueil des nouveau-nés au moyen d'un « Quizz » composé de 10 items. Dans notre population, les connaissances sont moyennes puisqu'on observe une moyenne à 6,2 et des notes allant de 1 à 9. Pour 3 items, on observe même un pourcentage de mauvaises réponses supérieur au pourcentage de bonnes réponses. Ces items concernaient l'examen clinique du nouveau-né ; le collyre antibactérien et le bain du nouveau-né en salle de naissance.

A la question 32 « Savez-vous à quoi sert chaque soin qui a été pratiqué sur votre nouveau-né ? », 92,1% des mères répondent *oui*. Les résultats moyens du « quizz » contrastent avec cette réponse. On remarque tout de même que les mères qui ont répondu *non* à la question 32 nous expliquent qu'elles ne comprennent pas : l'utilisation du collyre pour 4 patientes, et l'utilité de l'examen clinique pour 2 patientes, ce qui est cohérent avec les mauvaises réponses du « Quizz ».

Enfin, notre « Quizz » comportait 2 questions sur le peau à peau qui ont obtenu les meilleurs taux de bonnes réponses : 93,7% et 98,9%: ce qui montre que cette

pratique est largement conseillée, expliquée et que les patientes y sont réceptives et la comprennent.

Dans notre population d'étude, nous retrouvons un niveau de connaissance plus élevé chez les patientes multipares que chez les patientes primipares, on peut estimer que l'expérience d'un premier accouchement augmente le niveau de connaissance des mères.

1.2. L'accouchement et le post-partum immédiat.

1.2.1. Eléments de l'accouchement influençant l'accueil des nouveau-nés.

-96,8% des patientes étaient accompagnées en salle de naissance.

-33,9% des femmes ont trouvé le travail ***plutôt rapide*** et 30,2% l'ont trouvé ***plutôt long***.

-45% des patientes ont trouvé le travail ***plutôt difficile***.

-79,9% des femmes ont bénéficié d'une analgésie péridurale.

-74,6% des patientes ont eu une épisiotomie ou une déchirure.

Nous avons souhaité connaître l'impact de ces éléments sur la durée de peau à peau et le moment du 1^{er} repas et nous allons exposer les caractéristiques marquantes.

Une durée de peau à peau d'une heure ou plus concerne plutôt des femmes accompagnées par un proche en salle de naissance et n'ayant pas eu d'analgésie péridurale.

Les éléments qui caractérisent les mères de nouveau-né ayant mangé dans les deux premières heures de vie (par rapport à ceux qui ont mangé plus tard) sont : le fait d'avoir trouvé le travail rapide ou plutôt rapide, le fait d'avoir trouvé le travail facile ou plutôt facile, et l'absence d'épisiotomie ou de déchirure.

Aucun élément ne conditionne le désir des patientes de pratiquer le peau à peau puisque 100% souhaitaient le pratiquer.

1.2.2. Le post-partum immédiat.

La majorité des patientes interrogées (97,9%) sont restées 2h ou plus en salle de naissance. Cette période est cruciale pour la surveillance de la mère et la prévention des hémorragies du post-partum mais également pour la mise en place de la relation

parents-enfants. Lorsque tout se passe bien, une période de 2 heures semble suffisante pour pratiquer un peau à peau long, aider les parents à remarquer les signes montrant que leur nouveau-né a faim, aider les parents pour la première mise au sein ou le premier biberon et seulement ensuite pratiquer les soins du nouveau-né. De plus, la surveillance du nouveau-né en peau à peau peut s'effectuer en même temps que celle de la tonicité du globe utérin et des saignements maternels (cf Annexe V).

Malgré tout, une technique peau à peau prolongée est parfois incompatible avec la charge de travail si celle-ci empêche les professionnels de veiller régulièrement sur le nouveau-né.

D'après la littérature, les malaises graves subits de nouveau-nés en salle de naissance surviennent surtout chez des femmes primipares, plus fatiguées après l'accouchement. On retrouve effectivement un plus grand pourcentage de femmes *fatiguées* ou *épuisées* parmi les primipares de notre étude. Ce qui est rassurant est qu'on observe aussi que la durée de peau à peau est plus importante chez les femmes *en forme* ou *très en forme* que chez les femmes *fatiguées* ou *épuisées*.

Rappelons qu'il est important d'expliquer aux mères qu'elles doivent signaler un état de somnolence ou de fatigue importante afin de reporter le peau à peau à un moment plus propice, et il incombe aux professionnels d'aiguiser leur sens de l'observation afin de dépister cette somnolence particulièrement chez les femmes primipares.

En ce qui concerne le confort des patientes, 81,5% se sentent plutôt bien ou bien. Il est nécessaire de prendre en charge la douleur et le confort dans le post-partum tant pour la mère que pour son nouveau-né. En effet, cela lui permet d'être dans de bonnes conditions pour accueillir son enfant, et d'orienter toute son attention vers lui.

1.2. Etat des lieux sur les pratiques.

1.2.1. Environnement.

La majorité des patientes (93,7%) a bénéficié d'une lumière douce et d'un fond sonore en sourdine. Les professionnels font donc attention à ce que l'environnement soit propice au calme et adapté à l'accueil des nouveau-nés.

D'ailleurs 13 patientes ont signalé comme point positif « *une ambiance calme en salle de naissance* ».

1.2.2. Soins au nouveau-né.

Comme nous l'avons décrit dans notre revue de la littérature, certains soins ne doivent plus être pratiqués de manière systématique. Et en effet, nous avons relevé que, d'après les parents, 22,8% des nouveau-nés ont eu une aspiration gastrique, et 20,6% des nouveau-nés ont eu un sondage nasal.

Ces sondages peuvent s'expliquer par plusieurs éléments. Tout d'abord, rappelons que notre étude incluait les nouveau-nés ayant un APGAR à 10 à partir de 5 minutes de vie, certains nouveau-nés ont donc peut-être nécessité une désobstruction naso-pharyngée à la naissance ; le sondage nasal a pu être utilisé pour le dépistage de l'atrésie des choanes bien que d'autres moyens soient décrits ; enfin, sur notre lieu d'étude, un prélèvement de liquide gastrique doit être effectué si la mère n'a pas bénéficié de prélèvement vaginal pendant la grossesse pouvant expliquer quelques aspirations gastriques. Ce sont donc moins d'un quart des nouveau-nés qui ont été sondés, ce qui atteste d'une bonne prise en compte des dernières recommandations.

D'après l'OMS, le bain n'est plus recommandé avant au moins deux heures de vie. Seuls 11 nouveau-nés sur 189 ont eu un bain en salle de naissance, toujours suite à la volonté des parents et pour les raisons suivantes : « *il avait trop de sang collé dans les cheveux* », « *mon bébé pleurait beaucoup, on lui a donné un bain pour le détendre* ». Cette pratique est donc rare, ce qui est cohérent avec les dernières recommandations.

