



HAL
open science

Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance

Laëtitia Davrieux

► To cite this version:

Laëtitia Davrieux. Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00717359

HAL Id: dumas-00717359

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717359v1>

Submitted on 12 Jul 2012

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : **12 Avril 2012**

par

Laëtitia Davrieux

Né(e) le 23/10/1987

LE PEAU A PEAU
PRATIQUES ET CONNAISSANCES DES
PROFESSIONNELS DE SANTE
EN SALLE DE NAISSANCE

DIRECTEUR DU MEMOIRE

Mme DUBOIS REGNAULT Michèle Pédiatre en maternité

JURY :

Mr le Pr CABROL :

Mme MESNIL :

Mme le Dr PATKAI :

Mme CAUBIT :

Mme DRAN :

Directeur technique et d'enseignement

Représentante de la directrice de l'école de
sages-femmes Baudelocque

Pédiatre

Sage-femme

Co-directrice du mémoire, sage-femme
enseignante

Mémoire N° 2012PA05MA08

ERRATUM

LE PEAU A PEAU

PRATIQUE ET CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN SALLE DE NAISSANCE

Laëtitia DAVRIEUX

N°2012PA05MA08

Page 18 à la place de "au total 64 cas de malaises de nouveau-nés à priori bien portants ont été décrits dans 10 études s'étalant sur une période de 2000 à 2011." lire "au total 70 cas de malaises de nouveau-nés à priori bien portants ont été décrits dans 11 études s'étalant sur une période de 2000 à 2011."

Page 38 à la place de "11% des professionnels effectuent la totalité des gestes avant la mise en peau à peau. 12% des professionnels effectuent deux gestes. Le séchage de l'enfant est l'unique geste effectué par 67% des professionnels. 6% des professionnels déclarent n'effectuer aucun geste, 4% effectuent des gestes ne faisant pas partie des recommandations." lire "11% des professionnels effectuent trois gestes sur quatre avant la mise en peau à peau. 12% des professionnels effectuent deux gestes. Le séchage de l'enfant est l'unique geste effectué par 67% des professionnels. 6% des professionnels déclarent n'effectuer aucun geste, 4% effectuent des gestes ne faisant pas partie des recommandations. Aucun professionnel n'effectue la totalité des gestes"

Page 39 à la place de "Trois professionnels sur 7 effectuent un seul des gestes recommandés avant la mise en place du peau à peau. Un seul professionnel sur sept effectue la totalité des gestes avant la mise en peau à peau." lire "Quatre professionnels sur 7 effectuent un seul des gestes recommandés avant la mise en place du peau à peau. Un seul professionnel sur sept effectue trois gestes sur quatre avant la mise en peau à peau. Aucun professionnel n'effectue la totalité des gestes."

Page 40 à la place de "Concernant les gestes effectués avant la mise en peau à peau, 8% des professionnels effectuent la totalité des gestes. Une grande majorité (70%) n'effectue qu'un seul geste et 10% n'en effectuent aucun." lire "Concernant les gestes effectués avant la mise en peau à peau, 8% des professionnels effectuent trois gestes sur quatre. Une grande majorité (70%) n'effectue qu'un seul geste et 10% n'en effectuent aucun. Aucun professionnel n'effectue la totalité des gestes"

Page 41 à la place de "5% des professionnels effectuent l'ensemble des gestes avant la mise en peau à peau, et une majorité n'en effectuent qu'un seul (60/84)." lire "5% des professionnels effectuent trois gestes sur quatre avant la mise en peau à peau, une majorité n'en effectuent qu'un seul (60/84). Aucun professionnel n'effectue la totalité des gestes "

Remerciements

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

Je remercie les cadres sages-femmes et les chefs de service des maternités pour m'avoir permis de mener mon étude au sein de leur service, pour leur disponibilité et leur implication dans ce mémoire.

Je remercie Madame Michèle DUBOIS-REGNAULT pour avoir accepté de diriger mon mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de ce travail.

Je tenais à remercier Madame Claire DRAN, ma guidante de mémoire. Sa présence, son soutien et ses conseils tout au long de ce travail m'ont été d'une aide indispensable et précieuse. Durant ces quatre années au sein de l'école de sages-femmes, j'ai eu la chance de connaître une personne d'une grande empathie qui a été présente à mes côtés à chaque moment difficile. Merci encore à elle.

Je tenais à dédier ce mémoire à Marie N. et Myriam B., mes amies de promotion. Merci pour votre soutien, votre amitié, votre bonne humeur sans faille. Ces quatre années passées à vos côtés resteront des souvenirs inoubliables. Sans vous, je n'en serais certainement pas là aujourd'hui.

Je tenais à remercier mes amis et ma famille, en particulier, ma mère. Merci pour tout, rien n'aurait été possible sans toi. Ton soutien, ton optimisme et ton amour m'ont permis d'aller toujours au bout de mes objectifs et de mes envies.

Enfin je remercie toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail.

Table des matières

Liste des figures.....	I
Liste des annexes	II
Lexique	III
Introduction.....	1
Première partie : Cadre conceptuel	2
1.1 L'adaptation à la vie extra-utérine et la technique du peau à peau	2
1.1.1 <i>La naissance et l'adaptation à la vie extra-utérine</i>	2
1.1.2 <i>Développement de la technique du peau à peau</i>	2
1.2 Bénéfices du peau à peau	3
1.2.1 <i>Bien-être de l'enfant</i>	4
1.2.1.1 Effets tranquillisants sur l'enfant	4
1.2.1.2 Effets analgésiques sur l'enfant	5
1.2.2 <i>Paramètres physiologiques du nouveau-né</i>	6
1.2.2.1 Stabilité thermique	6
1.2.2.2 Equilibre glucidique	9
1.2.2.3 Paramètres cardiaques et respiratoires.....	9
1.2.3 <i>Satisfaction des mères et attachement mère-enfant</i>	10
1.2.4 <i>Allaitement</i>	11
1.2.5 <i>Morbidité et mortalité</i>	13
1.2.5.1 Diminution de la morbidité par colonisation bactérienne précoce	13
1.2.5.2 Effet sur la mortalité	13
1.3 Cadre juridique et recommandations	14
1.3.1 <i>Evaluation d'un enfant en bonne santé</i>	14
1.3.2 <i>Recommandations de l'OMS</i>	15
1.3.3 <i>Recommandations de l'ANAES</i>	15
1.3.4 <i>Recommandations du Réseau « Sécurité Naissance - Naitre ensemble »</i> <i>du Pays de la Loire</i>	16
1.3.5 <i>Autres recommandations et cadre juridique</i>	17
1.4. Le risque du peau à peau précoce	18
1.4.1 <i>Cas décrits de malaises</i>	18
1.4.2 <i>Physiopathologie de ces malaises</i>	18

Deuxième partie : Méthodologie et résultats.....	21
2.1 Problématique, hypothèses et objectifs	21
2.2 Matériels et méthodes	22
2.2.1 <i>Population et lieux d'étude</i>	22
2.2.2 <i>Déroulement de la recherche</i>	23
2.2.2.1 Autorisation et questionnaire aux cadres	23
2.2.2.2 Recueil des données	24
2.3. Résultats	25
2.3.1 <i>Caractéristiques des lieux et de la population d'étude</i>	25
2.3.1.1 Caractéristiques des lieux d'étude	25
2.3.1.2 Caractéristiques de la population d'étude	26
2.3.2 <i>Connaissance des bénéfiques du peau à peau</i>	27
2.3.2.1 Bénéfices les plus connus.....	27
2.3.2.2 Nombre de bénéfiques connus par les professionnels.....	28
2.3.3 <i>Connaissance des risques du peau à peau</i>	29
2.3.3.1 Risques du peau à peau cités par les professionnels de santé	29
2.3.3.2 Connaissance du risque de malaise néonatal	30
2.3.3.3 Physiopathologie du malaise et pratique professionnelle	31
2.3.4 <i>Pratique et recommandations</i>	32
2.3.4.1 Connaissance et type de recommandations citées.....	32
2.3.4.2 Pratique des professionnels en fonction des recommandations	33
2.3.4.2.1 Les critères de mise en peau à peau	34
2.3.4.2.2 Gestes effectués avant la mise en peau à peau	34
2.3.4.2.3 Conditions d'installation de l'enfant	35
2.3.4.2.4 Surveillance de l'enfant en peau à peau.....	36
2.3.4.2.5 Respect des recommandations par les professionnels	37
2.3.4.3 Pratique des professionnels connaissant les recommandations du RSNN	38
2.3.4.4 Pratique des professionnels méconnaissant le risque de malaise	39
2.3.4.5 Pratique des professionnels méconnaissant les risques et les recommandations	40
2.3.5 <i>Difficultés rencontrées au cours de la pratique</i>	41
2.3.5.1 Difficultés de mise en place	41
2.3.5.2 Difficultés dans la surveillance	42
2.3.5.3 Différence des difficultés suivant le moment de la journée	43
2.3.5.4 Réactions face aux difficultés rencontrées.....	44
2.3.6 <i>Outils d'aide à la pratique</i>	44

Troisième partie : Analyse et discussion	46
3.1 Pertinence et validité de l'étude	46
3.1.1 <i>Points forts</i>	46
3.1.2 <i>Points faibles et limites du questionnaire</i>	46
3.1.3 <i>Lieux et population d'étude</i>	47
3.2 Connaissance des professionnels de santé sur la technique du peau à peau.....	47
3.2.1 <i>Connaissance sur les bénéfices du peau à peau</i>	47
3.2.2 <i>Connaissances des risques du peau à peau</i>	49
3.3 Les recommandations	51
3.4 Difficultés rencontrées par les équipes	54
3.5 Propositions concrètes	56
3.6 Intérêt pour le métier de sage-femme	58
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	61
Annexes.....	69

Liste des figures

FIGURE 1 : QUATRE MECANISMES DE PERTE THERMIQUE DU NOUVEAU-NE, OMS, LA PROTECTION THERMIQUE DU NOUVEAU-NE : GUIDE PRATIQUE.....	7
TABLEAU 1 : NOMBRE DE QUESTIONNAIRES SUIVANT LE TYPE DE MATERNITE	25
TABLEAU 2 : NIVEAU DE CONNAISSANCES SUIVANT LE POSTE OCCUPE	29
GRAPHIQUE 1 : POSTE OCCUPE.....	26
GRAPHIQUE 2 : REPARTITION EN ANNEES DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE	26
GRAPHIQUE 3 : CONNAISSANCES DES DIFFERENTS BENEFICES DU PEAU A PEAU	27
GRAPHIQUE 4 : NOMBRE DE BENEFICES CITES.....	28
GRAPHIQUE 5: RISQUES CITES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	30
GRAPHIQUE 6 : POSITIONNEMENT DU CORPS DE L'ENFANT PAR LES PROFESSIONNELS CONNAISSANT LE RISQUE DE MALAISE.....	31
GRAPHIQUE 7 : POSITIONNEMENT DE LA TETE DE L'ENFANT PAR LES PROFESSIONNELS CONNAISSANT LE RISQUE DE MALAISE.....	32
GRAPHIQUE 8 : RECOMMANDATIONS SUR LE PEAU A PEAU CITEES PAR LES PROFESSIONNELS	32
GRAPHIQUE 9 : NOMBRE DE RECOMMANDATIONS OFFICIELLES CITEES PAR LES PROFESSIONNELS.....	33
GRAPHIQUE 10 : CONTRE-INDICATIONS CITEES PAR LES PROFESSIONNELS.....	34
GRAPHIQUE 11 : GESTES EFFECTUES AVANT LA MISE EN PEAU A PEAU	35
GRAPHIQUE 12 : INSTALLATION DE L'ENFANT PAR LES PROFESSIONNELS	35
GRAPHIQUE 13 : ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE.....	36
GRAPHIQUE 14 : NOMBRE DE RECOMMANDATIONS RESPECTEES AU COURS DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	37
GRAPHIQUE 15 : NOMBRE DE RECOMMANDATIONS RESPECTEES PAR LES PROFESSIONNELS CONNAISSANT LES RECOMMANDATIONS.....	38
GRAPHIQUE 16 : NOMBRE DE RECOMMANDATIONS RESPECTEES PAR LES PROFESSIONNELS MECONNAISSANT LE RISQUE DE MALAISE	39
GRAPHIQUE 17 : NOMBRE DE RECOMMANDATIONS RESPECTEES PAR LES PROFESSIONNELS MECONNAISSANT LE RISQUE DE MALAISE ET LES RECOMMANDATIONS.....	40
GRAPHIQUE 18 : FREQUENCE DES DIFFICULTES RENCONTREES DURANT LA MISE EN PLACE	41
GRAPHIQUE 19 : REPARTITION DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA MISE EN PEAU A PEAU.....	42
GRAPHIQUE 20 : FREQUENCE DES DIFFICULTES RENCONTREES DURANT LA SURVEILLANCE	42
GRAPHIQUE 21 : REPARTITION DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA SURVEILLANCE DU PEAU A PEAU	43
GRAPHIQUE 22 : REACTIONS FACE AUX DIFFICULTES RENCONTREES.....	44
GRAPHIQUE 23 : TYPES DE DOCUMENTS POUVANT FACILITER LA PRATIQUE.....	44

Liste des annexes

ANNEXE I : VARIATION DE LA GLYCEMIE NEONATALE PENDANT LES 24 PREMIERES HEURES DE VIE

ANNEXE II : RECOMMANDATIONS DE L'ILCOR 2010

ANNEXE III : NEWBORN RESUSCITATION ALGORITHM

ANNEXE IV : SCORE D'APGAR

ANNEXE V : RECOMMANDATION DE L'EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

ANNEXE VI : RESEAU SECURITE – NAITRE ENSEMBLE PAYS DE LA LOIRE

ANNEXE VII : RESEAU SECURITE NAISSANCE « AUX PORTES DE LA VIE » PACA HAUTE CORSE MONACO
2007

ANNEXE VIII : ROLE JURIDIQUE DE LA SAGE-FEMME DANS LA SURVEILLANCE DU PEAU A PEAU

ANNEXE IX : TABLEAU RECAPITULATIF DES ETUDES DE CAS PAR CAS PORTANT SUR LE MALAISE DU
NOUVEAU-NE EN SALLE DE NAISSANCE

ANNEXE X : QUESTIONNAIRE DESTINE AU CADRE SAGE-FEMME

ANNEXE XI : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE DE SALLE DE NAISSANCE

ANNEXE XII : FICHE DE RECENSEMENT PROPOSE PAR LE RSN

ANNEXE XIII : PROTOCOLE DE SERVICE DE LA MATERNITE G

ANNEXE XIV : EFFECTIF REGLEMENTAIRE EN SALLE DE NAISSANCE

ANNEXE XV : PROPOSITION DE PROTOCOLE POUR LA PRATIQUE DU PEAU A PEAU EN SALLE DE
NAISSANCE

ANNEXE XVI : PROPOSITION D'UNE FICHE DE SURVEILLANCE POST-NATALE EN CAS DE PEAU A PEAU

Lexique

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

AP : Auxiliaire de puériculture

AS : Aide-soignante

CSP : Code de Santé Publique

ERC : European Resuscitation Council

IDE : Infirmière diplômée d'état

ILCOR : International Liaison Committee on Resuscitation

KMC : Kangaroo Mother Care

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund

RSNN : Réseau « Sécurité Naissance - Naitre Ensemble »

SF : Sage-femme

Introduction

Depuis quelques années, les patientes sont demandeuses d'une démedicalisation relative de leur accouchement. En parallèle à ce mouvement, la technique du peau à peau a pris place au sein des structures hospitalières. Cette pratique initialement développée en néonatalogie a montré de nombreux bénéfices chez le nouveau-né et sa mère. En effet, elle permet une meilleure régulation métabolique de l'enfant, un allaitement maternel favorisé et un meilleur attachement mère-enfant. Par la suite, cette pratique s'est développée en salle de naissance pour répondre à une demande grandissante des patientes d'un accouchement naturel et dans le respect des traditions.

Parallèlement à cela, des cas de malaises en peau à peau ont été décrits depuis 2000. Ces malaises survenant chez des enfants à terme, sans pathologie, présentant une bonne adaptation à la vie extra-utérine, peuvent mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant et laissent perplexes les professionnels de santé. La physiopathologie de ces malaises est mal connue et de simples hypothèses et facteurs de risques ont été énoncés.

En partant de ces suppositions, des recommandations ayant pour but une prévention de ces malaises ont vu le jour, étoffant les recommandations très peu développées des autorités de santé éditées lors de la mise en route de cette pratique.

La sage-femme, professionnel médical responsable de la femme et de l'enfant en salle de naissance, a donc un rôle important à jouer dans cette pratique en étant un référent concernant les bénéfices et les risques mais aussi en veillant à l'application des recommandations.

Les objectifs de ce mémoire étaient d'évaluer la pratique et les connaissances de cette technique par les professionnels de santé mais aussi d'évaluer les éventuelles difficultés rencontrées afin de proposer des outils d'aide ayant pour but de sensibiliser les soignants à une prévention du malaise.

Pour ce faire, l'étude a consisté à la distribution de questionnaires à tous les professionnels de salle de naissance étant amenés à pratiquer le peau à peau.

Dans un premier temps nous exposerons les éléments actuels concernant cette pratique, puis nous présenterons notre méthode et nos résultats et enfin nous confronterons nos résultats à ceux de la littérature.

Première partie

Cadre conceptuel

1.1 L'adaptation à la vie extra-utérine et la technique du peau à peau

1.1.1 La naissance et l'adaptation à la vie extra-utérine

Quelques soient les cultures, la naissance représente une transition. D'un point de vue médical, il s'agit d'une transition de la vie fœtale à la vie extra-utérine. Durant cette période, l'enfant va devoir s'adapter à différentes modifications physiques et métaboliques. En effet, durant la vie fœtale, le placenta joue un rôle primordial dans l'équilibre métabolique et respiratoire en effectuant les échanges gazeux sanguins. De plus, durant la vie fœtale, les mouvements respiratoires du fœtus existent mais n'ont aucun but respiratoire propre et la circulation sanguine à 3 shunts permet à la fois l'épargne d'une suractivité du cœur mais aussi une redistribution du débit sanguin vers les organes primordiaux. (1)

Lors de ce passage du milieu liquide au milieu aérien, l'enfant va devoir modifier ce fonctionnement et passer à une circulation et à une respiration adulte. Cette transition est délicate car elle nécessite une complète modification circulatoire avec notamment la disparition des shunts, la mise en place d'une respiration régulière efficace et la mise en place d'un équilibre métabolique. (1)

De ce fait la naissance représente un événement émotionnellement fort, un stress pour le nouveau-né ce qui explique l'augmentation importante de catécholamines.

1.1.2 Développement de la technique du peau à peau

En 1979, en Colombie, les docteurs Rey et Martinez (2) ont développé la méthode kangourou ou KMC (Kangaroo Mother Care) face à un taux d'abandon important et à une mortalité élevée dans des services de néonatalogie surchargés.

Cette technique consistait à maintenir l'enfant nu entre la poitrine de la mère et ses vêtements. L'enfant devait être tenu dans une position verticale et ne devait être allaité qu'au sein avec une supplémentation à base du jus de goyave. Enfin le dernier point de cette méthode consistait en une sortie précoce dès que l'enfant était stable dans le but de limiter le séjour dans des structures propageant les maladies nosocomiales.

L'UNICEF encouragea cette pratique à la vue des résultats bénéfiques sur la mortalité au sein de ce service de néonatalogie.

Cette pratique fut cependant peu développée dans les pays industrialisés qui bénéficiaient de moyens techniques permettant de limiter la mortalité des enfants de faible poids.

Cependant, cette méthode a suscité beaucoup d'intérêt même dans les pays occidentaux du fait des effets bénéfiques qu'elle semblait provoquer.

Cette technique est alors pratiquée dans les pays occidentaux de façon partielle en salle de naissance dans le but de diminuer le stress de la naissance mais également dans les services de néonatalogie avec la mise en place du peau à peau entre la mère et l'enfant.

1.2 Bénéfices du peau à peau

La naissance constitue donc un bouleversement pour le nouveau-né et la pratique du peau à peau a fait l'objet de nombreuses études permettant d'en montrer les avantages pour la mère et pour l'enfant. En effet, le peau à peau va permettre une rencontre : la reconnaissance mutuelle de la mère et de l'enfant par l'attachement mère-enfant et la mise en route de l'allaitement. Cette pratique est bénéfique à l'équilibre physiologique et au bien-être de l'enfant.

1.2.1 Bien-être de l'enfant

1.2.1.1 Effets tranquilisants sur l'enfant

Comme nous l'avons vu, le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine reste une étape parfois difficile. La période du passage reste un stress pour le fœtus marquée notamment par une augmentation du taux de catécholamines. Ce rôle joué lors de cette période par le nouveau-né s'accompagne de la capacité par ce dernier à respirer et la possibilité d'émettre des sons.

Pour évaluer l'état de bien-être du nouveau-né lors de cette période, plusieurs aspects sont à prendre en compte. Afin d'appréhender au mieux l'impact de la naissance sur l'enfant, l'étude de la réponse comportementale mais également des hormones témoignant du stress ont permis de comprendre les effets de la naissance mais également les bénéfices du peau à peau.

Pour évaluer la réponse comportementale, les auteurs se sont basés sur plusieurs expressions faciales dont les grimaces, les pleurs, les mouvements des membres, ainsi que sur les transitions entre les phases de sommeil et d'éveil. Pour évaluer ces derniers éléments, la rapidité d'endormissement et les moments d'état d'éveil calme ont été analysés. Ces comportements sont notamment utilisés dans l'évaluation de la douleur chez le nouveau-né. (3 ,4)

De nombreuses études ont permis de démontrer l'impact du peau à peau sur le comportement néonatal.

Ainsi une diminution significative des pleurs a pu être montrée dans les études de Michelsson en 1996, Christensson en 1992 et 1995 puis Erlandsson en 2007 et Winberg en 2005 (5-9). De plus, les enfants ayant bénéficié du contact en peau à peau avec la mère ou le père atteignent un état de veille et de sommeil calme plus rapidement. Le sommeil est également de meilleure qualité chez ces enfants, ils dorment plus longtemps et présentent une flexion des membres. (9, 10, 11)

Les pleurs sont une des réponses comportementales les plus visibles chez le nouveau-né. En effet ils sont le premier et le seul moyen pour celui-ci de s'exprimer et de communiquer. L'immaturation du système nerveux central chez le nouveau-né place celui-ci dans une position de dépendance à l'environnement et aux autres (3). Selon Zeifman (12), les cris primitifs peuvent s'expliquer par des causes externes notamment des réactions à la douleur, à la faim ou à une demande d'attention. Ainsi

ces cris seraient révélateurs d'une nécessité à répondre à des besoins physiologiques ou à la reconstitution du lien qui existait in-utéro entre la mère et l'enfant. Certains auteurs se sont penchés sur le retentissement du peau à peau sur les pleurs de l'enfant. Ils ont pu démontrer qu'il y avait une baisse significative de la durée des cris et une intensité moins importante lors du contact en peau à peau. (2, 6, 7)

Enfin une diminution du cortisol salivaire a été observée en peau à peau. Cette hormone produite par les surrénales est responsable du stress et sa diminution montre l'effet apaisant de cette méthode. (13, 14)

1.2.1.2 Effets analgésiques sur l'enfant

Pendant de nombreuses années la douleur du nouveau-né a été sous-estimée. Prise en compte récemment, elle a donné lieu à des études diverses. L'analyse de cette douleur passe par l'évaluation d'indicateurs comportementaux dont les expressions faciales, les mouvements corporels, les pleurs, et la qualité du sommeil. Un certain nombre d'éléments physiologiques tels que la fréquence cardiaque, le rythme respiratoire ou la saturation en oxygène sont également pris en considération. (15, 16)

En prenant en compte ces indicateurs, la méta-analyse de Stevens a montré l'efficacité de la prise en charge de la douleur par l'administration orale de glucose. (17)

En parallèle à ces recherches, d'autres auteurs se sont intéressés à l'effet analgésique procuré par la mise en peau à peau.

Ainsi, les études de Okan et Gray ont montré que le peau à peau réduit significativement la réponse physiologique par une diminution de la fréquence cardiaque et un changement de saturation en oxygène, mais également la réponse comportementale par une diminution de la longueur du cri et des expressions faciales de la douleur moins présentes. (18, 19)

En 2009, Chermont a comparé, dans un essai clinique prospectif, l'efficacité du traitement par glucose oral et du contact en peau à peau chez des nouveau-nés à terme durant l'injection d'un vaccin contre l'hépatite B. Il a pu montrer que la

combinaison du glucose oral et du peau à peau agissait significativement pour diminuer la douleur. (20) De Sousa (21), quant à lui, a pu montrer l'efficacité supérieure du peau à peau pour la gestion de la douleur par rapport à l'administration du glucose oral.

1.2.2 Paramètres physiologiques du nouveau-né

1.2.2.1 Stabilité thermique

Le passage d'un milieu intra-utérin à un milieu extra-utérin a un retentissement sur l'équilibre thermique du nouveau-né. En effet le fœtus se développe dans un environnement maternel, il produit lui-même de la chaleur qui s'ajoute à celle de la mère. Ainsi la température fœtale sera constamment supérieure à celle de la mère de 0,3 à 0,5°C.(22)

Lors de la naissance, le fœtus devenu nouveau-né passe dans un milieu relativement froid et sec. Les conditions thermiques sont nettement modifiées car la température extérieure (26-27°C) est diminuée de près de 10°C comparé à celle in utéro.

Le nouveau-né ne peut réguler efficacement sa température en fonction de l'environnement extérieur comme pour l'adulte. Il va alors interagir thermiquement avec l'extérieur et se refroidir rapidement selon quatre mécanismes : l'évaporation du liquide amniotique, la conduction en cas de contact avec une surface froide, la convection en cas d'exposition à l'air ambiant, et par radiation lorsque l'enfant est déposé à proximité d'une surface plus froide. (22, 23) (Figure 1)

Le risque majeur à la naissance dite normale est donc l'hypothermie relative c'est à dire une température rectale inférieure à 36°C ou une température axillaire inférieure à 35,5°C. (22)

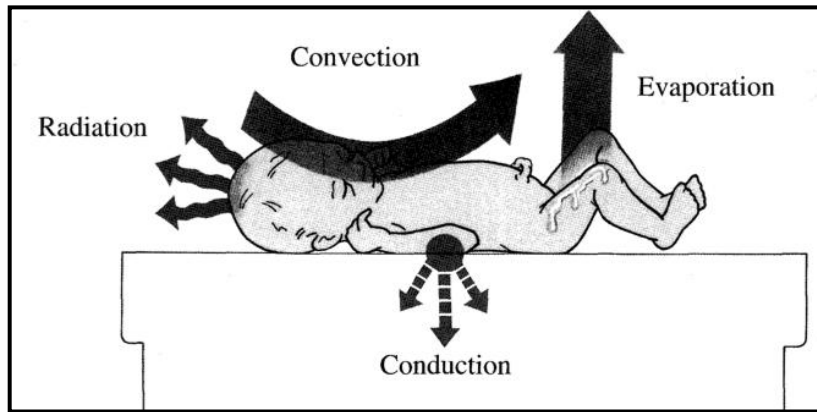


Figure 1 : Quatre mécanismes de perte thermique du nouveau-né, OMS, La protection thermique du nouveau-né : guide pratique.

De nombreuses mesures préventives ont été proposées dès 1992 puis 1997 pour favoriser la protection thermique du nouveau-né par l'Organisation Mondiale de la Santé en luttant contre les différentes formes de déperdition de chaleur rencontrées par le nouveau-né. Ces recommandations mentionnent les effets bénéfiques du peau à peau en s'appuyant sur des études anciennes. (23) Depuis d'autres auteurs se sont penchés sur cette question et ont pu approfondir les connaissances sur les effets de cette pratique.

En 2003, Christidis (24) s'intéresse à la cinétique thermique du nouveau-né grâce à des mesures effectuées par thermographie infrarouge. Il a pu constater qu'immédiatement après la naissance la température superficielle était uniforme et diminuait progressivement au niveau périphérique tandis que la température du tronc restait constante. Suite à ces constatations il put montrer que le peau à peau était une des méthodes efficaces pour limiter la perte de chaleur de l'enfant.

Fransson (25) en 2005 a confirmé les résultats de Christidis et a montré que les différences de températures entre le tronc et le pied ainsi qu'entre la température rectale et celle du pied étaient plus importantes lorsque l'enfant était placé dans un lit.

D'autres auteurs ont mené des études semblables en comparant différents groupes : enfants placés en peau à peau, enfants placés dans les bras de la mère et enfants placés dans un lit. Tous sont venus à la conclusion que la température de l'enfant était plus élevée dans les groupes peau à peau et qu'une diminution thermique significative des enfants en lit était observée. (26, 27, 28)

Une méta-analyse publiée en 2010 (29) reprend les résultats des études menées sur ce sujet et montre une différence moyenne significative de température de 0,22°C entre le peau à peau et les soins classiques en salle de naissance. De plus, elle montre l'effet positif sur la température dans des environnements aux ressources limitées ou dans un environnement froid.

Ainsi, il est intéressant de constater que la pratique du peau à peau ne présente pas d'effets délétères pour l'enfant lors d'un allaitement difficile (30), et semble plus efficace que l'utilisation des tables radiantés lorsque le nouveau-né présente une hypothermie initiale. La température est légèrement plus haute et normale à 4h de vie pour 97% des nouveau-nés en peau à peau versus 82% des nouveau-nés en table radiante (31).

Moore (32) reprend dans sa méta-analyse l'étude de Bystrova de 2003 (27). Dans son étude, l'auteur émet l'hypothèse que les différences constatées entre la température du nouveau-né en peau à peau et celui en lit seraient dues à des causes vasodilatatrices par pression du nerf sympathique et par la chaleur reçue. Selon lui, le peau à peau pourrait activer une réponse nerveuse somato-sensorielle permettant un effet antagoniste du stress de la naissance et une augmentation de la température.

Enfin l'effet bénéfique du peau à peau a été étudié en s'intéressant à la réponse thermique de la mère lors du peau à peau et sa corrélation avec la température de l'enfant. Dans deux études publiées en 2007 (33, 34), les auteurs ont pu constater une augmentation de la température axillaire et du sein des mères en peau à peau. Cette augmentation est observée chez toutes les mères peau à peau ou pas, mais est plus importante chez les mères le pratiquant, 0,5°C selon un des auteurs (33).

De plus, 10 min après l'arrêt du peau à peau, la température du sein diminue significativement tandis que la température axillaire reste constante. Ceci montre qu'il existe une réponse thermique de la peau du sein de la mère à la mise en peau à peau. L'auteur (33) l'explique par une vasodilatation au niveau des vaisseaux sanguins du sein provoquée par la pression de l'enfant sur la poitrine maternelle.

Enfin une corrélation positive a été montrée entre la température de la mère et celle de l'enfant : une augmentation maternelle de 1°C correspond à une augmentation de

1°C pour la température axillaire de l'enfant et de 2°C pour la température du pied (34).

1.2.2.2 Equilibre glucidique

La glycémie fœtale est régulée par la glycémie maternelle. Elle correspond environ à 70 à 80% de la glycémie maternelle.

Lors de la ligature du cordon à la naissance, l'apport de glucose s'arrête. L'enfant va réguler sa glycémie en puisant dans les réserves de glycogène qu'il aura stocké durant le 3^e trimestre au niveau du foie et des muscles. La glycémie va diminuer et la sécrétion d'insuline par le nouveau-né va se réguler permettant ainsi la libération de ses réserves de sucre. Ainsi, il y a une chute physiologique de la glycémie pendant les premières heures de vie, temps nécessaire à la mise en route des mécanismes de régulation endogène : sécrétion de catécholamines et de glucagon responsable de la libération du sucre et la mise en route de la néoglucogénèse.

Le taux de glucose sanguin le plus bas se situe entre une heure et trois heures de vie. Physiologiquement le taux de glucose diminue aux alentours de 2,2 mmol/L puis va progressivement remonter pendant les 3 à 6 premières heures de vie. (Cf. Annexe I)

Dans la méta-analyse de la Cochrane en 2007 (32), les deux études retrouvées (26, 35) ont montré l'effet bénéfique du peau à peau. En effet, les auteurs ont respectivement observé la glycémie pendant les 90 premières minutes de vie (26) et les 75 premières minutes (35) et ont pu constater un taux glycémique sanguin significativement plus élevé chez les enfants placés en peau à peau par rapport à ceux gardés en lit. Ceci s'explique par la déperdition de chaleur diminuée en peau à peau qui permet la préservation de l'énergie et limite la consommation des réserves en glucose. (26)

1.2.2.3 Paramètres cardiaques et respiratoires

La méta-analyse de la Cochrane en 2007(32) a permis de retrouver trois études s'intéressant à l'effet du peau à peau sur les paramètres cardiaques et respiratoires. Ces études (26, 35) montrent une diminution non significative de la fréquence

cardiaque et respiratoire en peau à peau par rapport au groupe des enfants séparés de leur mère.

L'étude de Mori (29) en 2010 montre également une diminution non significative de la saturation en oxygène chez les enfants en peau à peau.

Takahashi (36) a comparé l'efficacité biologique du peau à peau suivant le moment où il était débuté. Il a pu montrer que le peau à peau, instauré dès les cinq premières minutes de vie, permettait d'atteindre une fréquence cardiaque stable comprise entre 120 et 160 bpm plus rapidement qu'un peau à peau débuté après 5 minutes de vie. Il n'a trouvé aucune différence significative pour stabiliser la saturation en oxygène.

Ainsi, même si certaines différences ont pu être constatées, les résultats nécessitent des études plus poussées pour obtenir des données significatives.

1.2.3 Satisfaction des mères et attachement mère-enfant

Winicott évoque une préoccupation maternelle primaire permettant à la mère d'être totalement disponible et vigilante aux demandes de son enfant. (37)

Dans sa réflexion récente sur le lien mère-enfant à la naissance, Dageville propose une définition du lien mère-enfant : il s'agit du lien primordial qui attache la mère et son nouveau-né. Il s'établit au moment de la naissance et semble indispensable à la survie du nouveau-né. (38)

Autour de l'accouchement, la concentration d'ocytocine augmente. Au niveau du système limbique, structure du cerveau régissant les émotions, l'ocytocine va être produite localement et parallèlement les récepteurs correspondants augmentent en nombre. Le rôle de l'ocytocine dans l'attachement est connu. Une augmentation progressive de cette hormone est observée durant la période du post-partum et serait donc impliquée dans l'établissement du lien mère-enfant. (39)

Du côté du nouveau-né, Dageville évoque le rôle de la norépinéphrine dans le processus d'attachement. Cette substance, en concentration élevée à la naissance pouvant s'expliquer par la section du cordon, provoque un état de vigilance important. Cette molécule est également impliquée dans la mémorisation des

premières odeurs permettant une reconnaissance et un attachement avec la mère (38).

De plus, les β -endorphines, sécrétées par l'hypophyse, sont également présentes en grande quantité à la naissance et, selon certaines études menées chez l'animal et l'humain, seraient responsables en partie de la mise en place du lien d'attachement mère-enfant.

Enfin, l'importance de l'odorat dans l'établissement de ce lien permettrait l'attachement grâce à la connexion existant avec le système limbique. Ceci ne semble possible que grâce à un contact étroit avec la mère, ce que le peau à peau semble le plus à même de procurer.