1.2.3. La pratique de la technique peau à peau.

D'après plusieurs études, un peau à peau précoce (dans les 10 minutes qui suivent la naissance) et prolongé (durant au moins 90 minutes) aurait de nombreux bénéfices sur la mère et l'enfant. Dans notre population d'étude, 97,9% des femmes ont eu leur nouveau-né posé sur elles immédiatement ou dans les 10 minutes suivant la naissance, et 100% des patientes ont fait du peau à peau en salle de naissance.

Par ailleurs, d'après les dernières recommandations [34], lorsque l'adaptation néonatale est normale, l'idéal est de placer le nouveau-né en peau à peau continu durant les deux premières heures de vie, ou au moins jusqu'à la première tétée. Parmi les 167 *parcours de nouveau-nés* étudiés, 60,5% des techniques peau à peau ont été interrompues pour la pratique de soins non urgent (pesée, prise de la température, instillation de collyre...), et seuls 39 nouveau-nés (soit 23,4%) ont mangé avant la pratique de soins.

Nous pouvons donc affirmer que les professionnels de salle de naissance au centre hospitalier du Belvédère adhèrent à la pratique du peau à peau et permettent à toutes les patientes qui le peuvent d'en bénéficier. Cependant la majorité des techniques peau à peau (52,1%) sont interrompues avant le 1^{er} repas du nouveau-né. Nous pensons que cette interruption peut s'expliquer d'une part par la demande des parents puisque plusieurs nous ont rapporté dans le questionnaire qu'ils souhaitent rapidement connaître le poids de leur enfant afin de l'annoncer à leur famille. D'autre part, nous pensons que la forte activité du service, contribue parfois à empêcher un peau à peau continu jusqu'à la première tétée. En effet, chaque professionnel prend plusieurs femmes en charge et doit remplir méticuleusement le carnet de santé et les dossiers de chacune d'entre elles et de leurs nouveau-nés avant le transfert dans le service des suites de couches, or un peau à peau continu pendant 90 minutes ou plus, ou au moins jusqu'à la première tétée, nécessite une organisation et une disponibilité importantes.

Enfin, 152 patientes ont inscrit la durée totale du peau à peau qu'elles ont pratiqué. La majorité d'entre elles, 59,9%, l'ont pratiqué pendant une durée inférieure ou égale à une heure, seules 17,8% l'ont pratiqué pendant plus de 90 minutes. Cependant, nous observons que 95,8% des patientes étaient satisfaites du parcours de leur nouveau-né en salle de naissance. Deux patientes se sont plaintes d'un peau à peau trop long (elles avaient pratiqué le peau à peau plus de 90 minutes) et une seule s'est plainte d'un peau à peau trop court. Nous émettons donc comme hypothèse que la durée du peau à peau n'est pas liée uniquement aux pratiques et à la disponibilité des professionnels mais aussi aux demandes des parents. Par ailleurs, pour des raisons de sécurité, devant une mère fatiguée ou en cas d'impossibilité de surveiller le nouveau-né en peau à peau, il est plus prudent de placer l'enfant dans son berceau.

1.2.4. Informations délivrées aux parents.

La majorité des parents, 82,2%, a reçu des informations sur les soins prodigués au nouveau-né. Mais, 18,6% des parents interrogés estiment ne pas avoir reçu d'informations ou des informations insuffisantes. De plus, parmi une liste de soins énoncés aux mères, on remarque qu'en moyenne, 14,1% de femmes ne savent pas si le soin a été fait sur leur nouveau-né et 7,9% des patientes disent ne pas avoir compris tous les soins. Ces éléments révèlent l'importance d'informer les patients et de s'assurer qu'ils aient compris.

1.3. Les souhaits des parents.

1.3.1. L'alimentation du nouveau-né.

La majorité des patientes interrogées (69,3%) a choisi l'allaitement maternel, 27,5% ont choisi l'allaitement artificiel et 3,2% ont choisi un allaitement mixte. Pour 68,8% des patientes, le choix de l'alimentation était déjà fait avant la grossesse. Nous souhaitons savoir si l'accueil du nouveau-né avait un impact sur le choix des patientes mais seules 7,9% d'entre elles ont décidé du mode d'alimentation à la naissance de l'enfant et nous n'avons pas retrouvé d'éléments caractérisant ce choix tardif.

Au travers de notre étude, nous avons également souhaité savoir ce que pensent les femmes qui donnent le biberon de la pratique d'une « tétée de bienvenue ». En effet cette unique tétée en salle de naissance appelée parfois « don de colostrum » est proposée par certains professionnels de la naissance et alimente de nombreuses discussions sur les forums féminins. Parmi les 52 femmes ayant choisi le biberon, 28 savaient ce qu'est la tétée de bienvenue (soit 53,8%) et 12 souhaitaient la donner, soit une minorité de femmes. Les femmes souhaitant donner une tétée de bienvenue expriment surtout les désirs de « *donner des vitamines au bébé* » et de « *de découvrir la sensation de la mise au sein* ». Les autres femmes n'en ont tout simplement « *pas envie* » ou craignent de « *faire goûter à leur enfant quelque chose qu'il aime et qu'il n'aura plus après* ». Cette pratique est donc assez connue mais peu souhaitée.

1.3.2. La pratique du peau à peau.

Cette pratique engendre un réel engouement auprès des mères, 100% des patientes souhaitaient pratiquer la technique peau à peau en salle de naissance. Lorsqu'elles s'expriment, elles parlent de « *se rassurer* » ainsi que leur enfant, elles parlent de 1^{er} contact « *idéal* » et de « *récompense après 9 mois d'attente* ». Cette pratique est donc largement appréciée et souhaitée par les patientes et procure à 93,6% d'entre elles une sensation de bien-être et à 79,4% du plaisir.

Quant au moment de ce contact, 98,9% des patientes ayant eu leur nouveau-né sur elles immédiatement ont été satisfaites. 24,9% d'entre elles estiment que « *la découverte de bébé doit être immédiate* ». Seules 2 de ces femmes ont trouvé ce délai « *trop rapide* », ce qui rappelle l'importance de parler du peau à peau aux patientes en per-partum afin de connaître leur avis.

La technique peau à peau a permis à 63% de patientes de se rendre compte des capacités de leur nouveau-né à montrer leur faim. Or il est valorisant pour une mère de comprendre son nouveau-né. Ainsi 53,8% des femmes ayant choisi le biberon ont vu que l'enfant cherchait à téter et 66,4% des femmes ayant choisi un allaitement maternel ou mixte.

Les pères sont également attirés par la technique peau à peau en salle de naissance puisque 41,7% souhaitaient la pratiquer et 10,7% l'ont finalement pratiquée. En ce qui concerne les autres pères, 17,3% se sont abstenus de pratiquer cette technique parce qu'ils estiment que ce contact est réservé à la mère en salle de naissance, et certains d'entre eux nous ont rapporté qu'ils l'ont pratiqué avec plaisir dans le service de suites de couches.

Fortement plébiscité par les mères, le peau à peau est un élément majeur de l'accueil des nouveau-nés et de satisfaction des patientes (46,6% des patientes incluent le peau à peau dans les « points positifs » de l'accueil de leur nouveau-né). Quant au peau à peau entre le père et l'enfant en salle de naissance, il s'agit d'une pratique plutôt rare malgré une demande non négligeable, qui pourrait s'inscrire dans le projet des parents surtout si la mère est fatiguée ou ne souhaite pas ce contact.