Ce lien entre attachement et peau à peau a été retrouvé dans la méta-analyse de la Cochrane en 2007. (32)

La satisfaction des mères ayant eu la possibilité de pratiquer le peau à peau a été étudiée. Les femmes éprouvent une grande satisfaction dans 95% des cas contre 56% selon l'étude de Sue en 2006 portant sur 204 femmes. 86% des femmes, ayant pu pratiquer le peau à peau, souhaiteraient poursuivre cette pratique ultérieurement comparativement à 30% des mères du groupe soins de routine. (32)

Enfin, l'effet à plus long terme de la pratique du peau à peau a été étudié. L'étude de Bystrova en 2009 portant sur 176 femmes a montré que la pratique du peau à peau influençait de façon positive la sensibilité de la mère à son enfant, la capacité d'autorégulation de l'enfant mais également les comportements de réciprocité et de mutualité dans le duo mère-enfant un an après la naissance. L'auteur insiste notamment sur l'importance de la période précoce après la naissance qui serait un moment permettant d'induire des effets positifs à plus long terme. (40)

1.2.4 Allaitement

Anderson et Moore en 2007 (41) ont comparé les effets du peau à peau aux soins standards sur l'allaitement. Les enfants en peau à peau avaient une meilleure succion lors de la première mise au sein et arrivaient à un allaitement efficace plus rapidement que les enfants emmaillottés. Les auteurs n'ont montré aucune différence

à un mois tant sur le nombre d'allaitements difficiles que sur le nombre d'allaitements exclusifs au sein.

Dans une étude parue en Octobre 2011 au Pakistan, Mahmood (42) a voulu évaluer l'effet du peau à peau précoce sur l'allaitement. Il a confirmé les résultats précédents. Le peau à peau augmente de façon significative la réussite de la première mise au sein de 26% mais également diminue la durée d'installation de la première tétée à 61 min en moyenne. De plus, il a montré qu'un allaitement efficace était instauré plus rapidement en cas de peau à peau. Contrairement aux résultats de Anderson et Moore, à un mois de la naissance, 85% des enfants ayant été placés en peau à peau étaient allaités exclusivement au sein comparé à 66% des enfants non placés en peau à peau.

La méta analyse de la Cochrane (32) retrouve les mêmes résultats que Mahmood en montrant que l'allaitement maternel était plus suivi à 4 mois lors d'un peau à peau. Les données retrouvées semblent montrer que l'allaitement dure en moyenne 42,5 jours de plus.

Le peau à peau permet le maintien d'un contact avec l'odeur et la température maternelles. Celui-ci va permettre une meilleure succion des enfants par rapport à ceux gardés en couverture.

Les études sont donc toutes en accord avec un effet positif sur l'allaitement maternel. Dès 1992, les organisations de santé ont recommandé la pratique du peau à peau pour initier l'allaitement en conseillant un contact précoce dans la demi-heure suivant la naissance. (43)

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), dans ses recommandations sur la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement dans les six premiers mois de vie en 2002 (44), poursuit dans la même direction en soulignant l'effet bénéfique de cette pratique sur la première tétée.

1.2.5 Morbidité et mortalité

1.2.5.1 Diminution de la morbidité par colonisation bactérienne précoce

Le fœtus se trouve dans un milieu normalement stérile durant la grossesse. A la naissance, le nouveau-né se retrouve dans un milieu composé de bactéries diverses. L'organisme de l'enfant va être colonisé par la flore bactérienne maternelle et environnementale. Le développement de cette flore est indispensable pour la création d'une immunité chez le nouveau-né et la lutte contre les infections digestives. (45)

La mise en place de cette flore digestive va être influencée par différents éléments exogènes et endogènes. Parmi les éléments exogènes, l'enfant va être en contact avec les micro-organismes maternels cutanés, vaginaux et fécaux.

La nature des premiers gestes et contacts va donc influencer la création de cette flore. Le mode d'accouchement va influencer sur la colonisation bactérienne, la césarienne mettant en contact l'enfant avec une flore bactérienne moindre et plus nocive. Le peau à peau va donc permettre de favoriser le contact précoce avec une flore bactérienne plus idéale c'est-à-dire celle de la mère. Ce premier contact est essentiel pour le bon développement de la flore intestinale de l'enfant. (46)

Enfin, dans la méta-analyse de Lawn en 2010 (47), il est retrouvé une diminution nette et significative des infections lors de la pratique du Kangaroo Mother Care avec un risque relatif de 0,34. Cet effet bénéfique pourrait donc être expliqué par la pratique du peau à peau.

1.2.5.2 Effet sur la mortalité

Deux études retrouvées portaient sur l'impact de la technique du Kangaroo Mother Care, sur les enfants prématurés ayant un poids inférieur respectivement à 2500g (48) et 2000g (47). Le KMC consiste en la pratique d'un peau à peau continu, un allaitement exclusif et la prise en charge de la douleur.

Les résultats ne sont pas identiques concernant l'impact de cette pratique sur la mortalité. Tandis que la méta-analyse de la Cochrane de 2007 (32) ne retrouve pas d'effets bénéfique ou néfastes de cette méthode. Lawn en 2010 (47) montre, pour la première fois, que le KMC réduit significativement la mortalité chez les enfants prématurés avec un RR retrouvé de 0,68.

Les effets bénéfiques sur la mortalité du KMC pourraient donc être imputés en partie au peau à peau.

1.3 Cadre juridique et recommandations

Cette pratique a été développée dans de nombreux établissements et des recommandations quant à la pratique clinique et la prise en charge de l'enfant bien portant à la naissance ont été établies

1.3.1 Evaluation d'un enfant en bonne santé

Ces recommandations sont basées sur la définition d'un nouveau-né en bonne santé.

L'ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) propose aux professionnels de santé quatre questions à se poser pour évaluer si l'enfant nécessite des soins particuliers : (49) (Annexe II et III)

- L'enfant est-il né à terme ?
- L'enfant crie-t-il ou respire-t-il ?
- L'enfant présente-t-il un bon tonus musculaire ?
- Le liquide amniotique est-il clair ?

Si les réponses sont affirmatives pour ces questions, l'enfant peut être considéré comme bien portant et ne nécessite pas de prise en charge particulière. De ce fait, l'ILCOR ne recommande pas de séparer l'enfant de sa mère s'il répond aux critères précédents mais « séché, placé en peau à peau avec sa mère et recouvert avec un linge sec pour maintenir la température » De plus l'ILCOR précise que la respiration, l'activité et la coloration de l'enfant doivent être surveillées.

Le score d'Apgar (Annexe IV) permet d'évaluer rapidement si l'enfant a une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Il est noté sur 10. Un score d'Apgar supérieur à 7 correspond à une bonne adaptation à la vie extra-utérine.

Cependant ce score n'est pas le seul critère à utiliser pour permettre d'affirmer que l'enfant s'adapte correctement.

L'ERC (European Resuscitation Council) précise de nouveau en 2010 l'importance de la prise du pouls au cordon pour évaluer l'état néonatal. En s'appuyant sur des critères du score d'Apgar, le nouveau-né normal correspond selon l'ERC à un enfant présentant une respiration vigoureuse (ou cri), un bon tonus, une couleur rapidement rose, et un pouls au cordon supérieur à 100/min. (50) (Annexe V)

1.3.2 Recommandations de l'OMS

L'OMS n'a pas édité de recommandations spécifiques à la pratique du peau à peau mais explique sa mise en place dans son guide pratique sur « la protection thermique du nouveau-né » (23). Selon l'OMS, « il s'agit d'une méthode efficace pour empêcher les pertes thermiques du nouveau-né, qu'il soit né à terme ou prématuré ». Concernant la mise en place de l'enfant, l'OMS recommande de « le sécher et le couvrir pendant qu'il est étendu là. Si le contact peau à peau n'est pas possible [...] envelopper le nouveau-né après l'avoir séché et le mettre dans les bras de sa mère [...], découvrir le nouveau-né le moins possible pendant qu'il est examiné ». Concernant la durée de mise en peau à peau les recommandations notent qu'il « peut rester en contact peau à peau avec sa mère pendant qu'on la soigne [...], pendant le transfert vers la salle post-accouchement et pendant les premières heures après la naissance, [...] pour garder le nourrisson au chaud si la pièce est trop froide, [...] ou pour réchauffer un enfant en légère hypothermie. »

1.3.3 Recommandations de l'ANAES

L'ANAES, dans ses recommandations « l'allaitement maternel - la mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant » (44), mentionne très succinctement les modalités de pratique. Dans un souci de réussite de l'allaitement maternel, « à la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère [...], les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue ». Cependant l'ANAES précise que « ces soins et les pratiques habituelles de

surveillance devraient être définis [...] tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant ».

1.3.4 Recommandations du Réseau « Sécurité Naissance – Naitre ensemble » du Pays de la Loire

En 2006, le groupe de travail du Réseau « Sécurité Naissance - Naitre Ensemble » (51) composé de sages-femmes et de pédiatres a proposé des recommandations plus précises sur les soins à apporter au nouveau-né bien portant à la naissance. (Annexe VI)

En reprenant les définitions du nouveau-né normal selon l'ILCOR et l'ERC, le groupe de travail a proposé six précautions à prendre pour la mise en place du peau à peau.

La mise en peau à peau doit respecter certaines indications. La mère et le nouveau-né ne doivent pas présenter de pathologie, le nouveau-né doit répondre aux critères d'un nouveau-né dit « normal », et l'activité de salle de naissance permet une surveillance adéquate.

L'enfant doit être séché avec un linge préchauffé puis recouvert d'un linge sec permettant au visage et aux yeux d'être dégagés et visibles. Un bonnet peut être éventuellement être mis sur la tête.

Concernant l'installation, le groupe de travail recommande de placer l'enfant préférentiellement sur le côté, sur le sein de sa mère. Il est possible de le positionner sur le ventre uniquement s'il y a mise au sein et sous surveillance continue à ce moment-là.

Concernant la surveillance, le réseau indique que l'enfant doit être surveillé régulièrement en restant dans la salle et en observant son aspect et sa face. La mère et le nouveau-né ne doivent jamais être seuls. De plus, la surveillance du couple mère-enfant ne peut être laissée aux membres de la famille mais doit être médicale ou paramédicale.

Enfin, ils proposent des contre-indications à la pratique du peau à peau. Les équipes doivent s'abstenir à la mise en peau à peau chez les patientes présentant des pathologies pouvant avoir un impact sur la vigilance des mères et sur la santé du nouveau-né. Il faut notamment prêter une attention particulière pour les primipares. En cas d'absence de surveillance possible due à une activité trop importante ou à un manque de personnel, il n'est pas conseillé d'avoir recours à cette pratique. Enfin une prématurité ou un enfant ne remplissant pas les critères du nouveau-né normal doivent décourager les équipes.

1.3.5 Autres recommandations et cadre juridique

D'autres recommandations existent comme les recommandations du Réseau Sécurité Naissance « aux portes de la vie » de la région PACA Haute-Corse en 2007. (52) Ces recommandations conseillent un temps limité de peau à peau : 60 à 90 minutes tout en gardant le désir maternel comme priorité devant cette restriction. De plus, ils précisent que le nouveau-né doit être surveillé toutes les 15 min. Cette surveillance comprend la notification écrite de la coloration, du tonus et de l'activité spontanée du nouveau-né. Comme pour le Réseau du Pays de la Loire, ils notent l'importance d'une surveillance plus accrue chez les primipares et les mères seules. (Annexe VII)

Lors des 39^e Assises nationales des sages-femmes en mai 2011 (53), l'importance de la surveillance a été de nouveau appuyée mais également celle du positionnement de l'enfant. La surveillance incombe uniquement au personnel soignant. Le fait qu'un tel sujet soit traité lors d'un congrès de sages-femmes rappelle le rôle que ces dernières ont dans la surveillance de l'enfant et de sa mère.

En effet, selon l'article L4151-1 du Code de Santé Publique (CSP), « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires [...] à la surveillance [...] des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ». Ainsi la sage-femme a un rôle majeur dans la surveillance du peau à peau en salle de naissance. (54)

De plus, même si la sage-femme peut déléguer cette surveillance à un autre membre de l'équipe, elle doit s'assurer que « les soins nécessaires sont donnés » selon l'article R.4127-315 CSP. (55) (Annexe VIII)

1.4. Le risque du peau à peau précoce

1.4.1 Cas décrits de malaises

Même si le peau à peau comporte de nombreux avantages non négligeables, certaines études ont montré qu'il existait également des risques à cette pratique. Ces risques furent, pour certaines équipes, le point de départ pour élaborer des protocoles et les recommandations vus précédemment. (51).

En effet, au total 64 cas de malaises de nouveau-nés à priori bien portants ont été décrits dans 10 études s'étalant sur une période de 2000 à 2011. (56-66)

Selon les auteurs, le malaise peut être décrit comme un arrêt cardio-respiratoire d'un nouveau-né à terme sans pathologie connue, présentant une bonne adaptation à la vie extra-utérine immédiate (61). Le malaise est alors constaté par une cyanose, une asystolie ou une hypotonie majeure. (61, 63, 65)

L'incidence de ces malaises varie selon les études de 0,025 à 0,66 pour 1000 naissances. En combinant le taux de mortalité de toutes ces séries publiées, la mortalité pour ces malaises s'élève à 43,5% (Annexe IX). La prise en charge de ces malaises peut nécessiter parfois une ventilation assistée et mise en hypothermie en raison du constat d'une encéphalopathie hypoxie-anoxique.

Pourtant, ces cas de malaises sont très mal recensés et leur incidence pourrait être plus importante que celle rapportée actuellement. De nombreux auteurs soulignent donc l'importance d'améliorer le recensement de ces incidents sur le plan national afin d'évaluer réellement la prévalence de ces malaises. (61, 64).

Concernant les recommandations, le groupe « Réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble » a été le premier en 2006 à publier des recommandations prenant en compte ces malaises suivi par la suite par le groupe de travail de la région PACA en 2007.

1.4.2 Physiopathologie de ces malaises

Plusieurs hypothèses de mécanismes de ces malaises sont évoquées dans les études.

Tous les auteurs estiment que l'obstruction des voies aériennes supérieures due à un mauvais positionnement de l'enfant pourrait être à l'origine de l'arrêt respiratoire puis de l'arrêt cardiaque en peau à peau.

D'autres auteurs ont fait le parallèle avec les mécanismes qui seraient liés à la mort subite du nourrisson. (58,61)

Dans la majorité des cas, l'enfant est retrouvé en décubitus ventral. Cette position représente des risques. Elle favorise l'obstruction des voies aériennes supérieures, le sommeil profond et augmente le risque d'asphyxie accidentelle. Elle contribue à une augmentation de la température responsable d'une action centrale sur la régulation de la respiration associée à une diminution de la pression artérielle. (67)

De plus, toujours en faisant le lien avec la mort subite du nourrisson, les auteurs expliquent le risque de « rebreathing » que peut comporter cette position. L'enfant enfoui sur la peau de sa mère respire une quantité importante de gaz expirés ce qui provoque un déficit en apport en oxygène.

Une étude menée en 2002 par Patel (68) sur 56 enfants de 1 à 6 mois en bonne santé tente d'étudier le phénomène de « rebreathing » en position couchée sur le ventre. Patel a pu montrer que les périodes de désaturations étaient significativement plus fréquentes durant les périodes de rebreathing. Selon l'étude ces désaturations pourraient résulter de changements dans le mécanisme respiratoire tels que des apnées brèves. Ces apnées sont associées à des comportements d'agitation ou d'échec d'augmentation de ventilation face à une augmentation du dioxyde de carbone inspiré.

Enfin, à la naissance, (58, 59, 65) il existe une hypersensibilité vagale, la pression exercée sur le nerf vague en position ventrale serait à l'origine de l'arrêt cardiaque.

En effet, le système nerveux autonome se compose du système parasympathique et sympathique. Il joue un rôle dans le maintien de la stabilité hémodynamique.

Le nerf vague fait partie du système parasympathique. Il présente de nombreuses fonctions notamment respiratoires et cardiaques. Il est responsable d'une constriction et stimulation de la sécrétion bronchique qui ont un rôle protecteur en provoquant le

réflexe de toux lors d'une activité normale. Les parties du nerf innervant le cœur vont être responsables d'une diminution de la fréquence cardiaque et de la force de contraction des myocytes, et une diminution de la conduction dans le tissu nodal. (69)

Des études (70, 71) ont émis l'hypothèse d'une suractivité du nerf vagal à la naissance. Cette augmentation d'activité serait responsable d'un déséquilibre du système nerveux autonome. L'activité parasympathique vagale trop importante provoquerait alors une augmentation des apnées, des arrêts cardiaques. Ces auteurs suggèrent que les enfants présentant une hyperactivité vagale ou un antécédent familial d'hyperactivité vagale pourraient représenter une population à risque de mort subite ou de malaises. Cependant d'autres études plus performantes devraient être menées pour confirmer ces résultats.

Afin d'explorer l'hypothèse d'une origine vagale, une étude récente d'une équipe pluridisciplinaire de Strasbourg (72) compare des enfants décédés par mort subite avec des enfants décédés de mort traumatique. Ils ont montré qu'il existait une augmentation du nombre de récepteurs à l'acétylcholine au niveau des cœurs des enfants décédés par mort subite. Ainsi lors d'une hyperactivité ou une hyperstimulation vagale, ces enfants seraient à risque de mort subite ou de malaise. Cette étude est donc une avancée importante dans la compréhension de ces évènements.

Deuxième partie

Méthodologie et résultats

2.1 Problématique, hypothèses et objectifs

Le peau à peau est une technique bénéfique pour la mère et l'enfant qui s'est largement développée en salle de naissance. Malgré tout, des malaises et des morts chez des nouveau-nés à priori bien portants sont décrits. Certaines hypothèses ont été avancées pour expliquer la physiopathologie de ces malaises ou de ces décès : obstruction des voies aériennes supérieures, mécanismes communs à la mort subite du nourrisson avec le risque de rebreathing, risques dus au placement en position ventrale. Les causes restent cependant floues et les malaises et les décès surviennent le plus souvent, d'après les cas publiés, chez des nouveau-nés sans pathologie, à terme, mais dans une population à prédominance de primipares. Ces incidents sont malheureusement très mal répertoriés et leur incidence est sans aucun doute sous-estimée actuellement. Pour faire face à ce problème, des recommandations quant à la pratique du peau à peau ont été publiées. La plus complète est celle du groupe de travail du « Réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble » du Pays de la Loire, en effet il s'agit de l'un des premiers outils qui prend réellement en compte les risques du peau à peau et notamment celui du malaise. Ces recommandations, si elles sont mises en place, devraient donc jouer un rôle de prévention des malaises. A partir des éléments actuels, nous avons été amenés à nous poser la question suivante : Quelles sont les connaissances des professionnels de santé de salle de naissance sur la technique du peau à peau et comment organisent-ils leur pratique, notamment dans l'objectif d'une prévention du malaise du nouveau-né ?

Partant de cette problématique, la finalité de l'étude était d'infirmer ou de confirmer plusieurs hypothèses :

- Les professionnels de santé connaissent la majorité des bénéfices du peau à peau

- Les professionnels de santé de salle de naissance ont des connaissances incomplètes sur les risques du peau à peau, notamment sur le malaise.
- La pratique du peau à peau est réalisée selon les recommandations par les professionnels de santé de salle de naissance.
- Les professionnels de santé rencontrent des difficultés dans la mise en place et la surveillance du peau à peau.

Les objectifs finaux de cette étude sont :

- d'évaluer les conditions de mise en peau à peau en salle de naissance
- d'appréhender la pratique et les connaissances des professionnels de santé de salle de naissance concernant la technique du peau à peau
- de proposer aux professionnels de santé de salle de naissance différents outils permettant l'amélioration de cette pratique en salle de naissance pour palier aux éventuelles difficultés rencontrées et prévenir le malaise du nouveau-né.

2.2 Matériels et méthodes

2.2.1 Population et lieux d'étude

L'étude visait à évaluer la pratique du peau à peau. La population d'étude est donc constituée de professionnels de salle de naissance étant amenés à pratiquer le peau à peau : sage-femme, infirmière, aide-soignante, auxiliaire de puériculture.

Une étude par entretien a été écartée car le but était d'obtenir un nombre conséquent de professionnels permettant une vision la plus globale possible de la pratique en Ile-de-France. La mise en place d'une étude observationnelle a été envisagée puis écartée en raison de la difficulté de sa mise en place au sein des services et du temps pouvant être consacré à l'étude. Le questionnaire semblait être

la meilleure option pour évaluer la pratique du peau à peau. L'étude a donc consisté à la distribution de questionnaires de début Septembre 2011 à fin Décembre 2011.

Les maternités ont été choisies afin d'obtenir une vision globale de la pratique du peau à peau sur l'Île-de-France dans des maternités de différents types. Elle a été menée dans 9 maternités :

- Deux maternités de type III : la maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil réalisant 3000 accouchements par an et la maternité de Port Royal réalisant 3130 accouchements par an.
- Trois maternités de type IIb : la maternité de l'hôpital Jean Verdier réalisant 2400 accouchements par an, la maternité de l'hôpital Bichat Claude Bernard réalisant 2200 à 2300 accouchements par an, la maternité du Centre Hospitalier Intercommunal du Raincy-Montfermeil réalisant 2300 à 2500 accouchements par an
- Deux maternités de type IIa : la maternité de l'hôpital Lariboisière réalisant 2500 accouchements par an, et la maternité de l'hôpital La Pitié Salpêtrière réalisant 2300 accouchements par an.
- Deux maternités de type I : la maternité de l'Institut Mutualiste Montsouris réalisant 2000 accouchements par an et la maternité de Saint-Vincent de Paul réalisant 1730 accouchements par an.

2.2.2 Déroulement de la recherche

2.2.2.1 Autorisation et questionnaire aux cadres

Les huit cadres sages-femmes furent contactés (une cadre exerce à la fois à Port Royal et Saint-Vincent de Paul). Six entretiens ont pu être possibles afin de discuter des différents objectifs de l'étude et présenter la méthode de recherche. Lors de ces entretiens, un questionnaire a été distribué au cadre afin de recueillir des informations concernant l'organisation du service notamment en terme de moyen humain (nombre de personnels présents en salle de naissance) mais aussi sur la mise en place actuelle de documents concernant le peau à peau et d'éventuels

incidents survenus dans la maternité (Annexe X). Pour les deux entretiens n'ayant pu avoir lieu, les échanges se sont effectués par e-mail ou par courrier.

2.2.2.2 Recueil des données

Le questionnaire anonyme est composé de 38 questions à choix simple et à choix multiples, le plus souvent fermées. Certaines questions sont ouvertes. (Annexe XI)
Les questions ont été choisies afin de recueillir des informations sur les caractéristiques de la population d'étude, les connaissances concernant les bénéfices et les recommandations de la pratique du peau à peau, les connaissances sur les risques du peau à peau et les critères à la mise en place de cette pratique, la mise en place du peau à peau et notamment l'installation de la mère et de l'enfant, l'organisation de la surveillance, les difficultés rencontrées face à cette pratique et la réaction des professionnels face à celles-ci. Enfin l'avis des professionnels quant à la mise en place de documents spécifiques à la pratique du peau à peau a été recueilli.

Ce questionnaire fut testé sur dix sages-femmes diplômées d'Etat non salariées dans les maternités incluses dans l'étude ainsi que sur 5 étudiantes sages-femmes de cinquième année. Suite à ce test des modifications ont été appliquées afin de palier aux ambiguïtés signalées.

Après accord du chef de service et des cadres sages-femmes de chacune des maternités, ce questionnaire destiné aux professionnels de santé a été déposé en salle de naissance. Dans la mesure du possible, un passage hebdomadaire voire quotidien était effectué pour rappeler la présence du questionnaire aux équipes.

Au départ, 20 questionnaires étaient déposés dans chacune des salles de naissances. Puis, si le nombre de questionnaires vierges était inférieur ou égal à 10, de nouveaux questionnaires vierges étaient laissés sur place.

Au total 340 questionnaires furent distribués :

- Maternités de type III : 107 questionnaires distribués
- Maternités de type IIb : 100 questionnaires distribués
- Maternités de type IIa : 68 questionnaires distribués
- Maternités de type I : 65 questionnaires distribués

Le taux de réponse a été de 205 questionnaires sur 340 déposés soit 60,3%.
201 questionnaires sur 205 ont été exploitables, 4 questionnaires ayant du être écartés car incomplets.

Les résultats des questionnaires ont été traités par le logiciel Microsoft Excel 2008.

2.3. Résultats

2.3.1 Caractéristiques des lieux et de la population d'étude

2.3.1.1 Caractéristiques des lieux d'étude

Pour éviter toutes comparaisons entre les différentes maternités d'étude, ces dernières seront dénommées par des lettres. Les maternités A et B sont des maternités de type III, les maternités C, D et E des maternités de type IIB, les maternités F et G sont des maternités de type IIA, enfin les maternités H et I sont des maternités de type I.

	Type III (n=60)	Type IIA (n=51)	Type IIB (n=47)	Type I (n=43)
Nombre de questionnaires (%) (n=201)	30%	25%	23%	22%

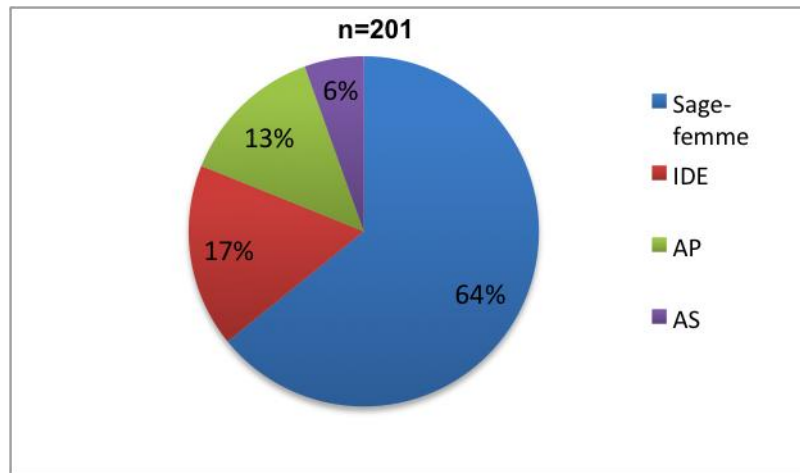
Tableau 1 : Nombre de questionnaires suivant le type de maternité

La répartition des questionnaires ne présente pas de grand déséquilibre. Il est à noter que les maternités de type III représentent près d'un tiers des questionnaires tandis que les maternités de type IIA, IIB et I représentent chacune un quart des questionnaires.

Les maternités A, B et G ont mis en place des outils spécifiques à la pratique du peau à peau : un protocole dans le service de néonatalogie dans la maternité A et en salle de naissance dans la maternité G (Annexe XII), la maternité B a mis en place un diagramme et des groupes de travail. Les maternités F et I songeaient à la mise en place d'un protocole lors du lancement de l'étude. Les maternités C, D, E, H n'ont mis en place aucun document, n'ont effectué aucune information spécifique concernant cette pratique.

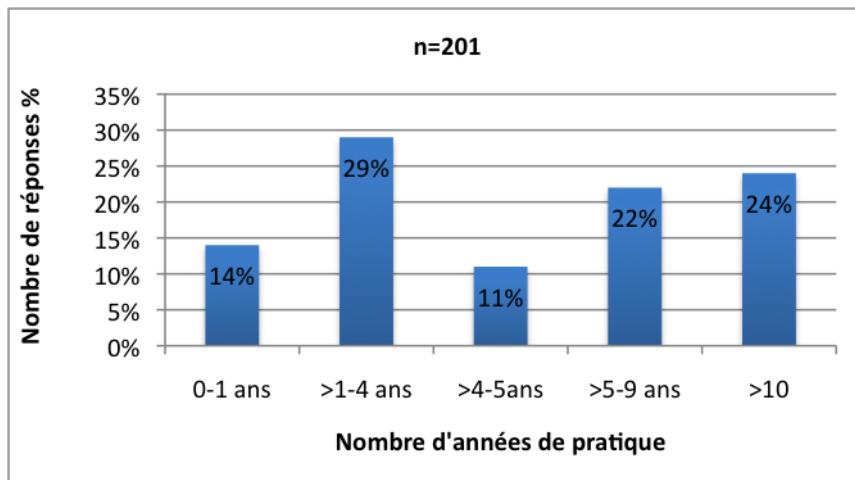
Le nombre de salles varie en fonction des maternités. Les maternités de niveau III (A et B) possèdent le plus grand nombre de salles de naissances avec respectivement sept et six salles. Les maternités de type II (C, D, E F, G), possèdent le même nombre de salles de naissance soit cinq salles. Enfin les maternités de type I (H et I) comportent toutes les deux 4 salles de naissance.

2.3.1.2 Caractéristiques de la population d'étude



Graphique 1 : Poste occupé

La majorité des questionnaires ont été remplis par les sages-femmes (64%). Le nombre d'infirmières et d'auxiliaires de puériculture ayant répondu est quasiment similaire. Onze questionnaires sur 201 ont été complétés par les aides-soignantes soit 6%.



Graphique 2 : Répartition en années de pratique professionnelle

Les groupes d'années de pratique ont été choisis en fonction des années de sortie des recommandations ou informations : Assises des sages-femmes en 2011, Recommandation de la région PACA en 2007, de la région des Pays de la Loire en 2006, de l'ANAES en 2002 et de l'OMS en 1997.

Ce graphique permet de constater que 54% des répondants ont débuté leur activité professionnelle dans les cinq ans suivant la mise en place des recommandations du Réseau « Sécurité Naissance - Naitre ensemble ».

Quatre professionnels sur 201 soit 2% affirment ne pas pratiquer le peau à peau.

Les raisons évoquées étaient diverses :

« Pas d'occasion de le pratiquer »

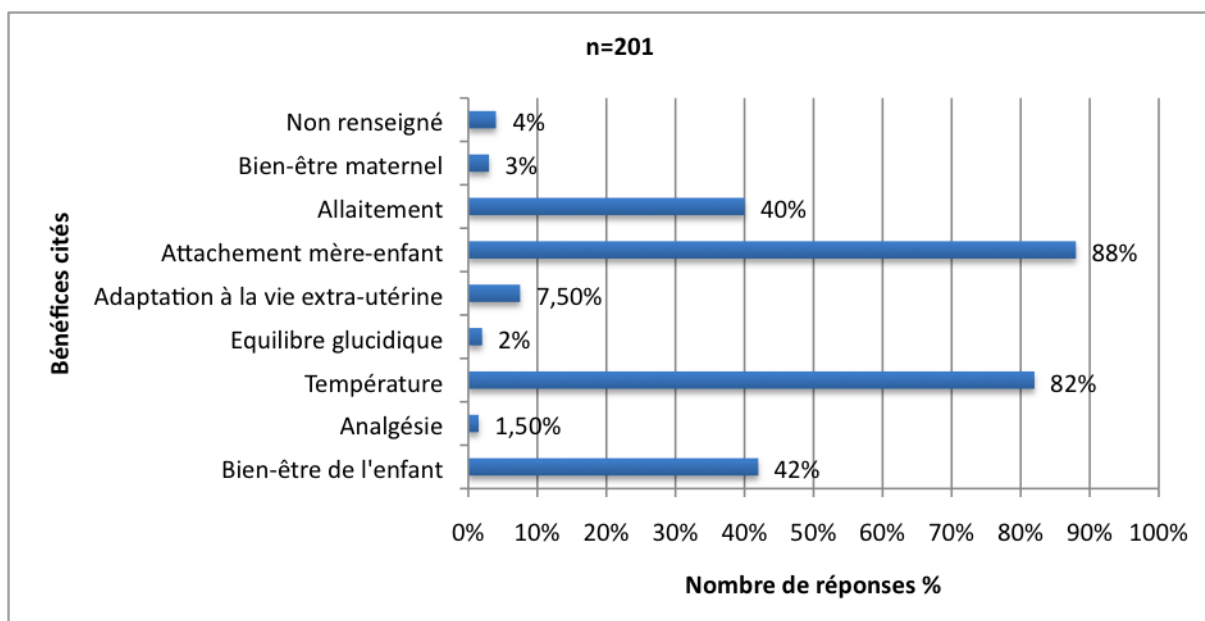
« Manque de pratique, d'habitude, manque de temps pour le surveiller »

« Le profil du poste occupé (infirmière) ne permet pas de pratiquer le peau à peau »

« Très envie mais pas de connaissances suffisantes et j'ai entendu des « histoires » de mort néonatale précoce en salle de naissance lors du peau à peau »

2.3.2 Connaissance des bénéfices du peau à peau

2.3.2.1 Bénéfices les plus connus



Graphique 3 : Connaissances des différents bénéfices du peau à peau

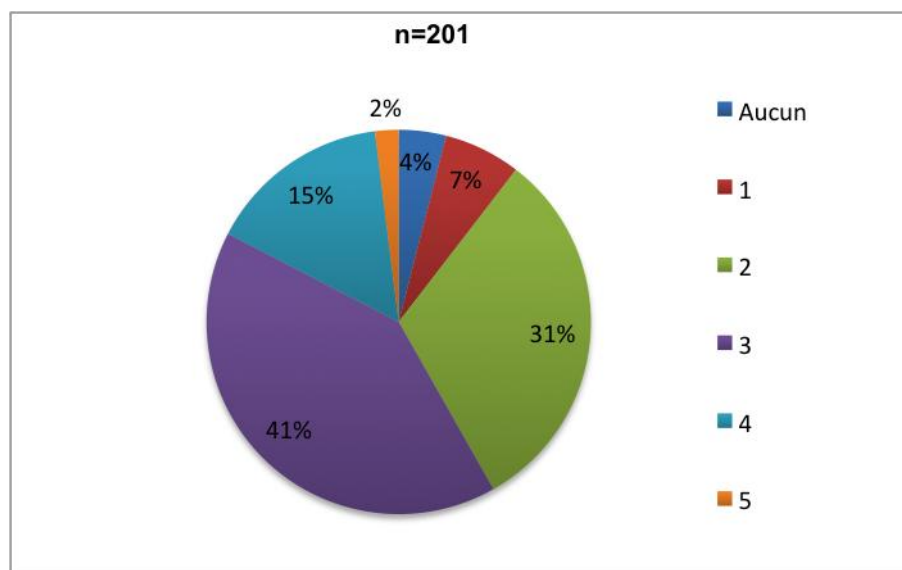
Les bénéfices le plus souvent cités par les professionnels de santé sont l'effet favorisant l'attachement mère-enfant (88%) et la température néonatale (82%).

L'effet sur la mise en place de l'allaitement maternel et le bien-être fœtal ne sont pas connus par la majorité des professionnels.

Les bénéfices les moins connus sont les effets sur l'équilibre glycémique, l'effet analgésiant et le bien-être maternel.

Enfin 4% des professionnels n'avaient pas renseigné cette question.

2.3.2.2 Nombre de bénéfices connus par les professionnels



Graphique 4 : Nombre de bénéfices cités

Il est considéré ici qu'il existe 8 bénéfices ayant fait l'objet de publications prouvant leur effet réel lors du peau à peau (exclusion des effets probables sur la mortalité et sur la morbidité dont les études portent uniquement sur la méthode KMC).

De ce fait, huit bénéfices cités correspondaient à une très bonne connaissance des bénéfices, six ou sept bénéfices cités à une bonne connaissance, quatre ou cinq à une connaissance moyenne, deux ou trois à une mauvaise connaissance, et enfin aucun ou un bénéfice cité à une très mauvaise connaissance des bénéfices.

Ainsi, 72% des professionnels ont une mauvaise connaissance des bénéfices. 11% ont une très mauvaise connaissance des bénéfices dont 4% des professionnels n'ayant cité aucun bénéfice.

17% ont une connaissance moyenne des bénéfices. Aucun des professionnels de santé ne connaît plus de 5 bénéfices du peau à peau.

Poste Occupé	AS	AP	IDE	SF
Niveau de connaissances	n=11	n=27	n=34	n=129
Très mauvais	55%	7%	9%	8%
Mauvais	45%	74%	76%	73%
Moyen	0%	19%	15%	19%
Bon	0%	0%	0%	0%
Très bon	0%	0%	0%	0%

Tableau 2 : Niveau de connaissances suivant le poste occupé

Les aides-soignantes semblent en général avoir une assez mauvaise connaissance des bénéfiques, et pour une petite majorité une très mauvaise connaissance.