1.3.3. Le bain.

Le bain attire un plus grand pourcentage de pères que de mères (31,0% contre 20,6%). Comme leurs compagnes, ces pères évoquent des raisons d'hygiène ou d'habitude par rapport aux autres naissances mais il ressort aussi que c'est un moyen pour eux de « découvrir leur enfant sans la mère, d'avoir un contact privilégié ».

79,4% des patientes ne souhaitaient pas donner de bain parce qu'elles savent que « ça ne se fait plus » ou sont informées (elles évoquent la conservation de la température, la protection de la peau, la conservation des repères olfactifs...).

1.3.4. La place du père.

L'introduction du père en salle de naissance est le fruit de l'histoire comme nous l'avons vu dans la revue de littérature mais notre étude montre bien qu'aujourd'hui elle est surtout le fruit d'une volonté et d'un investissement personnels. La majorité des pères interrogés soit 96,0% souhaitaient assister à la naissance de leur enfant pour 2 raisons principales qui sont « soutenir leur femme » et « voir naître leur enfant ».

La section du cordon ombilical représente pour 25,8% d'entre eux « *un geste symbolique, la rupture du lien avec la maman* », mais ils estiment également que c'est « *leur rôle* », « *leur façon de participer à l'accouchement* ». En effet, 77,9% des pères présents à la naissance de leur enfant souhaitaient couper le cordon ombilical et 74,8% l'ont fait.

Les pères sont très demandeurs pour assister aux soins de leur nouveau-né (95,2%). Ils se révèlent protecteurs et curieux: 43,5% des pères nous ont dit vouloir « *rester auprès de leur enfant* » ou « *veiller sur lui et s'assurer que tout va bien* » pendant les soins, et 23,8% souhaitaient assister aux soins pour « *apprendre* ».

Finalement une large majorité des pères ayant participé à notre étude a su trouver sa place en salle de naissance (94,0%) et ce, en grande partie grâce au personnel. En effet 37,5% des pères estiment que le personnel les a aidés à s'impliquer et à trouver leur place, 24,4% des pères incluent dans les « *points positifs* » un personnel « *compétent et à l'écoute* ».

1.4. Satisfaction.

Globalement notre population est très satisfaite de l'accueil des nouveau-nés, la moyenne de satisfaction est de 9,2 pour les mères et de 9,1 pour les pères. Les principaux points positifs sont : pour les mères « *la pratique du peau à peau avec leur enfant* » (46,6% des mères), pour les couples « *un personnel compétent et à l'écoute* » (24,4% des pères et 36,5% des mères) et « *le respect de l'intimité de la famille* » (6,5% des pères et 14,8% des mères). Parmi les femmes ayant élaboré un projet de naissance, 86,5% estiment qu'il a été respecté.

En ce qui concerne les parents ayant déjà eu d'autres enfants, une très large majorité avait le même vécu et les mêmes attentes pour l'accueil de leur nouveau-né. Ceux qui expriment des différences se réfèrent au déroulement du travail, au mode et aux conditions d'accouchement.

L'une de nos hypothèses était que les couples de parents étaient plus satisfaits si l'accueil du nouveau-né était optimal, soit répondant aux critères suivant :

- bruit en sourdine et lumière douce,
- pratique du peau à peau immédiate ou moins de 10 minutes après la naissance,
- peau à peau d'une durée d'une heure ou plus et ininterrompu,
- absence de passage de sonde nasale ou gastrique, et de bain.

Seuls 6,9% des nouveau-nés de notre population remplissent tous ces critères. La comparaison des moyennes de satisfaction des parents de nouveau-nés ayant bénéficié de cette prise en charge avec les autres parents a tendance à contredire notre hypothèse, de manière non significative. Rappelons que 60,5% des techniques peau à peau ont été interrompues et 54,5% ont duré moins d'une heure, ce qui a exclu beaucoup de nouveau-nés. Enfin, notons que nous n'avons introduit aucun critère concernant l'avis des parents dans cet « accueil optimal » et nous avons vu au fil de cette étude que les patientes étaient satisfaites du parcours de leur nouveau-né en salle de naissance, et que les parents pouvaient être à l'origine de l'interruption du peau à peau.

Au vu des éléments précédents, nous pouvons penser qu'un « accueil optimal » théorique ne peut satisfaire pleinement les parents si leurs souhaits ne sont pas entendus.

2. Propositions d'action.

2.1. Sensibiliser les professionnels.

Les professionnels de notre lieu d'étude semblent bien informés sur les nouvelles recommandations et y adhérer. Cependant il pourrait être intéressant de savoir pourquoi le peau à peau est si souvent interrompu avant le premier repas et ajuster ce qui n'est pas adapté.

Par ailleurs, il nous paraît important que les sages-femmes, médecins et internes connaissent l'existence du protocole d'accueil du nouveau-né sain de leur établissement (quel qu'il soit) afin de pouvoir s'y référer.

Enfin une étude pourrait être menée pour connaître le niveau de connaissances des professionnels de la naissance sur l'accueil des nouveau-nés bien portants.

2.2. Une fiche de « Projet d'accueil du nouveau-né ».

Afin d'avoir un « trame » sur les attentes des parents en terme d'accueil de leur nouveau-né, nous avons imaginé un « Projet d'accueil du nouveau-né » (cf Annexe II). Ce document pourrait être donné aux femmes à la consultation du 9^e mois et ramenée en salle de naissance afin d'être mis dans le dossier de la patiente. Il amènerait les parents à réfléchir à ce qu'ils veulent sans précipitation. Et il nous permettrait, en cas de changement d'équipe, d'avoir une trace écrite des souhaits des parents afin de les respecter au moment de la naissance.

Le but de ce document n'est pas de remplacer la communication, essentielle, entre l'équipe et les parents mais plutôt d'être un support concret permettant d'induire de nouveaux échanges.

Enfin, nous avons élaboré ce projet sur la base d'un couple de parents « classique » composé d'un homme et d'une femme mais il serait intéressant de réfléchir à son utilisation et adaptation aux parentalités différentes.

CONCLUSION.

Conclusion.

L'accueil des nouveau-nés a connu de nombreuses évolutions au fil du temps. Les progrès en obstétrique et en pédiatrie ont permis d'encadrer la grossesse et l'accouchement afin d'offrir de bonnes conditions de sécurité aux patientes. Cependant nos connaissances sur l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine et sur ses compétences rappellent l'importance de respecter aussi le déroulement des étapes nécessaires à son bien-être lors d'une naissance « physiologique ».

De nombreux forums féminins accusent les maternités de ne pas respecter la physiologie, de trop « médicaliser » l'accouchement et ses suites. Il est donc de notre devoir de faire partager aux parents nos connaissances sur la physiologie et de tout mettre en œuvre pour qu'elle soit respectée lorsque c'est possible. Par ailleurs, parmi les patientes que nous avons interrogé, 2 nous ont fait part de leur souhait de ne pas avoir leur enfant sur elle immédiatement après la naissance. L'exemple précédent prouve que nous devons aussi entendre les femmes qui ne sont pas à l'aise avec les pratiques conseillées actuellement afin de ne pas les mettre dans une situation difficile qui pourrait altérer leur rencontre avec leur enfant.