Les sages-femmes, les infirmières et les auxiliaires de puériculture ont pour la grande majorité de mauvaises connaissances et une petite population (inférieur à 9% pour chaque catégorie) a un très mauvais niveau de connaissances.

2.3.3 Connaissance des risques du peau à peau

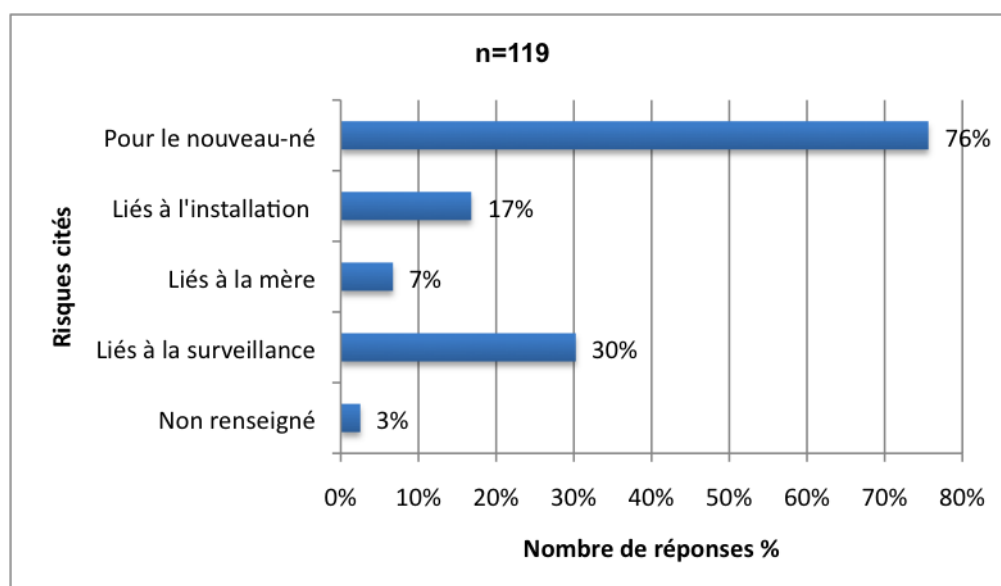
59% des professionnels de santé (119/201) pensent que le peau à peau comporte des risques contre 41% (82/201) qui pensent qu'il n'en présente pas.

2.3.3.1 Risques du peau à peau cités par les professionnels de santé

Sur les 201 professionnels ayant répondu au questionnaire, la majorité (59% soit 119 personnes) pense que la pratique du peau à peau comporte des risques pour l'enfant.

Parfois plusieurs risques étaient cités par le même professionnel. Nous les avons classés par catégories : les risques liés à la mère qui comprennent la fatigue et l'inattention maternelle, ceux liés à l'installation c'est-à-dire la mauvaise pratique ou le risque de chute, ceux liés à une surveillance inadéquate, et les risques pour le nouveau-né tels que le risque de malaise, de mort, les complications cardio-

respiratoires, l'obstruction des voies aériennes ou l'apnée, l'arrêt cardio-respiratoire et enfin le déséquilibre thermique.



Graphique 5: Risques cités par les professionnels de santé

Parmi les professionnels ayant affirmé qu'il existait des risques lors de la pratique du peau à peau, 3/4 d'entre eux citent le risque pour l'enfant. Une surveillance inadéquate est considérée comme un risque par 1/3 des professionnels.

Les risques liés à une mauvaise installation sont cités par 1/6 des professionnels. L'impact d'une vigilance diminuée de la mère est cité par 7% des professionnels. Trois pour cent des professionnels n'ont pas renseigné le type de risques auxquels ils faisaient référence.

2.3.3.2 Connaissance du risque de malaise néonatal

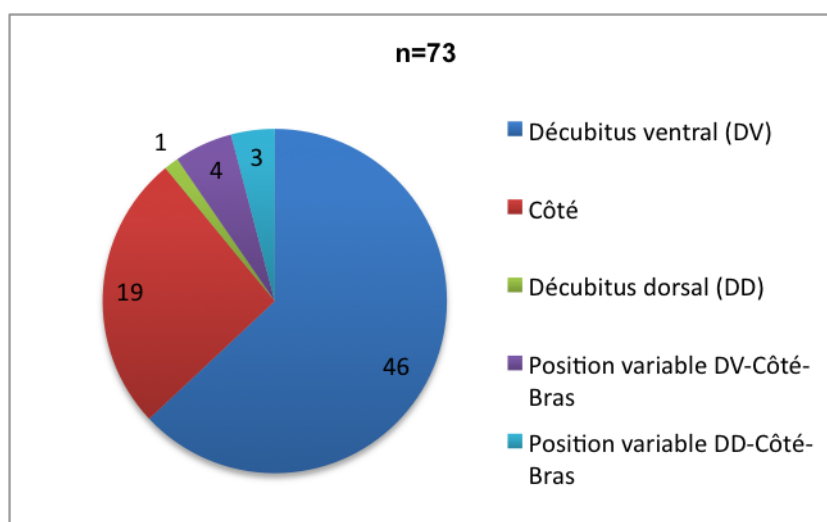
Sur les 119 personnes seulement six ont explicitement utilisé le terme « malaise » pour décrire le risque néonatal du peau à peau, soit 5%. Tout professionnel faisant référence à des problèmes respiratoires (apnée, détresse respiratoire, hypoxie), des facteurs d'obstruction des voies aériennes supérieures, de mort, de malaise ou d'arrêt cardio-respiratoire est considéré comme ayant des connaissances sur le malaise du nouveau-né, 75 personnes font partie des critères précédents. Ainsi 75 professionnels sur 119 pensant que le peau à peau présente des risques, ont une connaissance sur le risque de malaise, soit 63%.

Sur les 201 professionnels ayant répondu au questionnaire, 37% connaissent donc le risque de malaise soit un peu plus d'1/3 et seulement trois pour cent expriment directement ce risque par le terme « malaise ».

2.3.3.3 Physiopathologie du malaise et pratique professionnelle

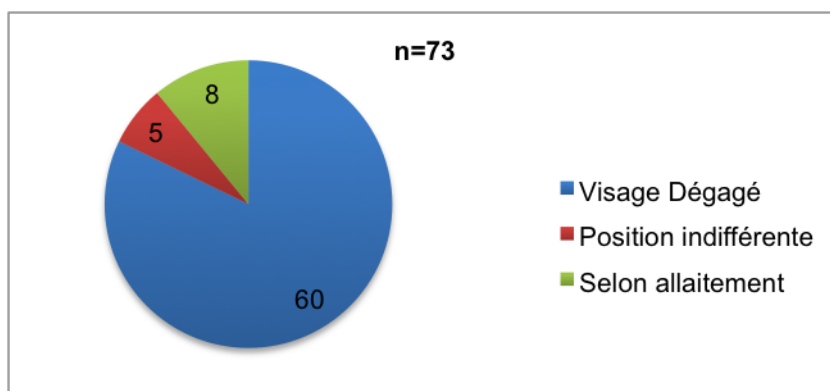
L'obstruction des voies aériennes supérieures et le décubitus ventral sont les deux facteurs influençant probablement la survenue du malaise. Les critères de positionnement de la tête et du corps de l'enfant doivent pouvoir refléter les connaissances des causes suspectées de malaise.

Deux professionnels sur les 75, ayant des connaissances sur le malaise, ne pratiquent pas le peau à peau par manque de temps pour le surveiller pour l'une et par connaissance de ces malaises pour l'autre. L'attention apportée aux causes sera donc évaluée sur 73 professionnels ayant connaissance du risque de malaise et pratiquant le peau à peau.



Graphique 6 : Positionnement du corps de l'enfant par les professionnels connaissant le risque de malaise

La majorité des professionnels connaissant le risque de malaise (63% soit 46 personnes) place l'enfant sur le ventre. Environ 1/4 des professionnels place l'enfant sur le côté. Un professionnel place le nouveau-né sur le dos. Les autres professionnels varient les positions suivant si l'allaitement est maternel ou non.



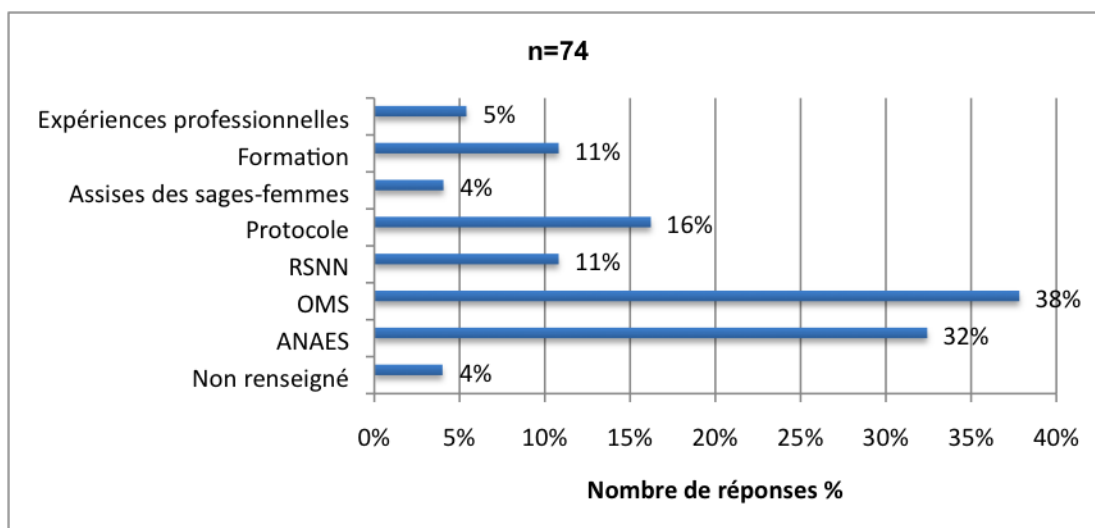
Graphique 7 : Positionnement de la tête de l'enfant par les professionnels connaissant le risque de malaise

Plus des 3/4 des professionnels s'appliquent à placer le visage de l'enfant en position dégagée. 5 professionnels ne s'inquiètent pas de la position de la tête.

2.3.4 Pratique et recommandations

2.3.4.1 Connaissance et type de recommandations citées

127 professionnels sur les 201 répondants n'ont jamais eu connaissance de recommandations quant à la pratique du peau à peau, soit 63%. 37% soit 74 professionnels affirment avoir eu connaissance de recommandations.

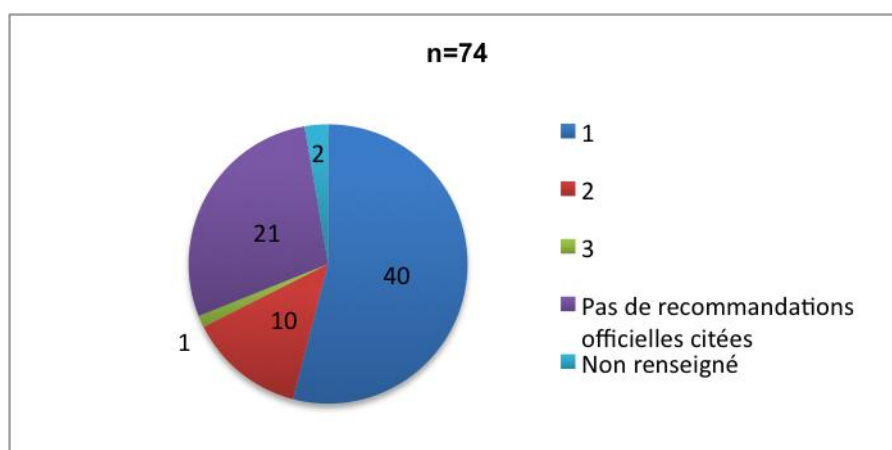


Graphique 8 : Recommandations sur le peau à peau citées par les professionnels

Les recommandations de l'OMS et de l'ANAES restent les plus connues avec respectivement 38% et 32% des professionnels les citant.

Les recommandations les plus complètes actuellement mises en place par le réseau « Sécurité Naissance - Naitre Ensemble » (RSNN) sont citées par 11% des professionnels affirmant connaître les recommandations soit 8 personnes. Les Assises des sages-femmes ont été citées par 4% des professionnels. Il est intéressant de constater qu'à cette question, certains professionnels ont cité la formation, les expériences professionnelles, le protocole, ce qui ne correspond pas à des recommandations.

Les recommandations du Réseau « Sécurité Naissance – Naitre Ensemble », de l'OMS, de l'ANAES et celles exposées durant les Assises des sages-femmes seront considérées comme les recommandations officielles.



Graphique 9 : Nombre de recommandations officielles citées par les professionnels

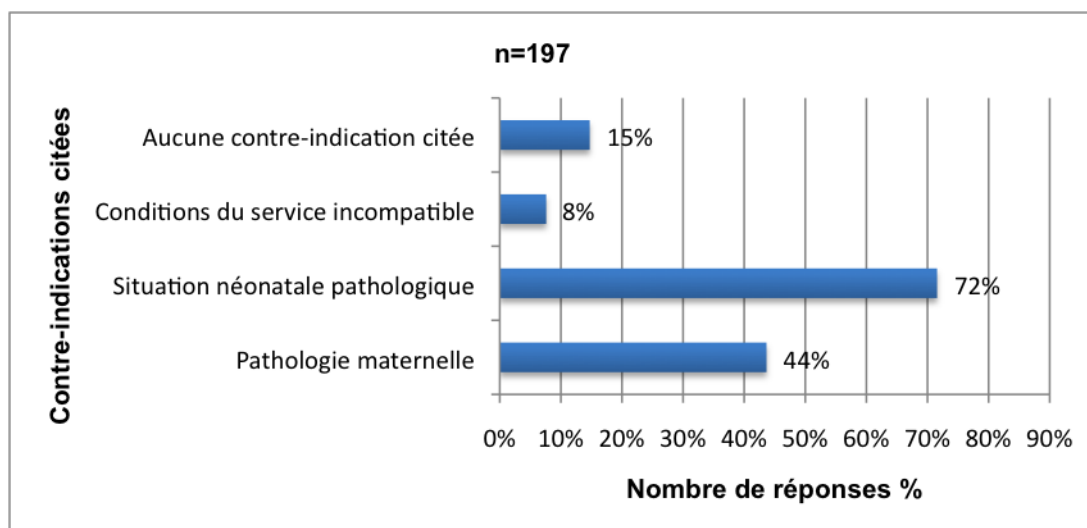
Plus de la moitié des professionnels ne connaissent qu'une recommandation officielle. Un seul professionnel affirme connaître 3 recommandations officielles. Un peu plus d'un quart des professionnels ne connaissent que des recommandations non officielles. Aucun professionnel ne connaissait plus de 3 recommandations officielles.

2.3.4.2 Pratique des professionnels en fonction des recommandations

Les recommandations du « Réseau Sécurité Naissance - Naitre Ensemble » ont été choisies comme référence pour évaluer la pratique des professionnels, étant les seules à prendre réellement en compte les risques du peau à peau.

Pour rappel, ces recommandations sont composées des critères de mise en peau c'est à dire le respect des contre-indications, des gestes effectués avant la mise en peau en peau comprenant l'évaluation clinique et le séchage du nouveau-né, des conditions de mise en peau à peau c'est à dire le positionnement de l'enfant, et enfin de la surveillance devant être effectuée par les professionnels.

2.3.4.2.1 Les critères de mise en peau à peau



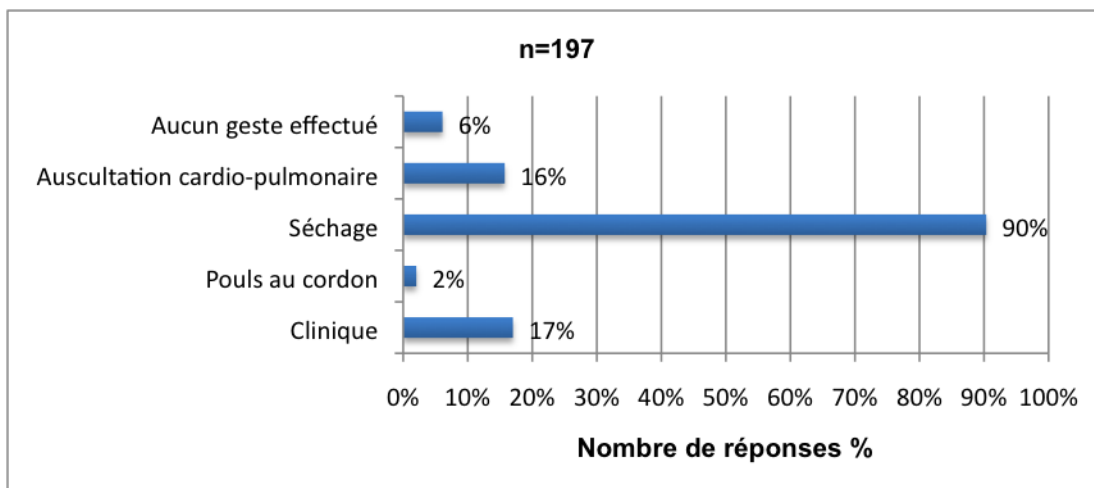
Graphique 10 : Contre-indications citées par les professionnels

Une situation néonatale pathologique représente pour quasiment 3/4 des professionnels pratiquant le peau à peau une contre-indication à la pratique.

Deux professionnels sur cinq considèrent qu'une mère présentant une pathologie représente une contre-indication. 8% soit 15 personnes sur 197 pensent que les conditions relatives au service, telles qu'une activité compatible, un effectif de personnels permettant une surveillance adéquate, sont importantes à prendre en compte. Un professionnel sur sept (15%) ne cite aucune contre-indication à la mise en place.