Concernant les pères, cette étude a confirmé l'importance de les impliquer dans l'accueil de leur enfant d'une part parce qu'ils le souhaitent (95,0% souhaitent assister à la naissance et 95,2% souhaitent assister aux soins), et d'autre part parce qu'ils ont un rôle propre (soutenir leur compagne, rompre le lien entre la mère et l'enfant grâce à la section du cordon ombilical, veiller sur l'enfant...) qu'ils entendent investir dès la naissance.

Notre étude nous a permis de mettre en évidence que les couples de parents sont satisfaits de la prise en charge proposée pour leur enfant et font confiance au personnel médical. La loi Kouchner de mars 2002 rappelle que l'information incombe à tout professionnel dans le cadre de ses compétences, or pour exprimer leur volonté et comprendre nos pratiques, les parents doivent être bien informés. Nous pensons que c'est grâce au respect des choix des parents et à des suggestions judicieuses de la part des professionnels que les nouveau-nés sains pourront bénéficier d'un accueil optimal.

Notre rôle en tant que sage-femme et plus largement en tant que professionnel de la naissance est de savoir reconnaître une situation « normale ». Dans ce cas, nous devons combiner une bonne communication avec les couples de parents, de bonnes connaissances sur la physiologie et de la technique afin d'intervenir le moins possible et le mieux possible auprès des enfants qui vont bien.

BIBLIOGRAPHIE.

Bibliographie.

Ouvrages :

1. Société Française de Médecine Périnatale, 38^{es} Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Rueil-Malmaison, ARNETTE, 2008, p184-192, 351 pages.
2. BEAUDRY Micheline ; CHIASSEON Sylvie ; LAUZIERE Julie. Biologie de l'allaitement. Québec. Presses de l'université du Québec. 2006. 570 pages
3. BEAUVALET-BOUTOUYRIE Scarlett. Naître a l'hopital au XIXe siècle Paris. Belin. 1999. 431 pages
4. CESBRON Paul ; KNIBIEHLER Yvonne. La naissance en occident. Paris. Albin Michel 2004 360 pages
5. FRANCOUAL.C, BOUILLIE.J, PARAT-LESBROS.S, Pédiatrie en maternité, médecine-science Flammarion, Paris 2008, p.384-391, 688 pages.
6. J.LAUGIER, J-C. ROZE, U.SIMEONI, E.SALIBA, Soins aux nouveau-nés. Avant, pendant et après la naissance. 2^e édition. Masson, Paris 2006, 839 pages.
7. LE CAMUS Jean. Le vrai rôle du père. Paris. Odile Jacob poches. 2004. 189 pages
8. SAINT-ANNE DARGASSIES Suzanne. Recherches neonatales 1941-1986. Paris. L'harmattan. 2002 110 pages

Articles :

9. P.BETREMIEUX, réanimation néonatale et pédiatrique, CHRU Rennes. Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance : synthèse, adaptation et commentaires pratiques des recommandations de l'international liaison committee on resuscitation (ILCOR). « Médecine et enfance », vol 27, avril 2007, hors série.
10. BRANGER.B, SAVAGNER.C, ROZE.J-C, WINER.N, Pédiatres des maternités des Pays-de-la-Loire. Onze cas de malaises graves de nouveau-nés à terme et présumés sains dans les premières heures de vie. « La revue de la sage-femme », décembre 2007, vol.6, n°6, p.334-341
11. BYSTROVA K. Impact des pratiques en maternité sur le démarrage de l'allaitement chez des primipares et des multipares. « Les dossiers de l'allaitement », 06/2008, n° 75. - p. 24

12. CLEMENT.A, commission évaluation réseau sécurité naissance-naître ensemble des pays de Loire ; SAVAGNER.C, Réanimation néonatale CHU Angers; ABBEY.H, pôle information médicale Evaluation et santé publique CHU Nantes; WINER.N, maternité pôle mère et enfant CHU Nantes. Cas de malaise grave subit du nouveau-né en salle de naissance. «Risques et qualité en milieu de soins», avril 2006, vol.3, n°1, p.54-57
13. C.COLMANT, R.FRYDMAN. Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque? "Gynécologie Obstétrique & Fertilité", février 2009, vol 37, n°2. 195-199
14. GREMMO-FEGER.G, pédiatre, IBCLC, Service de gynécologie-Obstétrique, CHU BREST. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. «Les dossiers de l'allaitement», avril mai juin 2002, n°51, p.18-21
15. LABASSI.I, JEHL.A, SARRET.C, service de gynécologie-obstétrique, Hôpital civil de Strasbourg. Le peau à peau en salle de naissance. « Profession sage-femme », octobre 2008, n°149
16. P.LABRUNE, M.BELIAH. Examen clinique du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-001-C-10 2009
17. C. LE BRENN, Ecole de sages-femmes du CHU de Nice. Les soins administrés à la naissance au nouveau-né présumé bien portant sont-ils tous pertinents ? Mémoire soutenu en 2006. « Les dossiers de l'obstétrique » n°364, octobre 2007, p21-24.
18. B. MARIA (service de Gynécologie-Obstétrique. Centre Hospitalier -94195 Villeneuve St-Georges). Pratiques obstétricales et démarrage de l'allaitement. Peut-on changer les naissances ? ou les soins efficaces pour l'accouchement. Journées régionales de l'allaitement maternel 2005 2006 2007. Organisées par la CoFAM.
19. MOORE.ER, ANDERSON.GC, BERGMAN.N, Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). The Cochrane Library 2009
20. I.PAULARD, sage-femme cadre enseignante. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. « Vocation sage-femme », n°70, mars 2009, p.29-33
21. M.RAJGURU. Consensus et RPC. Soins au nouveau-né normal: les deux premières heures. "Gynécologie Obstétrique & Fertilité", février 2007, vol 35, n°2. 174-175
22. WINBERG.J, Mother and Newborn Baby: Mutual Regulation of Physiology and Behavior-A selective review. 2005 Wiley Periodicals, Inc
23. L'accouchement en questions. « 100% papa. Le premier guide pour les futurs et nouveaux pères ». p18-23. Collection « Les guides 100% ».

Documents officiels :

24. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2002. Allaitement maternel Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant.
25. HAS. Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation. Juin 2006.
26. Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénatal, pré et postnatal.

Sites internet :

27. https://www.erc.edu/index.php/guidelines_download_2005/en/highlight=resuscitati on consulté le 19/07/2010. European Resuscitation Council (ERC), D.BIARENT, R.BINGHAM, et al. ERC Guidelines for Resuscitation 2005-section 6-Paediatric life support. 6c-Resuscitation of babies at birth.
28. www.reseau-naissance.com/joomla/images/soins_nn_normal_15_09.pdf Consulté le 16/03/2010. B.BRANGER, JP.BROSSIER, G.SEGUIN Réseau Sécurité Naissance-Naitre ensemble Pays de la Loire. Commission des pédiatres. Commission des sages-femmes. Soins au nouveau-né normal de plus de 36SA et sans pathologie dans les deux premières heures. Version validée au 15 septembre 2006
29. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method12.pdf>. Consulté le 2/02/2011. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES Série, sources et méthodes. Document de travail. Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8). Validités 2006 et 2007 Marc COLLET - Annick VILAIN *Sur la base des travaux de M-P. Baudet et D. Delaunay (LINCOLN) n° 12* – juin 2010. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la santé et des sports. Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'état.
30. <http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>. Consulté le 10/12/2010. Plan périnatalité 2005-2007 humanité, proximité, sécurité, qualité
31. www.who.int/reproductive-health/publications. Consulté le 10/03/2010. OMS. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum. Guide pratique. OMS, Genève, 1998.

32. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/3rd_stage/cd004074_abalose_com/fr/index.html consulté le 18/07/2010. E.Abalos Moment du clampage du cordon ombilical chez le nouveau-né à terme : effet sur les résultats maternels et néonataux : Commentaire de la BSG (dernière révision : 2 mars 2009). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Documents non publiés:

○ *Protocoles.*

33. BARRE.V, Chef de service-pôle Médical/Pédiatrie CH du Belvédère Mont Saint Aignan LEVAVASSEUR.C, Pédiatre CH du Belvédère, GROUT.M-A, Cadre Sup Ppôle médical/secteurs de soins/salle de naissance CH du Belvédère. Accueil en salle de naissance d'un enfant normal après un accouchement eutocique. Juin 2009.
34. D.MIETH, J-C. FAUCHERE ; Société suisse de néonatalogie. Prise en charge des nouveau-nés à la naissance. Recommandations. Novembre 2000.
35. RADIS, Service de Pédiatrie Néonatale et Réanimation CHU Rouen, SUPIOT.M, LELIGOIS.E, LESTANG.I, PIZZAGALI.F, SIONVILLE.S, BONNET.S, Service de Gynécologie et Obstétrique CHU Rouen. Prise en charge du nouveau-né, sans pathologie, dans les 2 premières heures de vie : favoriser le contact précoce.

○ *Mémoires.*

36. C.ANDRE, « Place des compétences sensorielles du nouveau-né dans l'interaction précoce mère-enfant ». Mémoire : école de sage-femme : Rouen : 2007
37. C.COTELLE, « Sein ou biberon : un choix à faire. Une étude prospective à partir de 156 cas ». Mémoire : école de sage-femme : Rouen : 2006.
38. R.CHISA, "Peau à peau en salle de naissance dans une maternité de niveau III: pratique et sécurité". Mémoire: école de sage-femme: Rouen: 2008.

ANNEXES.

Sommaire des annexes :

Annexe I :

Notre questionnaire distribué aux couples dans le service de suites de couches.

Annexe II :

Notre proposition d'action : un projet d'accueil du nouveau-né.

Annexe III :

Protocole du centre hospitalier du Belvédère : « Accueil en salle de naissance d'un enfant normal après un accouchement eutocique ».

Annexe IV :

Algorithme de l'évaluation de l'adaptation à la vie extra-utérine. Extrait de European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. D. Biarent et al.

Annexe V :

Document de surveillance pour la pratique du peau à peau : toutes les 15 minutes au moins. Service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital civil de Strasbourg. Extrait de l'article: Le peau à peau en salle de naissance. « Profession sage-femme », octobre 2008, n°149.

Annexe I.

Notre questionnaire distribué aux couples dans le service de suites de couches.

Enquête sur l'accueil des nouveau-nés en salle de naissance.

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Laure Varin, je suis étudiante sage-femme en quatrième année. Je réalise, dans le cadre de mes études, un mémoire sur l'accueil des nouveau-nés en salle de naissance.

Je m'intéresse au vécu et aux attentes des parents par rapport à la prise en charge de leur nouveau-né en salle de naissance.

C'est pourquoi je sollicite votre participation à tous les deux avec beaucoup d'intérêt.

Ce questionnaire comporte une partie destinée aux mamans et une partie destinée aux papas. Il sera analysé de façon anonyme.

Je vous remercie d'avance de votre collaboration et je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sincères salutations.

Laure VARIN

QUESTIONNAIRE

Destiné aux mamans.

I. Vous : (cochez la réponse)

1. Quel âge avez-vous ?.....
2. Exercez-vous une profession ? Oui Non

Si oui : cochez la case qui correspond

agriculteurs	
artisans, commerçants, chefs d'entreprise	
cadres, professions intellectuelles supérieures	
professions intermédiaires	
employés	
ouvriers	
autre	

3. Avant cette naissance, combien d'enfants avez-vous eu ? (inscrivez le chiffre) :

.....

Si vous avez eu d'autres enfants : Avez-vous accouché au Bélvédère lors de la dernière naissance ? Oui Non

II. Votre grossesse.

4. Avez-vous élaboré un projet de naissance ou exprimé des désirs particuliers à l'équipe ? Oui Non

Si oui, vous trouvez que ça a été :

- Respecté
- Partiellement respecté
- Pas du tout respecté

5. Avez-vous reçu des informations sur l'accueil des nouveau-nés ?

Oui Non

Si oui, comment ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Par votre entourage
- Par des recherches personnelles (magazines, livres, internet...)
- Au cours de consultations prénatales
- Au cours de séances de préparation à la naissance
- Au cours de l'entretien prénatal précoce (du 4^e mois)
- En salle de naissance
- Autre (*précisez*) :

6. Quizz. (*cochez la case correspondante*)

	VRAI	FAUX	je ne sais pas
L'examen clinique des nouveau-nés doit se faire immédiatement après la naissance			
Le collyre antibactérien (gouttes pour les yeux) est recommandé dès la naissance pour tous les nouveau-nés			
En peau à peau, les nouveau-nés ont froid			
On passe systématiquement une sonde dans le nez des nouveau-nés			
Donner un bain au nouveau-né dès sa naissance atténue ses repères olfactifs			
La vitamine K est recommandée dès la naissance pour tous les nouveau-nés			
Le peau à peau rassure les nouveau-nés			
L'examen clinique permet le dépistage de malformations			
On passe systématiquement une sonde dans la bouche des nouveau-nés			
Le cordon ombilical est forcément désinfecté en salle de naissance			

III. Votre accouchement:

7. Etiez-vous accompagnée par un proche en salle de naissance ?

Oui Non

Si oui qui était-ce?

8. La période active du travail est la période comprise entre 3cm de dilatation du col et l'accouchement. Placez une croix sur l'échelle suivante afin de définir sa durée :

- 0 signifie que vous avez trouvé le travail rapide
- 10 signifie que vous avez trouvé le travail très long

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

9. Votre sentiment sur le déroulement du travail, placez une croix sur l'échelle :

- 0 signifie que vous avez trouvé ça facile
- 10 signifie que vous avez trouvé ça très difficile

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

10. Avez-vous bénéficié d'une analgésie péridurale ?

Oui Non

Si oui, était-elle efficace ?