2.3.4.2.2 Gestes effectués avant la mise en peau à peau

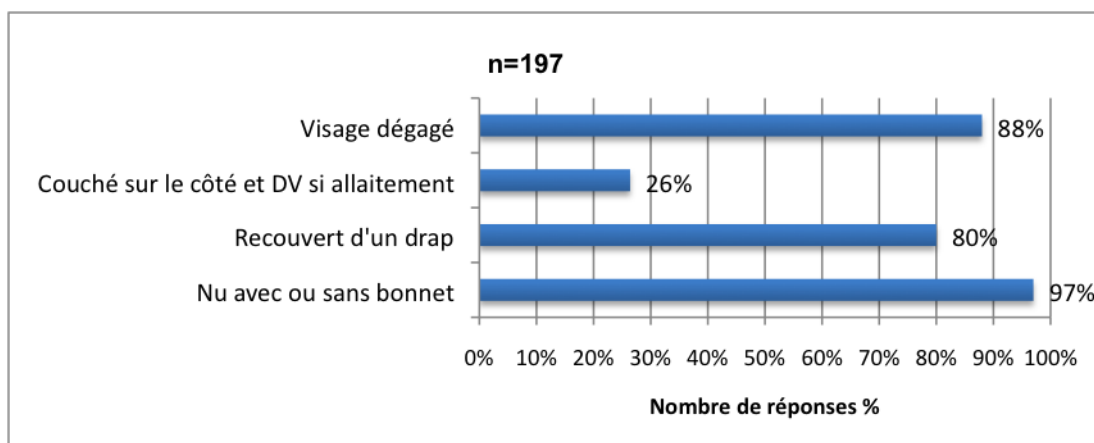
Le « Réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble » recommande que certains gestes soit effectués avant la mise en peau à peau : évaluer l'état clinique de l'enfant par un palper du pouls au cordon ou/et par une auscultation, vérifier que l'enfant peut être considéré comme normal par l'observation clinique et effectuer un séchage de l'enfant.



Graphique 11 : Gestes effectués avant la mise en peau à peau

Le séchage est effectué par 90% des professionnels de santé. Le pouls au cordon est réalisé par 2% des professionnels soit 4 personnes sur 197. Ces quatre professionnels sont des sages-femmes. Un professionnel sur six ausculte l'enfant avant la mise en peau à peau. 6% des professionnels affirment n'effectuer aucun geste. L'évaluation du nouveau-né par la clinique est citée par un peu plus d'une personne sur six.

2.3.4.2.3 Conditions d'installation de l'enfant



Graphique 12 : Installation de l'enfant par les professionnels

L'enfant est placé dénué de vêtements par la quasi totalité des professionnels (97%). Chez les 3% restants, un professionnel affirmait placer les enfants complètement habillés, 5 professionnels ne se sont pas exprimés.

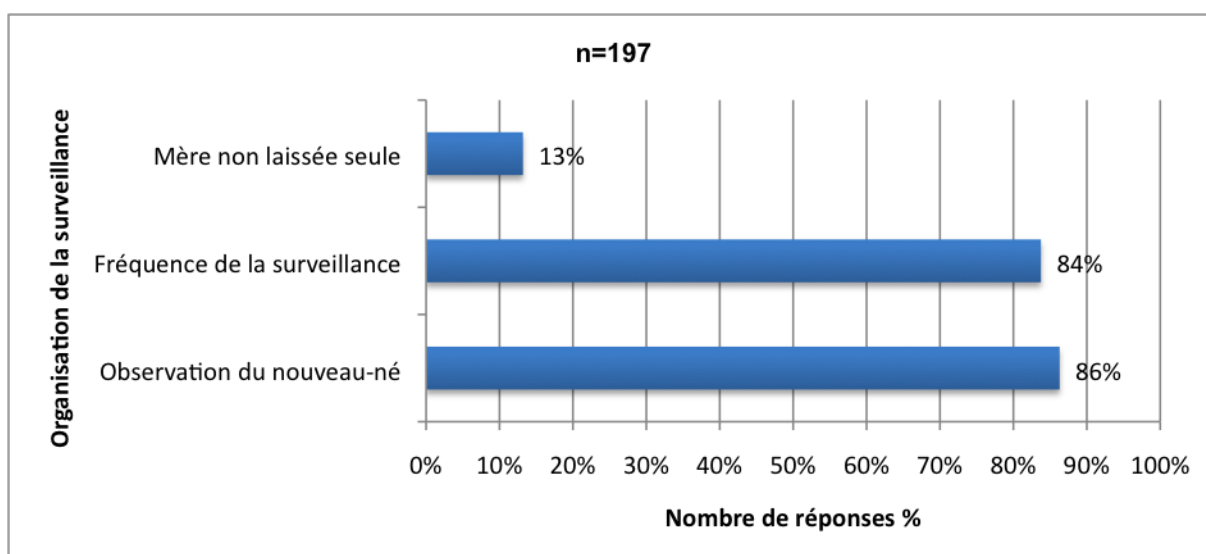
L'enfant est recouvert d'un drap par 4 professionnels sur 5. Pour les 1/5 ne recouvrant pas l'enfant d'un drap, 3 professionnels recouvrent l'enfant d'une couverture et 19% ne précisent pas recouvrir l'enfant.

L'enfant est placé sur le côté par 26% des professionnels. Parmi ces 26%, 8% déclarent placer l'enfant en décubitus ventral pour l'allaitement. Ainsi, 72% des professionnels placent donc l'enfant sur le ventre et 2% sur le dos.

Le visage de l'enfant est dégagé pour 88% des professionnels. 10% des professionnels placent la tête de l'enfant de façon indifférente et 2% le place face au sein.

2.3.4.2.4 Surveillance de l'enfant en peau à peau

Le « Réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble » préconise de surveiller régulièrement l'enfant en regardant son aspect et sa face et de ne jamais laisser la mère seule avec son enfant. Concernant la fréquence de la surveillance, nous considérerons ici qu'un professionnel, qui surveille l'enfant au moins toutes les vingt minutes, respecte la recommandation. En ce qui concerne l'observation du nouveau-né, la question étant mal posée, nous considérons ici que toute surveillance, qu'elle soit spécifique ou non, respecte les recommandations si le professionnel observe l'état clinique de l'enfant soit en affirmant regarder son tonus et sa réactivité, soit en affirmant évaluer l'état clinique ou surveiller tous les nouveau-nés de façon identique.



Graphique 13 : Organisation de la surveillance

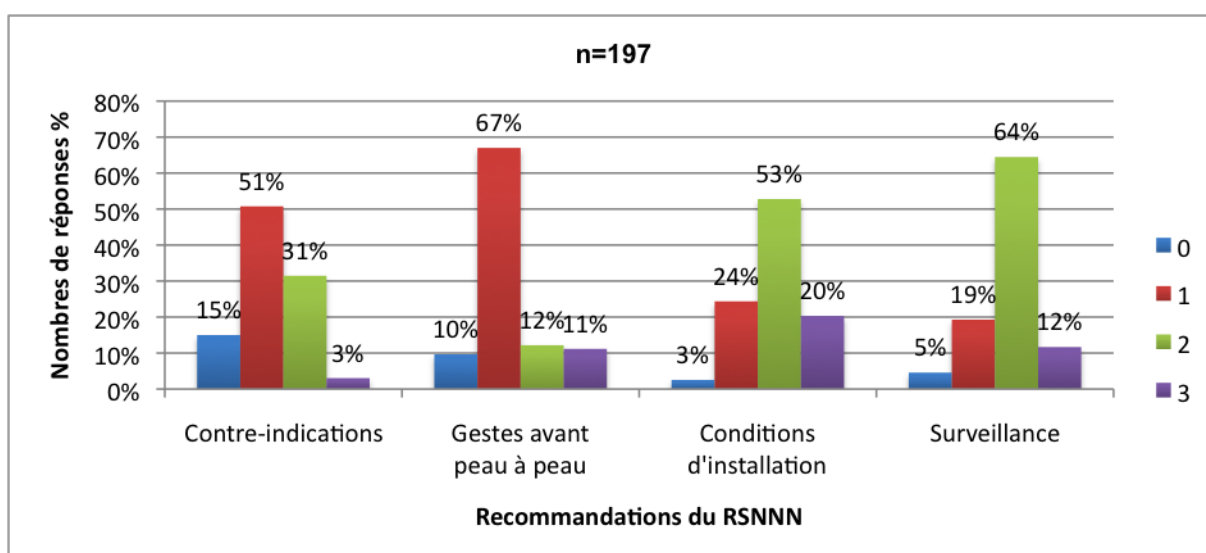
13% des professionnels affirment ne pas laisser seuls la mère et l'enfant dont un professionnel sur les 197 affirmant ne pas pratiquer le peau à peau si la mère est seule, les autres restant toute la durée du peau à peau.

La surveillance est effectuée à une fréquence inférieure ou égale à 20 minutes par 84% des professionnels. La surveillance est effectuée à une fréquence inférieure à 15 minutes par quasiment la moitié des professionnels. Lorsque la fréquence de surveillance est supérieure à 20 minutes (23/197), 20 professionnels effectuent la surveillance toutes les 30 minutes, un professionnel toutes les 45 minutes et deux toutes les 60 minutes. 9 professionnels n'avaient pas renseigné cette question.

86% des professionnels (170/197) affirment observer l'enfant, la moitié de ces professionnels (85/170) affirme effectuer alors une surveillance spécifique à l'enfant en peau à peau. 3% des professionnels n'avaient pas renseigné cette question. Au total 8 personnes sur 197 mettent en place une surveillance par saturomètre dont deux vont voir l'enfant à un intervalle de temps supérieur ou égal à 30min.

Pour les 11% (21/197) des professionnels n'ayant pas précisé observer le nouveau-né, deux professionnels installent un saturomètre en surveillant respectivement toutes les 20 minutes et toutes les 30 minutes.

2.3.4.2.5 Respect des recommandations par les professionnels



Graphique 14 : Nombre de recommandations respectées au cours de la pratique professionnelle

Six professionnels sur 197 ont cité les trois critères de mise en peau à peau soit 3%. 51% des professionnels (100/197) ne citent qu'un critère, 62 personnes sur 197 soit 31% mentionnent deux critères.

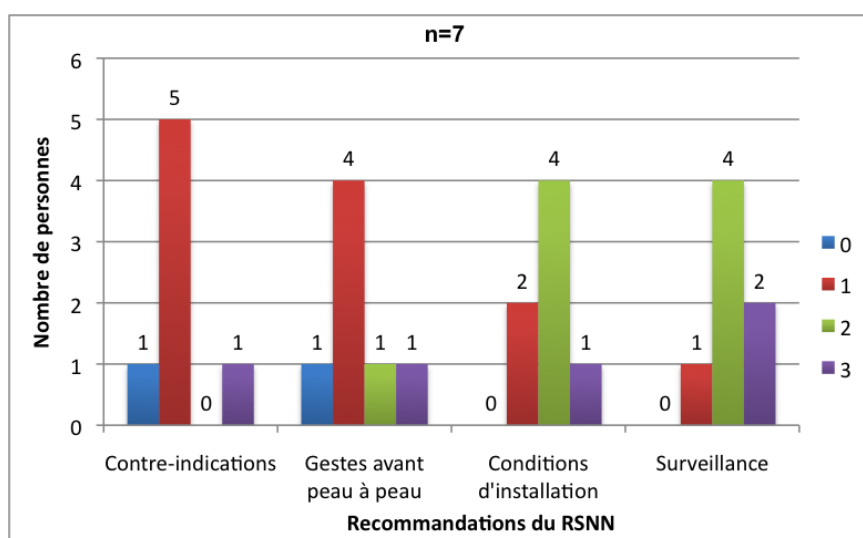
11% des professionnels effectuent la totalité des gestes avant la mise en peau à peau. 12% des professionnels effectuent deux gestes. Le séchage de l'enfant est l'unique geste effectué par 67% des professionnels. 6% des professionnels déclarent n'effectuer aucun geste, 4% effectuent des gestes ne faisant pas partie des recommandations.

40 professionnels sur 197 respectent l'ensemble des conditions de mise en peau à peau soit 20%. Un peu plus de la moitié soit 53% respectent deux conditions. Un quart des professionnels (48/197) ne respecte qu'un critère.

Les professionnels n'ayant pas renseigné les conditions de surveillance sont considérés comme ne respectant pas les recommandations de surveillance. 23 professionnels sur 197 soit 12% respectent les 3 critères de surveillance, 64% des professionnels respectent 2 critères, 19% respectent un seul critère et 5% n'en respecte aucun. Aucun professionnel ne respecte les quatre points des recommandations du RSNN.

2.3.4.3 Pratique des professionnels connaissant les recommandations du RSNN

Un professionnel sur les huit affirmant connaître les recommandations du RSNN ne pratique pas le peau à peau.



Graphique 15 : Nombre de recommandations respectées par les professionnels connaissant les recommandations

Concernant les recommandations sur les contre-indications de la mise en peau à peau, un professionnel sur sept citait les 3 critères. 5 professionnels sur sept ne citaient qu'une contre-indication à la mise en peau à peau et un professionnel n'en citait aucune.

Trois professionnels sur 7 effectuent un seul des gestes recommandés avant la mise en place du peau à peau. Un seul professionnel sur sept effectue la totalité des gestes avant la mise en peau à peau.

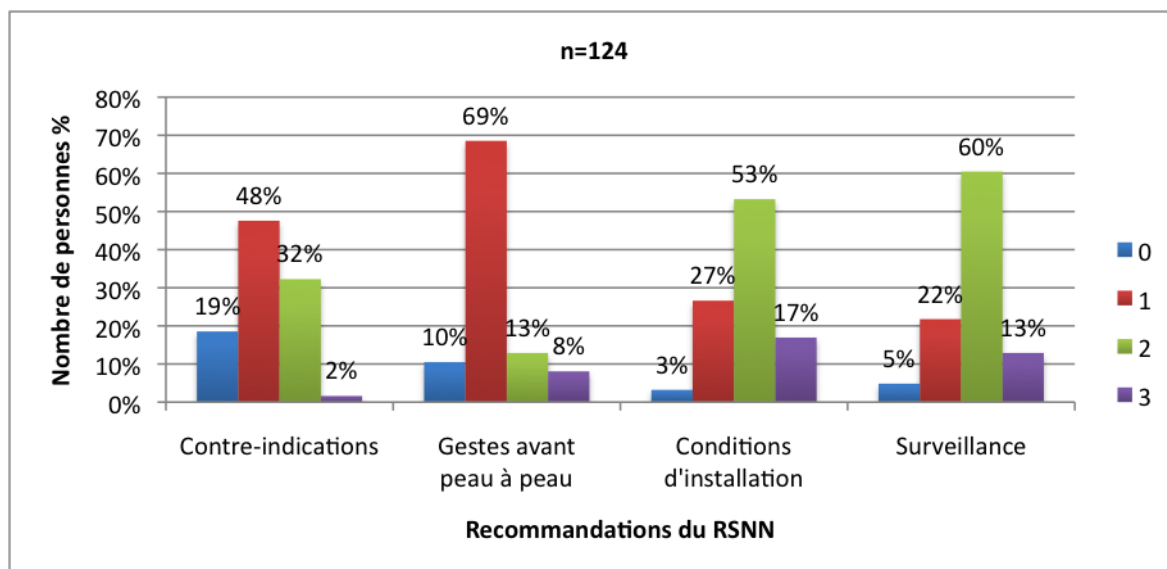
Pour l'installation du nouveau-né, les professionnels effectuent toutes ou une partie des recommandations : quatre professionnels sur sept effectuent deux critères des recommandations, une seule personne les effectue tous.

Au niveau de la surveillance, les professionnels effectuent toutes ou partie des recommandations : la majorité effectuent 2 critères des recommandations, 2 professionnels appliquent toutes les recommandations.

Il est à noter qu'aucun des sept professionnels ne respecte les 4 points des recommandations.

2.3.4.4 Pratique des professionnels méconnaissant le risque de malaise

Sur les 201 personnes ayant répondu au questionnaire seulement 197 pratiquent le peau à peau. 63% de ces professionnels (124/197) méconnaissent le risque de malaise.



Graphique 16 : Nombre de recommandations respectées par les professionnels méconnaissant le risque de malaise

Concernant le respect des contre-indications, 2% des professionnels appliquent la totalité des recommandations. 20% des professionnels ne citent aucune contre-indication à la mise en peau à peau et près de la moitié ne cite qu'une contre-indication à la mise en place.

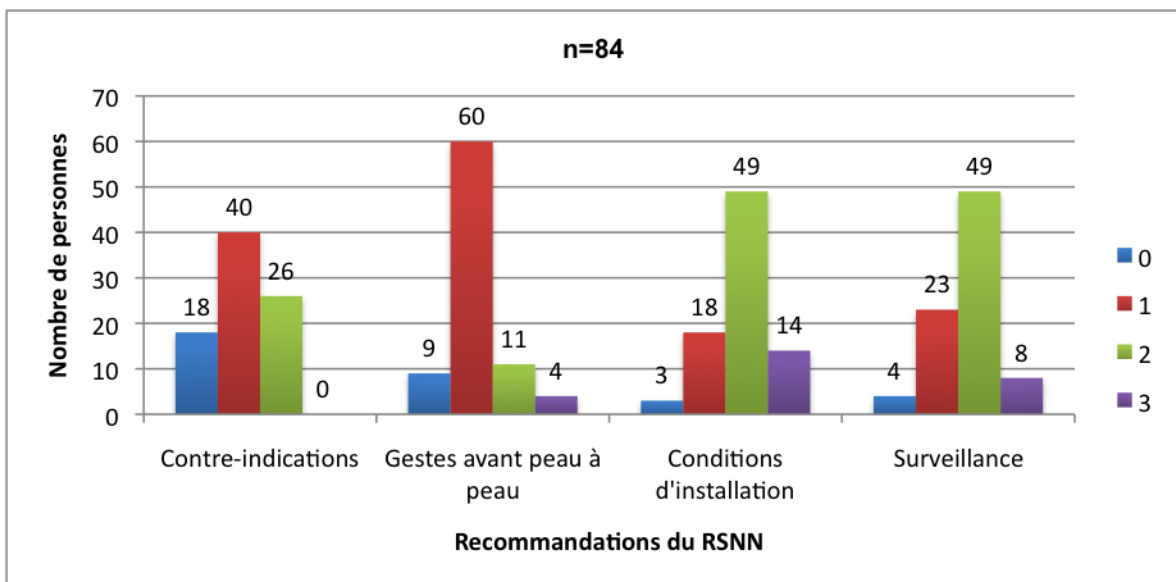
Concernant les gestes effectués avant la mise en peau à peau, 8% des professionnels effectuent la totalité des gestes. Une grande majorité (70%) n'effectue qu'un seul geste et 10% n'en effectuent aucun.

Concernant l'installation de l'enfant, 17% appliquent la totalité des recommandations, la moitié ne respecte que 2 conditions et 3% n'en respectent aucune.

Au niveau de la surveillance, 13% des professionnels respectent la totalité des recommandations. La majorité (60%) ne respecte que 2 recommandations de surveillance. Aucun professionnel ne respecte l'ensemble des recommandations.

2.3.4.5 Pratique des professionnels méconnaissant les risques et les recommandations

84 professionnels sur 197 méconnaissent à la fois les risques du peau à peau et les recommandations



Graphique 17 : Nombre de recommandations respectées par les professionnels méconnaissant le risque de malaise et les recommandations

Aucun professionnel ne connaît la totalité des contre-indications à la mise en peau à peau. 18 professionnels sur 84 soit 21% ne connaissent aucune contre-indication.

5% des professionnels effectuent l'ensemble des gestes avant la mise en peau à peau, et une majorité n'en effectuent qu'un seul (60/84).

4% des professionnels (3/84) n'appliquent aucune des conditions d'installation, la moitié des professionnels en applique deux. 17% des professionnels soit (14/84) appliquent l'ensemble des conditions d'installations.

Les recommandations de surveillance sont respectées pour 8 personnes sur 84 soit 10% environ et la moitié des professionnels applique 2 recommandations.

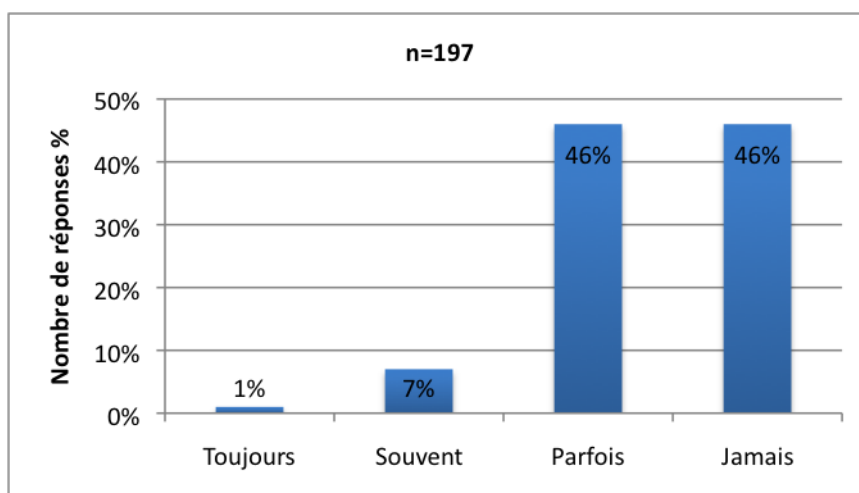
Aucun professionnel ne respecte l'ensemble des recommandations

2.3.5 Difficultés rencontrées au cours de la pratique

La population étudiée correspond ici aux personnes ayant déclaré pratiquer le peau à peau soit 197 personnes.

Au total, 45 professionnels déclarent n'éprouver aucune difficulté ni dans la mise en place, ni dans la surveillance. Autrement dit, 152 professionnels éprouvent des difficultés (mise en place et surveillance confondues) soit 77% des 197 professionnels interrogés pratiquant le peau à peau.

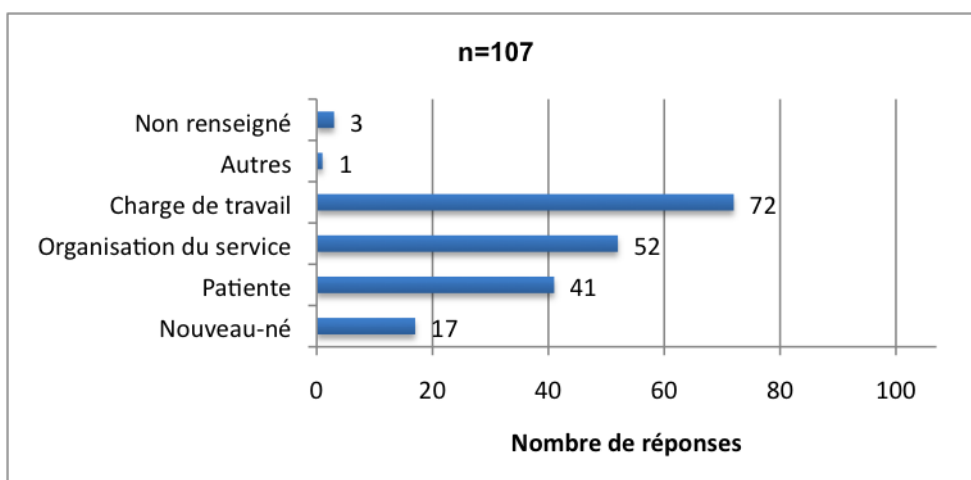
2.3.5.1 Difficultés de mise en place



Graphique 18 : Fréquence des difficultés rencontrées durant la mise en place

Une petite majorité des professionnels (54% soit 107 sur 197) éprouvent des difficultés dans la mise en place du peau à peau en salle de naissance. Ces

difficultés sont, dans la majorité, présentes uniquement occasionnellement. 46% des professionnels déclarent ne jamais avoir de difficultés dans la mise en place.



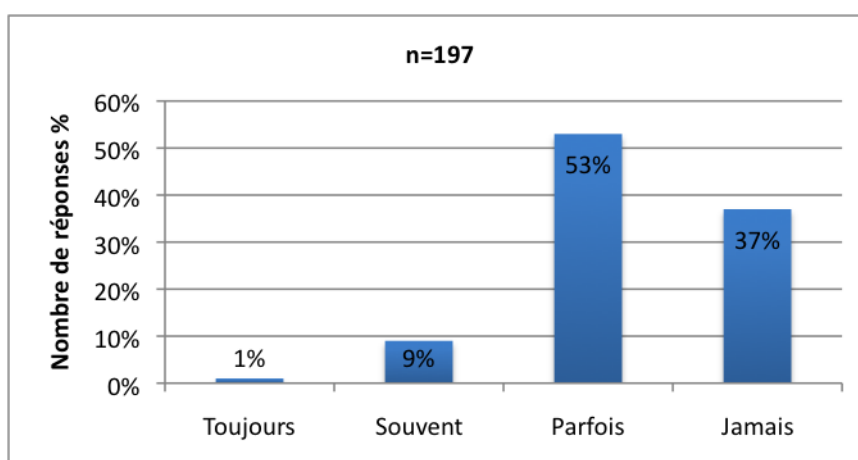
Graphique 19 : Répartition des difficultés rencontrées lors de la mise en peau à peau

107 professionnels affirmaient éprouver des difficultés dans la mise en place du peau à peau. Certains professionnels en avaient cité plusieurs. La charge de travail reste la difficulté la plus fréquemment rencontrée : 3/4 des professionnels la citent.

La moitié des professionnels pense que l'organisation du service est responsable de leur difficulté. La patiente semble pouvoir interférer dans la mise en place pour un peu plus d'1/3 des professionnels.

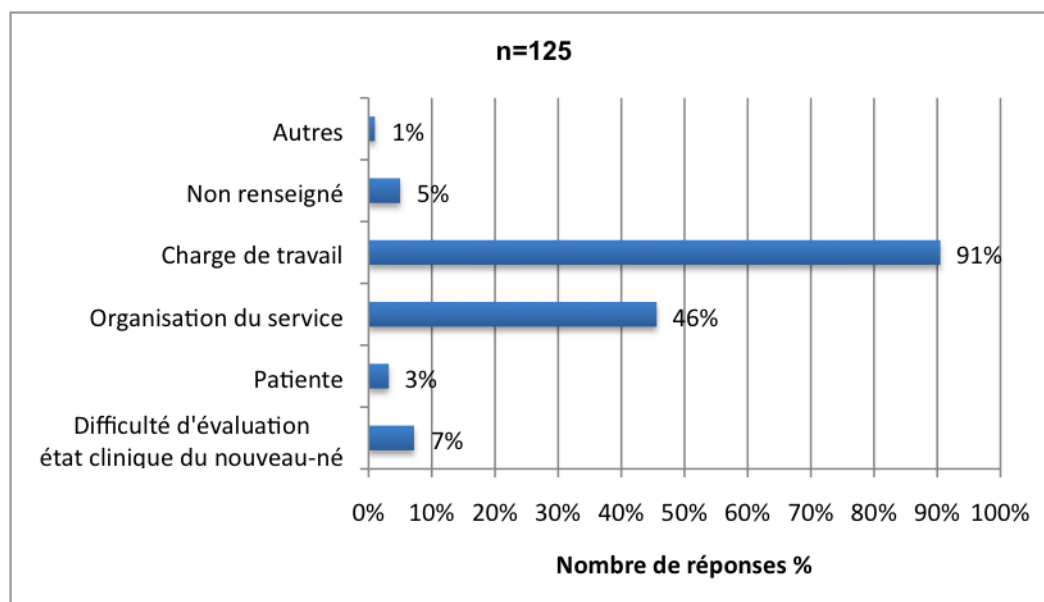
Trois professionnels sur les 107 n'ont pas renseigné cette question pouvant être considéré ici comme ayant des difficultés à identifier les problèmes rencontrés.

2.3.5.2 Difficultés dans la surveillance



Graphique 20 : Fréquence des difficultés rencontrées durant la surveillance

Sur les 197 professionnels déclarant pratiquer le peau à peau, la majorité (63% soit 125 professionnels) affirme rencontrer des difficultés dans la surveillance. La majorité des professionnels déclarent n'avoir à faire face à ces difficultés qu'occasionnellement. 37% des professionnels n'en rencontrent jamais.



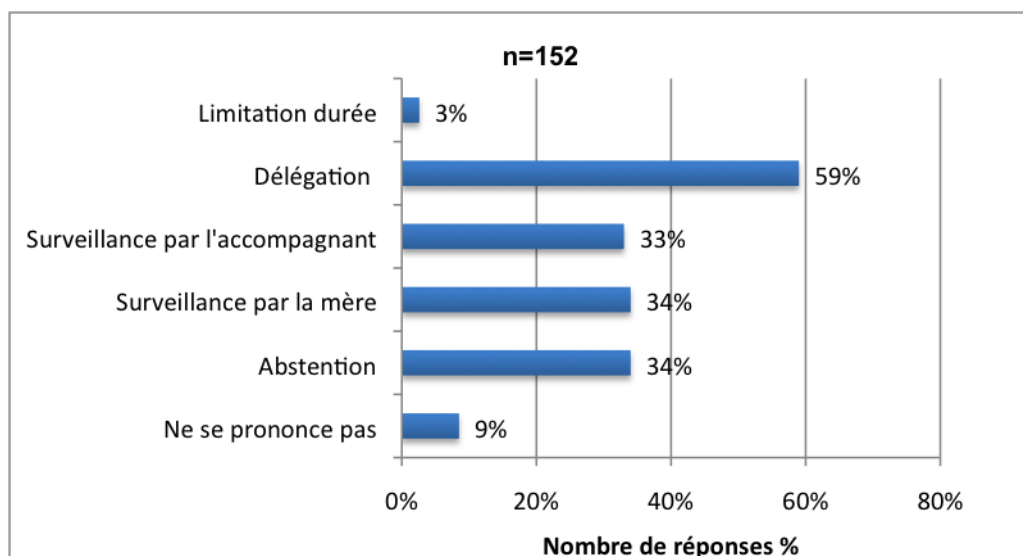
Graphique 21 : Répartition des difficultés rencontrées lors de la surveillance du peau à peau

125 professionnels affirment rencontrer des difficultés dans la surveillance du peau à peau. La difficulté rencontrée par un très grand nombre de professionnels (91%) est la charge de travail. La moitié des professionnels cite l'organisation du service comme un obstacle à la surveillance. Un professionnel a cité l'absence de protocole comme une difficulté alors que ce professionnel fait partie d'une maternité ayant mis en place un protocole en salle de naissance.

2.3.5.3 Différence des difficultés suivant le moment de la journée

Sur les 152 professionnels éprouvant des difficultés, la grande majorité (75%) n'a pas constaté de différence dans la pratique du peau à peau qu'il s'agisse des gardes de jour ou de nuit. Si les professionnels n'ayant pas renseigné la question (8%) sont considérés comme ne trouvant aucune différence, ce chiffre monte à 83%. 11% éprouvent plus de difficultés la nuit et 8% le jour.

2.3.5.4 Réactions face aux difficultés rencontrées

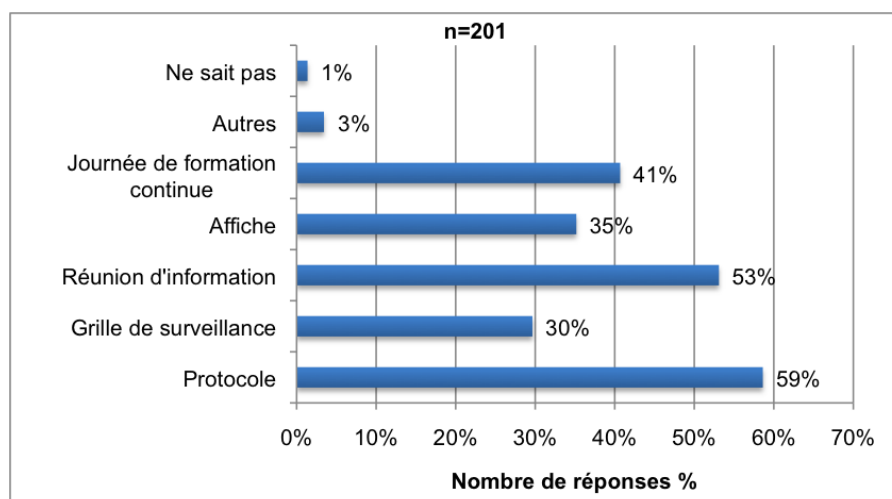


Graphique 22 : Réactions face aux difficultés rencontrées

Sur les 152 professionnels ayant des difficultés dans la pratique du peau à peau, la délégation est la réaction de 59% des professionnels. La surveillance est laissée à la mère par 1/3 des professionnels et est laissée à l'accompagnant par 1/3 des professionnels également. L'abstention du peau à peau face aux difficultés est la réaction d'1/3 des professionnels. 9% des professionnels ne se sont pas prononcés quant à leur réaction.

2.3.6 Outils d'aide à la pratique

Sur 201 professionnels, 145 pensent que la mise en place de documents ou d'interventions spécifiques permettraient de faciliter leur pratique, soit 72%.



Graphique 23 : Types de documents pouvant faciliter la pratique

Le protocole est l'outil qui est majoritairement plébiscité par les professionnels (59%). Les autres outils qui permettraient une amélioration selon les professionnels seraient les réunions d'information (53%), les journées de formations (41%). La grille de surveillance obtient un avis favorable de la part de 43 professionnels sur 201 soit environ 1/5 des professionnels.

Les outils cités dans la catégorie « autres » étaient : dépliants d'information, information des parents, mise en place de recommandations internationales.

Troisième partie

Analyse et discussion

3.1 Pertinence et validité de l'étude

3.1.1 Points forts

Le bon taux de réponse (60,3%) et le nombre important de questionnaires exploitables (201) représentent une force de l'étude. De plus, le nombre de maternités hospitalières incluses (neuf maternités au total) permet d'avoir une vision globale de la pratique du peau à peau en Ile-de-France. La variété et la répartition homogène des différents types de maternité représentent une force de notre étude et permet d'éviter de biaiser nos résultats par une surreprésentation de maternités à forte activité ou ayant une population de patientes présentant plus de pathologie.

3.1.2 Points faibles et limites du questionnaire

La méthode de travail choisie est une étude déclarative, de ce fait, elle représente un niveau de preuve scientifique le plus bas.

De plus, nous pouvons penser que seuls les professionnels intéressés par le sujet ont répondu au questionnaire ce qui constitue un biais de recrutement.

Le nombre de maternités hospitalières peut également constituer une limite car notre étude a porté sur 9 maternités ayant des pratiques différentes.

Enfin le questionnaire présente certaines limites qui doivent faire nuancer nos résultats. En effet, certaines questions mal posées (questions 27, 28 et 29), nous ont obligés à interpréter les réponses des professionnels ayant eu des difficultés à comprendre la question.

L'enchaînement de questions à choix simples, à choix multiples et des questions ouvertes ont pu perturber les répondants.

Enfin certaines questions, pouvant apporter des éléments intéressants, ont été omises lors de la création du questionnaire comme l'attitude des soignants face aux patientes primipares.

3.1.3 Lieux et population d'étude

L'objectif de ce mémoire était d'avoir une vue globale de la pratique du peau à peau en salle de naissance. Ces maternités hospitalières ont été choisies afin d'obtenir une répartition homogène des différents types. Le but était d'éviter une surreprésentation de maternités de type III effectuant un nombre important d'accouchements et ayant par conséquent une charge de travail plus importante. La répartition obtenue des questionnaires analysables (Tableau 1) nous permet d'avoir une vision peu biaisée et plus représentative de la pratique réelle du peau à peau sans être influencée par le type de maternité.

De même, le choix de la population a porté sur tout professionnel pouvant être amené à pratiquer le peau à peau. La surreprésentation des sages-femmes peut sans doute être expliquée en raison de leur effectif supérieur en salle de naissance par rapport aux autres professionnels de santé comme les infirmières, les auxiliaires de puériculture, les aides-soignantes. (Annexe XIV).

Le faible pourcentage d'aides-soignantes ayant répondu au questionnaire est compréhensible car la majorité des maternités ne semble pas donner ce rôle à ces professionnels et place plutôt des auxiliaires de puériculture en salle de naissance.