Oui Non

11. Avez-vous eu une épisiotomie ou une déchirure ?

Oui Non

IV. Votre prise en charge après l'accouchement, en salle de naissance:

12. Combien de temps (à peu près) êtes vous restée en salle de naissance après l'accouchement ?

1h 2h 3h plus de 3h

Pour les questions 13 et 14 : placez une croix sur les échelles numériques.

13. Évaluez votre énergie dans les 2 heures qui ont suivi l'accouchement :

- 0 signifie que vous étiez complètement épuisée
- 10 signifie que vous étiez très en forme

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

14. Évaluez votre confort dans les 2 heures qui ont suivi l'accouchement :

- 0 signifie que vous étiez très gênée (douleurs, inconfort...)
- 10 signifie que vous vous sentiez bien (aucune gêne...)

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

15. Comment décririez-vous l'environnement sonore autour de vous, après l'accouchement ?

- Bruit en sourdine
- Bruit fort
- Bruit assourdissant

16. Comment décririez-vous l'environnement lumineux autour de vous, après l'accouchement ?

- Lumière douce
- Lumière forte
- Lumière éblouissante

V. Le 1^{er} contact avec bébé:

17. Au bout de combien de temps, après l'accouchement, avez-vous eu bébé dans les bras ?

- Immédiatement (on l'a posé sur votre ventre dès sa naissance)
- Un peu plus tard (*précisez*) : environ Minutes après sa naissance

18. Ce délai vous a paru :

Trop rapide : Précisez pourquoi

.....
.....

Bien : précisez pourquoi

.....
.....

Trop long : précisez pourquoi

.....
.....

Si vous avez répondu « UN PEU PLUS TARD » à la question 17, répondez à la question 19 sinon passez directement à la question 20.

19. Pourquoi bébé n'a-t-il pas été placé immédiatement sur vous à la naissance ?

(plusieurs réponses possibles)

Vous ne le souhaitiez pas. Précisez pourquoi :

.....
.....

Bébé avait besoin de soins immédiats. Précisez :

.....
.....

On ne vous a pas proposé de le mettre sur vous immédiatement mais vous ne savez pas pourquoi.

Autre : Précisez :

.....
.....

20. Retraçons le parcours de bébé en salle de naissance, **depuis sa naissance jusqu'à votre sortie** de la salle d'accouchement. Cette question permettra de connaître (à peu près) la durée de votre premier câlin ainsi que ce qui l'a retardé, agrémenté ou interrompu.

Ci-après, une liste de 10 items et 2 exemples. Vous devrez utiliser les items afin de décrire le parcours de bébé. Vous pourrez utiliser le nombre d'items que vous voudrez et même en utiliser certains plusieurs fois.

Naissance
Habillage de bébé
1er repas de bébé
Table d'examen chauffante
Peau à peau avec maman (<i>précisez la durée</i>)
Peau à peau avec papa
Bras de maman (<i>précisez la durée</i>)
Bras de papa
Autre (<i>précisez</i>)
Sortie

« Peau à peau »= bébé est nu ou en couche contre votre peau (*précisez la durée*)

« Bras »= bébé est dans vos bras tout habillé (*précisez la durée*)

Exemples :

* *Naissance* → *peau à peau avec maman (environ 15 min)* → *table d'examen* → *peau à peau avec maman (environ 10 min)* → *1^{er} repas* → *table d'examen* → *habillage* → *bras de maman* → *sortie dans les bras de maman*

* *Naissance* → *table d'examen* → *habillage* → *bras de maman (environ 30 min)* → *table d'examen* → *bras de papa* → *bras de maman (environ 50 min)* → *sortie dans les bras de maman*

Ecrivez votre propre séquence sur les lignes suivantes :

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

21. Cela vous convenait-il ? Oui Non

Si non, précisez ce qui ne vous convenait pas ou ce qui aurait pu être mieux dans le parcours de bébé :

.....
.....

Si vous AVEZ FAIT DU PEAU A PEAU avec votre bébé en salle de naissance, répondez aux questions 22 à 24, sinon passez directement à la question 25.

22. Etait-ce ce que vous souhaitiez ?

Oui, précisez pourquoi :

.....
.....

Non, précisez pourquoi :

.....
.....

23. Pendant le peau à peau bébé a-t-il cherché votre sein ? Oui Non

24. Votre ressenti par rapport à ce premier contact en peau à peau (plusieurs réponses possibles):

Bien-être : *expliquez pourquoi*

.....

Dégoût : *expliquez pourquoi*

.....

Plaisir : *expliquez pourquoi*

.....

Déception : *expliquez pourquoi*

.....

Confiance : *expliquez pourquoi*

.....

Mal à l'aise: *expliquez pourquoi*

.....

Autre :

.....

Si vous N'AVEZ PAS FAIT DE PEAU A PEAU en salle de naissance, et que votre BEBE ETAIT TOUT HABILLE lors du premier câlin, répondez aux questions 25 et 26, sinon passez directement à la question 27.

25. Etait-ce ce que vous souhaitiez ?

Oui, *précisez pourquoi* :

.....

.....

Non, *précisez pourquoi* :

.....

.....

26. Votre ressenti par rapport à ce premier câlin (plusieurs réponses possibles) :

Bien-être : *expliquez pourquoi*

.....

Dégoût : *expliquez pourquoi*

.....

Plaisir : *expliquez pourquoi*

.....

Déception : *expliquez pourquoi*

.....

Confiance : *expliquez pourquoi*

.....

Mal à l'aise : *expliquez pourquoi*

.....

Autre :

.....

.....

VI. Le 1^{er} repas de bébé :

27. Pour votre enfant vous avez choisi :

Un allaitement au sein

Un allaitement au biberon

Un allaitement mixte

28. A quel moment avez-vous choisi ce mode d'allaitement ?

Avant la grossesse

Pendant la grossesse

A la naissance de votre enfant

29. Bébé a-t-il mangé en salle de naissance ? Oui Non

Si oui, au bout de combien de temps ?

Complétez : environ minutes après l'accouchement

Si vous avez choisi L'ALLAITEMENT AU BIBERON, répondez à la question 30 sinon passez directement à la question 31:

30. Savez-vous ce qu'est la tétée de bienvenue ? Oui Non

Si oui, souhaitez-vous donner une tétée de bienvenue ?

Oui, précisez pourquoi :

.....

Non, précisez pourquoi :

.....

Avez-vous donné une tétée de bienvenue ?

Oui, précisez pourquoi :

.....

Non, précisez pourquoi :

.....

VII. Les soins de bébé.

31. Quels soins ont été prodigués à votre bébé et quand ?

- Pour la 1^e partie (3 premières colonnes) : cochez la case correspondante
- Pour la partie « **Quand ?** » : inscrivez le temps en minutes (exemple : 15 min). Certains soins peuvent être faits au même moment.
- Pour la partie « **Où ?** » : cochez la case correspondante

				Quand?	Où?	
	Fait	Pas fait	Je ne sais pas si ça a été fait	Combien de temps (en minutes) après la naissance?	Sur la table d'examen	Dans mes bras
Administration de collyre (gouttes dans les yeux)						
Soins de cordon ombilical						
Examen clinique (la sage femme regarde chaque partie du corps de bébé, parfois le fait marcher...)						
Passage de sonde dans le nez						
Passage de sonde dans la bouche						
Pesée						

32. Savez-vous à quoi sert chaque soin qui a été pratiqué sur votre nouveau-né ? Oui Non

Si non, quels sont les soins que vous ne comprenez pas ?

.....

33. Les personnes qui ont fait les soins de votre enfant vous ont-elles expliqué ce qu'elles faisaient, ce qu'elles cherchaient ?

Oui

Non

Si oui : les informations étaient-elles suffisantes ? Oui Non

34. Votre enfant a-t-il eu un bain en salle de naissance ? Oui Non

Pourquoi ?

.....

35. Souhaitiez-vous qu'il ait un bain ? Oui Non

Pourquoi ?

.....

VIII.Satisfaction :

36. Globalement êtes-vous satisfaite de l'accueil de votre nouveau-né ?

Placez une croix sur l'échelle numérique suivante, 0 signifie que vous êtes très insatisfaite et déçue et 10 signifie que vous êtes tout à fait satisfaite.

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

37. Concernant l'accueil de votre nouveau-né, citez les points positifs (*maximum 5 points*), que vous souhaiteriez revivre de la même façon pour une prochaine naissance.

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

38. Concernant l'accueil de votre nouveau-né, citez les points négatifs (*maximum 5 points*), que vous ne souhaiteriez pas revivre de la même façon pour une prochaine naissance.

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

Si VOUS AVEZ D'AUTRES ENFANTS, répondez à la question 39, sinon passez directement à la question 40.

39. Quelles sont les différences, concernant l'accueil de votre nouveau-né, par rapport à la/les naissance(s) précédente(s) ? *cochez la ou les case(s) :*

Vous aviez de nouvelles attentes ou des attentes plus précises: *précisez :*

.....

Votre vécu était différent: *précisez pourquoi:*.....

.....

Vos attentes et votre vécu n'ont pas changé

40. Faites nous part de vos suggestions pour améliorer l'accueil de votre nouveau-né, votre premier contact mère-bébé, votre premier moment en famille:.....

.....

Je vous remercie de votre aide !

QUESTIONNAIRE

Destiné aux papas.

I. Vous : (cochez la réponse)

41. Quel âge avez-vous ?.....

42. Exercez-vous une profession ? oui non

Si oui : cochez la case qui correspond

agriculteurs	
artisans, commerçants, chefs d'entreprise	
cadres, professions intellectuelles supérieures	
professions intermédiaires	
employés	
ouvriers	
autre	

43. Avant cette naissance, combien d'enfants avez-vous eu?

II. La naissance :

44. Avez-vous assisté à la naissance ? oui non

Etait-ce ce que vous souhaitiez ? oui non

Pourquoi ?

.....

45. Souhaitiez-vous couper le cordon ombilical ? oui non

Pourquoi ?

.....

46. Avez-vous coupé le cordon ombilical? oui non

Pourquoi ?

.....

III. Les soins de bébé :

47. Souhaitiez-vous assister aux soins prodigués à votre enfant sur la table

d'examen ? Oui Non

Pourquoi?.....
.....

48. A quels soins avez-vous assisté ?

Examen clinique de mon enfant (la sage-femme regarde chaque partie du corps de bébé, l'ausculte, mesure sa tête, parfois le fait marcher...)

Première pesée

Les soins du cordon ombilical

Passage de sonde dans le nez ou dans la bouche

Aucun

Autre : *précisez*

.....
.....

49. La personne qui a fait les soins de votre enfant vous a-t-elle expliqué ce qu'elle

faisait, ce qu'elle cherchait ? Oui Non

Si oui : les informations étaient-elles suffisantes ? Oui Non

50. Avez-vous donné un bain à votre bébé en salle de naissance ?

Oui Non

Souhaitiez-vous donner un bain? Oui Non

Pourquoi ?
.....

51. Avez-vous fait du peau à peau avec votre enfant en salle de naissance ?

Oui Non

Le souhaitez-vous ? Oui Non

Pourquoi ?
.....

IV. Votre vécu :

52. Avez-vous trouvé votre place dans l'accueil de votre nouveau-né ?

Oui, précisez ce qui vous a aidé à trouver votre place

.....
.....

Non, précisez ce qui vous a empêché de trouver votre place

.....
.....

Si vous AVEZ D'AUTRES ENFANTS répondez à la question 53, sinon passez directement à la question 54.

53. Par rapport à l'autre/aux autres naissance(s) avez-vous ressenti une différence pour trouver votre place ?

Oui, précisez pourquoi :

.....

Non

Vos attentes étaient-elles différentes des fois précédentes ?

Oui, précisez:

.....

Non

54. Globalement êtes-vous satisfait de l'accueil de votre nouveau-né ?

Placez une croix sur l'échelle numérique suivante

- 0 signifie que vous êtes très insatisfait et déçu
- 10 signifie que vous êtes tout à fait satisfait

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

55. En tant que papa, concernant l'accueil de votre nouveau-né, citez les points positifs (*maximum 5 points*) : que vous souhaiteriez revivre de la même façon pour une prochaine naissance

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

56. En tant que papa, concernant l'accueil de votre nouveau-né, citez les points négatifs (*maximum 5 points*) : que vous ne souhaiteriez pas revivre de la même façon pour une prochaine naissance.

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

57. Faites nous part de vos suggestions pour améliorer l'accueil de votre nouveau-né, votre premier contact père-bébé, votre premier moment en famille:.....

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

Je vous remercie de votre aide !

Annexe II.

Notre proposition d'action:

Etiquette de la patiente.



Notre projet pour accueillir bébé:

Nous souhaitons nourrir notre enfant : au sein

au biberon

les deux

nous attendons la naissance pour nous décider

Pour nos premières heures avec bébé, et dans la mesure du possible, nous souhaitons:

privilégier les temps d'échange, d'aide et de conseil avec l'équipe

privilégier les moments d'intimité en famille

Maman:

souhaite avoir bébé contre elle le plus vite possible en peau à peau

souhaite qu'on fasse les soins de son bébé (pesée, toilette rapide, habillage...) avant le premier câlin

autre :

Papa :

souhaite assister à la naissance

souhaite couper le cordon ombilical

souhaite faire du peau à peau avec bébé si c'est possible

souhaite donner le premier biberon

souhaite habiller son bébé (ou faire un autre soin)

Annexe III.

	Accueil en salle de naissance d'un enfant normal après un accouchement eutocique	MO-311
		Version 001
		Page 1 sur 2

Attention ! Seules les informations contenues dans le système informatique sont mises à jour. Tout document imprimé peut être périmé.

En cas d'accouchement voie basse d'un enfant à terme, de liquide clair et évaluation satisfaisante de l'enfant à la naissance :

Mettre l'enfant nu, à plat ventre, en peau à peau avec sa mère

Sécher l'enfant avec du linge chaud, mettre un bonnet, et le recouvrir avec une couche tissu plus un lange de laine

Pas d'aspiration systématique des voies aériennes (en cas de doute sur une atrésie des choanes, utiliser une fine mèche de coton ou placé un miroir devant les narines du nouveau-né)

Pas d'aspiration systématique du liquide gastrique (uniquement en cas de détresse respiratoire ou nécessité de prélèvement de liquide pour la bactériologie)

Faire absolument un test à la seringue, en cas de signe d'appel échographique (petit estomac), d'hydramnios ou d'hypersalivation

Lors de la réinstallation de la patiente, mettre systématiquement les barrières de sécurité de la table, même si l'accompagnant est présent. Baisser la table au maximum pour favoriser la proximité avec le papa

Surveiller l'enfant régulièrement (comportement, geignement, respiration, couleur, tonus) et le noter sur la feuille de traçabilité. Expliquer aux parents le comportement et la coloration normale d'un nouveau-né, surtout aux primipares, et installer le miroir sur pied pour permettre à la mère de voir le visage de l'enfant

Limiter le bruit et la lumière

Attendre les signes d'éveil pour proposer une alimentation

Proposer systématiquement aux parents de donner eux-mêmes le 1^{er} biberon, en présence continue de l'aide-soignante

En cas d'allaitement maternel, aider la mère à se positionner puis essayer d'intervenir le moins possible

Juste avant le passage en suites de couche:

-Prendre la température en rectal

-Pas de bain systématique (recommandation de l'OMS de faire un bain à partir du 2^{ème}-3^{ème} jour ou en cas de traditions culturelles d'attendre H6). Si souhait des parents, installation de l'enfant dans le bain en respectant la flexion du corps dans une eau à 38°, sortie du bain toujours en enroulement, essuyage doux de l'enfant installé sur le côté et recouvert d'une couche tissu

-mettre le collyre antibiotique

-peser

-mettre le bracelet d'identification

Accueil en salle de naissance d'un enfant normal après un accouchement eutocique.	MO-311
	Version 001
	Page 2 sur 2

Attention ! Seules les informations contenues dans le système informatique sont mises à jour. Tout document imprimé peut être périmé.

-faire l'examen clinique du nouveau-né par la sage-femme qui validera le départ en

suites de couches : observation du comportement de l'enfant, examen morphologique

complet (attention ++palais, anus, positionnement hanches et cuisses, OGE), coloration,

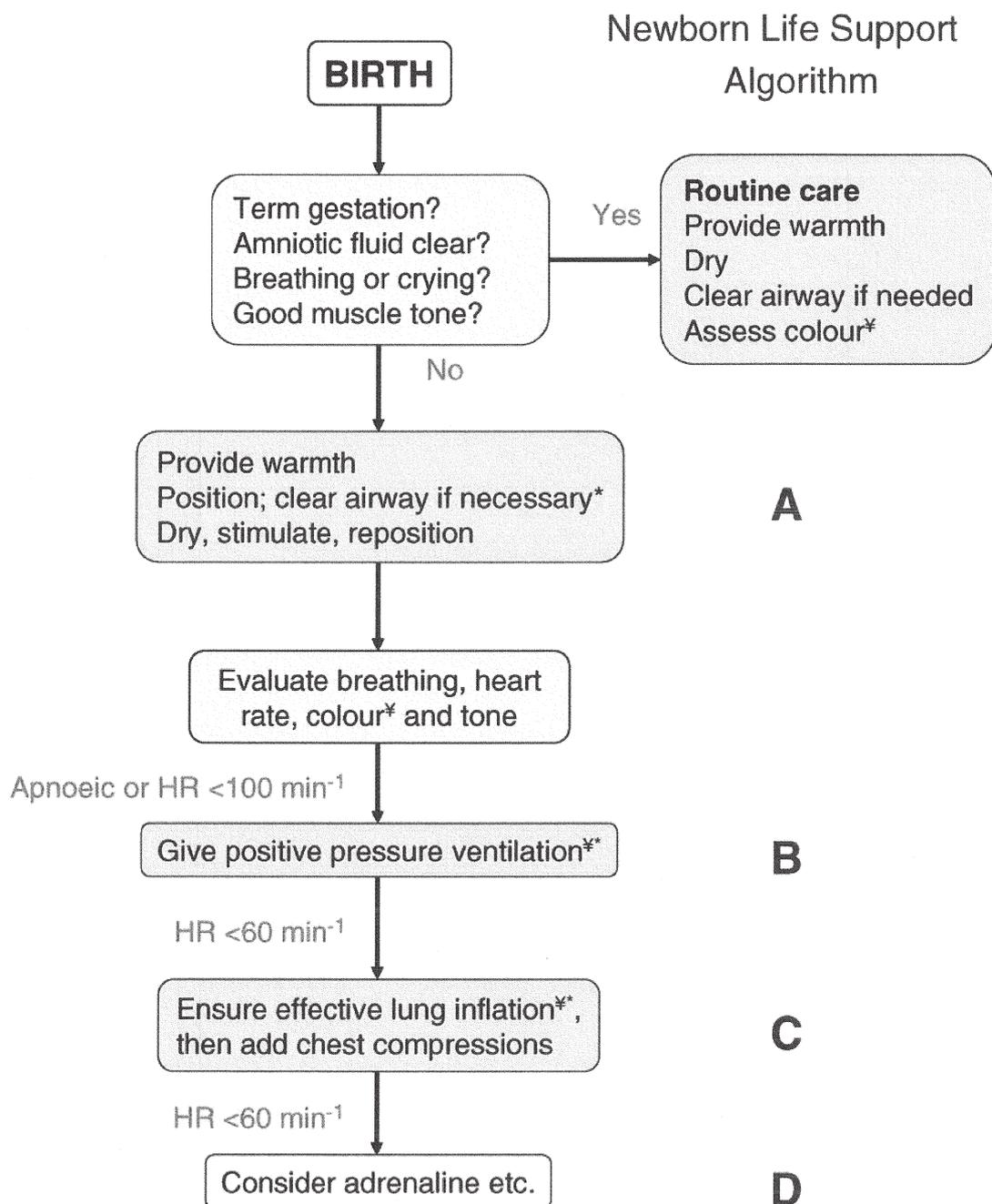
auscultation cardio-pulmonaire, absence de Silverman

- habillage de l'enfant (++) bonnet, brassière de laine, chaussettes)

Responsabilités	Noms / fonctions	Signé le :
Rédaction	Célia LEVAVASSEUR (Pédiatre), Marie-Ange GROUT (Cadre/Cadre Sup - Pôle Médical\Secteurs de soins\Salles de naissances)	04/06/2009, 04/06/2009
Validation du fond	Véronique BARRE (Chef de Service - Pôle Médical\Pédiatrie)	04/06/2009
Validation de la forme	Estelle PASQUIER (Qualificienne)	08/06/2009

Annexe IV.

Algorithme de l'évaluation de l'adaptation à la vie extra-utérine. Extrait de European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. D. Biarent et al.



*Tracheal intubation may be considered at several steps
*Consider supplemental oxygen at any stage if cyanosis persists