3.2 *Connaissance des professionnels de santé sur la technique du peau à peau*

La technique du peau à peau a été largement développée en salle de naissance comme le confirme notre étude avec 98% des professionnels la pratiquant.

Un de nos objectifs était d'appréhender la connaissance des professionnels concernant cette pratique tant sur les bénéfices démontrés du peau à peau que sur les risques liés à celle-ci.

3.2.1 Connaissance sur les bénéfices du peau à peau

Nous avons vu que les bénéfices du peau à peau sont nombreux et plusieurs études ont été effectuées allant toutes dans ce sens. Cette pratique permet une meilleure régulation globale chez l'enfant, une satisfaction maternelle avec la création d'un lien mère-enfant précoce, et un allaitement au sein facilité.

L'étude permet de faire plusieurs constats concernant les connaissances des professionnels.

La connaissance des bénéfices est inégale. En effet, certains sont largement connus par les professionnels comme l'attachement mère-enfant et l'équilibre thermique cités par plus de 80% des professionnels. D'autres sont cités par moins de la moitié des personnes comme le bien-être néonatal ou l'allaitement. Pourtant l'ANAES en 2002 recommande et signale qu'« après la naissance, la première tétée est favorisée par ce contact intime » (44) et les études d'Anderson et Moore, Mahmood et la méta-analyse de la Cochrane montrent les effets à court, moyen et long terme (41, 42, 32). L'effet sur l'équilibre glucidique et sur l'effet analgésique est cité par seulement 2% des professionnels. Cependant, aucune recommandation officielle des autorités de santé n'a été publiée concernant ces conséquences positives ce qui pourrait expliquer le faible effectif. Malgré tout, la méta-analyse de la Cochrane (32) reprend ces bénéfices et aurait pu être une source d'information pour les professionnels de santé.

Nos résultats confirment ceux de l'étude de Radu Chisa en 2008 (73), pour l'obtention de son diplôme de sage-femme, qui visait à évaluer la pratique du peau à peau dans la maternité de Besançon. Elle constatait également le défaut de connaissances sur les effets positifs sur l'adaptation métabolique du nouveau-né.

D'autre part, le graphique 4 nous permet d'appréhender le niveau d'acquisition global des professionnels. Une grande majorité des professionnels ont une mauvaise connaissance des bénéfices du peau à peau mais surtout aucun professionnel ne présente une bonne connaissance et à fortiori une très bonne connaissance des bénéfices.

Ceci nous amène à soulever plusieurs questions. Etant donné que 54% des professionnels ont obtenu leur diplôme dans les 5 ans précédant l'étude, l'information initiale ne semble pas optimale en ce qui concerne les bénéfices prouvés de cette pratique. En effet, aucun professionnel ne possède un bon niveau dans la connaissance des bénéfices. Il serait intéressant de mener une étude complémentaire pour évaluer la formation au sein des différentes écoles.

D'autre part, ces résultats amènent à se pencher sur l'efficacité et l'efficience des formations continues concernant cette pratique. En effet, il est intéressant de constater que les professionnels ne bénéficiant pas d'apprentissage théorique pédiatrique comme les aides-soignantes ont au maximum un niveau de connaissances insuffisant avec une majorité ayant une très mauvaise connaissance des bénéfiques.

De plus, une seule maternité a mis en place un groupe de travail sur le peau à peau mais aucune n'a mis en place des réunions d'informations.

Notre hypothèse qui consistait à affirmer que les professionnels de santé avaient une bonne connaissance des bénéfiques est infirmée. La plupart des professionnels ne connaissent que 2 à 3 bénéfiques sur les 8 documentés.

3.2.2 Connaissances des risques du peau à peau

Notre hypothèse consistait à affirmer que les professionnels de santé avaient des connaissances incomplètes sur le risque du peau à peau notamment sur le malaise.

En effet, bien que le peau à peau présente de nombreux avantages qui ont été le moteur de son insertion en salle de naissance, des risques à cette pratique ont été décrits. Depuis le début des années 2000, diverses études ont montré l'existence d'incidents en peau à peau pouvant conduire à la mort de l'enfant.

Ces risques ont une incidence qui semble faible. En effet, les seuls cas publiés (Annexe IX) sont des séries de cas par cas et aucune étude prospective à long terme n'a été menée afin de préciser cette incidence (65). Ainsi les risques du peau à peau notamment celui de malaise sont probablement sous-estimés en l'absence d'un bon recensement de ces incidents comme le souligne Branger. (61)

Partant de ce constat, nous aurions pu supposer que les professionnels de santé méconnaissaient les risques du peau à peau du fait de leur survenue rare. Pourtant l'étude montre qu'une petite majorité (59%) pense que le peau à peau présente des risques. Ces professionnels citent en grande majorité un risque pour l'enfant ce qui est en accord avec la littérature. Pourtant seulement 7% des professionnels ont cité

qu'il existait des risques liés à la mère alors que de nombreux auteurs ont montré que ces incidents survenaient le plus fréquemment chez des mères primipares et que la fatigue maternelle ou l'atteinte de la vigilance maternelle constituaient un risque important (57,61, 64). Ces facteurs de risque liés au peau à peau devraient être plus généralement connus par les professionnels afin de garantir la sécurité de l'enfant.

Une femme somnolente ou ayant eu un accouchement éprouvant n'est pas une bonne candidate à la mise en peau à peau. Une connaissance plus approfondie sur les éléments rendant le peau à peau potentiellement dangereux pourrait donc permettre une réflexion précoce sur les critères de mise en peau à peau.

Le risque principal du peau à peau est le risque de malaise néonatal. Même si une majorité de professionnels signale le peau à peau comme une pratique potentiellement à risques, une trop faible proportion des professionnels de santé connaissent le risque spécifique de malaise (37%). De plus le terme utilisé pour ce risque « malaise » n'a été cité que par 3% des professionnels. Ces résultats montrent sans doute une lacune des connaissances des professionnels sur le risque de malaise en peau à peau.

Cependant, ce défaut de connaissance ne peut être imputable totalement aux professionnels de santé. En effet, le mauvais recensement des cas ne permet pas de rendre compte de l'impact réel de ces incidents.

Les professionnels semblent être au courant par le bouche à oreille comme le signale l'un d'entre eux ne pratiquant plus le peau à peau pour cette raison.

La mise en place de fiches de recensement du malaise au niveau national comme le proposait Branger (51) pourrait permettre une meilleure information des professionnels et surtout un meilleur recensement (Annexe XII).

Il serait alors intéressant de travailler à la création d'un centre de référence pour le recensement des malaises. En effet, grâce à la circulaire ministérielle du 4 mars 1986 portant sur la prévention de la mort subite du nourrisson, un centre avait pu être créé et fut à l'origine de recommandations nationales diminuant la mortalité de près de 75%.

Enfin, les professionnels semblent avoir une connaissance incomplète de la physiopathologie.

Avec ou sans connaissance du risque de malaise, une grande majorité des professionnels s'appliquent à positionner la tête de l'enfant de façon dégagée. Ceci est en accord avec la littérature qui retrouve comme facteur probable du malaise une obstruction des voies aériennes par confinement (58-66).

Mais plus de 70% des professionnels répondant au questionnaire placent l'enfant sur le ventre. Pourtant le décubitus ventral a été cité comme une position pouvant potentiellement être responsable de ces malaises par stimulation du nerf vagal (58-66).

Notre hypothèse qui consistait à affirmer que les professionnels de santé avaient des connaissances incomplètes sur les risques du peau à peau notamment sur celui de malaise est validée. En effet même si une petite majorité de professionnels affirment l'existence de risques liés au peau à peau, très peu connaissent le risque de malaise et peu de soignants signalent les facteurs favorisants tel le risque lié à la mère ou lié à une activité du service trop importante. De plus les professionnels citant le risque de malaise ont des connaissances incomplètes quant à la physiopathologie et ses facteurs de risque. Ils effectuent des gestes qui sont à éviter tel que le positionnement de l'enfant en décubitus ventral par exemple. Cette position est suspectée comme potentiellement responsable des malaises, nous pouvons donc considérer que les professionnels plaçant l'enfant de la sorte méconnaissent le mécanisme des malaises.

3.3 Les recommandations

L'existence de ces risques ne doit pas faire oublier les nombreux avantages et, comme le souligne Branger (51), ne doit pas remettre en question cette pratique en salle de naissance. Pourtant l'importance d'une bonne surveillance et d'une pratique adaptée aux risques est indispensable pour garantir la sécurité de l'enfant.

Un autre de nos objectifs était donc d'évaluer les conditions de mise en peau à peau. Pour atteindre celui-ci nous avons posé l'hypothèse que le peau à peau était réalisé selon les recommandations par les professionnels de santé.

Le premier constat est que seulement 37% des professionnels affirment connaître des recommandations quant à la pratique du peau à peau. Ceci montre le manque de propagation de ces recommandations au sein du corps médical. De plus les recommandations éditées par le réseau « Sécurité Naissance – Naitre Ensemble » étant les plus complètes et utilisées comme référence dans de nombreux congrès notamment aux Assises des Sages-femmes ou dans la création de protocole interne des maternités comme à la maternité G (Annexe XIII), ne sont connus que par 8 professionnels.

Ces résultats sont en désaccord avec ceux d'Aude Brossard (74) qui retrouvait que les recommandations du RSNN étaient connues par la moitié des sages-femmes. Cependant, son étude datant de 2008 portait sur 47 sages-femmes dans des maternités appartenant à la région du RSNN. Nous pouvons donc supposer que l'information est passée plus efficacement dans cette région et que l'effectif réduit constitué uniquement de sages-femmes ne peut être comparable à notre population d'étude.

Nous avons tout de même tenu à prendre les recommandations du RSNN comme référence pour l'analyse de nos résultats car elles regroupent l'ensemble des informations en accord avec une prévention du malaise. Nous partions de l'hypothèse que même sans connaître ces recommandations, les professionnels respectaient les critères.

Les résultats montrent qu'aucun professionnel ne respecte l'ensemble des recommandations du RSNN.

Le seul et unique geste effectué par la majorité des professionnels (90%) est le séchage de l'enfant comme le recommandent également l'ANAES et l'OMS (43,44). Deux pour cent seulement des professionnels s'inquiètent du pouls au cordon. Cependant ce chiffre doit être pondéré car la question étant ouverte, certains professionnels ont pu omettre de citer cet acte.

L'enfant est placé dans une position présentant des facteurs de risques par près de 75% des professionnels. Ces résultats sont en accord avec les résultats obtenus par Aude Brossard (74) lors de son étude pour l'obtention de son diplôme de sage-femme. Son étude avait pour objectif d'évaluer la pratique du peau à peau en salle

de naissance. Pour cela l'auteur avait effectué un audit déclaratif et d'observation. Elle retrouve qu'une grande majorité d'enfants (67%) étaient placés en décubitus ventral ce qui correspond à nos résultats.

Même si la régularité de la surveillance semble respectée et l'enfant observé pour la plupart des professionnels, seulement 13% des professionnels disent ne pas laisser la mère seule.

Cela correspond aux résultats de Radu Chisa (73) qui concluait que les conditions de sécurité n'étaient pas toujours respectées. Elle avait cependant utilisé des critères supplémentaires pour son évaluation en questionnant le personnel soignant sur l'attention portée à la vigilance de la patiente et à la température de l'enfant. Elle montrait également que seulement 1/4 des sages-femmes pratiquaient le peau à peau en toute sécurité.

Enfin, les critères de mise en peau à peau ne sont pas tous respectés, la majeure partie des professionnels ne citant qu'un critère. Un professionnel sur sept ne cite aucune contre-indication. Les contre-indications à la mise en peau à peau les plus mal connues sont des conditions de service incompatibles et une pathologie maternelle. Ceci est en corrélation avec les conclusions d'Aude Brossard (74) dont l'étude montrait que lors d'une activité obstétricale importante en salle de naissance une surveillance rapprochée n'était pas réalisable. En effet, elle avait montré que plus les patientes étaient nombreuses en salle de naissance plus le temps de peau à peau était allongé.

Il semble logique que les professionnels méconnaissant le risque de malaise, les recommandations ou les deux, n'appliquent pas les recommandations mais le plus intéressant est de constater que même les professionnels affirmant connaître les recommandations du RSNN, ne les respectent pas en totalité. Ceci soulève la question de la qualité de compréhension de ces recommandations et nous amène donc à songer à une amélioration de la qualité d'information des professionnels.

Ainsi, notre troisième hypothèse qui consistait à affirmer que la pratique du peau à peau est réalisée selon les recommandations par les professionnels de santé de salle de naissance est infirmée.

3.4 Difficultés rencontrées par les équipes

Notre dernière hypothèse consistait à dire que les professionnels rencontraient des difficultés dans leur pratique quotidienne.

Le premier constat est qu'une grande majorité de personnes déclarent éprouver des difficultés lors de leur pratique (77%).

La mise en place semble présenter des difficultés pour la moitié des professionnels. Ces difficultés sont le plus souvent dues à la charge de travail puis à l'organisation du service nécessitant d'effectuer les soins au nouveau-né. Concernant ces difficultés, le RSNN et de nombreuses autres recommandations (51, 52, 53) précisent que les soins peuvent être différés si l'enfant va bien. L'organisation du service ne représenterait donc pas une réelle difficulté. L'amélioration des connaissances concernant les recommandations actuelles quant à la prise en charge du nouveau-né pourrait diminuer cette difficulté rencontrée par les équipes.

Cependant, une majorité des professionnels (63%) affirment éprouver des difficultés dans la surveillance. La grande majorité des professionnels affirment que cette difficulté est due à la charge de travail.

Il est intéressant de constater la réaction des professionnels. Plus de la moitié d'entre eux cite la délégation comme une des réactions face aux difficultés. Cependant, au vu de nos résultats précédents concernant les connaissances des bénéfiques, des risques et des recommandations, les professionnels faisant le choix de déléguer la surveillance du peau à peau devraient s'inquiéter de la formation du professionnel sur cette pratique. En effet, comme nous avons pu le montrer auparavant, les professionnels ont une mauvaise connaissance des bénéfiques, des risques et des recommandations. Nous pensons notamment au personnel paramédical comme les aides-soignantes, qui ne bénéficiant pas de formation pédiatrique poussée, devrait pouvoir trouver des informations et des conseils auprès des professionnels plus qualifiés en pédiatrie : sage-femme, auxiliaire de puériculture, infirmière. La formation continue peut donc être une solution pour transmettre des messages de prévention quant au malaise mais aussi pour améliorer la pratique et la mise en place de l'enfant en peau à peau. Ceci doit passer par une meilleure diffusion de ces informations au

sein des écoles dispensant ces enseignements pédiatriques afin de former des professionnels à compétences et connaissances excellentes sur cette pratique.

De plus, un tiers des professionnels laisse à l'accompagnant le soin de surveiller l'enfant et un tiers des professionnels affirme laisser la mère surveiller l'enfant. Cependant la surveillance ne doit pas être laissée à la mère ou l'accompagnant comme le précise Aboudiab (62).

Un tiers des soignants déclare s'abstenir de pratiquer le peau à peau en cas de difficultés. Ceci rejoint les résultats de Radu Chisa (73) qui montraient que la technique était pratiquée malgré une activité importante. Cependant, comme nous avons pu le démontrer précédemment, cette pratique n'étant pas effectuée selon les recommandations, nous pouvons soulever de nombreuses interrogations quant à la sécurité régnant autour de cette pratique lorsque des difficultés liées à la charge de travail sont présentes.

Ces difficultés dues à une activité importante ne doivent cependant pas remettre en cause la pratique mais doivent inciter à la fois à une réflexion sur les critères de mise en peau à peau, la possibilité d'effectuer une surveillance de qualité mais aussi à une vigilance particulière.

Ces éléments rappellent que le nouveau-né et sa mère nécessitent une surveillance paramédicale ou médicale. La sage-femme a notamment une responsabilité juridique dans cette surveillance et doit donc s'en inquiéter (54, 55). La délégation peut être une solution mais les professionnels pratiquant cette technique doivent pouvoir justifier de connaissances égales pour garantir une complète sécurité de la mère et de l'enfant. La sage-femme doit s'enquérir de la connaissance des professionnels à qui elle délègue le soin et de l'application de cette pratique selon les recommandations.

Notre dernière hypothèse qui consistait à affirmer que les professionnels rencontraient des difficultés dans leur pratique quotidienne est donc affirmée. Une grande majorité des professionnels éprouvent des difficultés et plus particulièrement dans la surveillance du peau à peau. Ces difficultés doivent être mises en corrélation avec les réactions des soignants qui ne sont pas toujours adaptées. Comme le

souligne Branger (61), si les conditions de surveillance et d'organisation ne sont pas optimales, le peau à peau devrait être évité pour se tourner vers une surveillance usuelle en couveuse ou en lit.

3.5 Propositions concrètes

Comme nous avons pu le montrer dans notre étude, les progrès à faire concernant la technique du peau à peau sont importants. Le risque de malaise ne peut plus être ignoré par les professionnels même si sa survenue reste rare mais mal recensée (fréquence de 0,66 pour 1000 naissances vivantes). La création d'un centre de référence pour les malaises pourrait permettre une meilleure compréhension de la physiopathologie, une prise de responsabilité des professionnels face à cette pratique. Ce centre pourrait permettre de mettre en place des recommandations nationales pour la pratique du peau à peau prenant en compte le risque de malaise qui fait l'objet de publications depuis 2000.

Notre étude a montré qu'une majorité des professionnels étaient favorables à une mise en place de documents ou d'interventions spécifiques concernant le peau à peau (72%). Ceci montre une volonté des équipes soignantes de s'informer, de progresser dans leur pratique et de ce fait d'assurer leur formation continue.

Dans l'attente de recommandations nationales, les maternités pourraient mettre en place des protocoles internes afin de palier à ce phénomène en prenant en compte les facteurs de risques ou les causes suspectées : mère seule et dont la vigilance peut être affectée, primipare, décubitus ventral, obstruction des voies aériennes. Ce type de document était l'outil majoritairement demandé par les professionnels (59%). En nous appuyant sur les recommandations du réseau Pays de la Loire, de la région PACA, un de nos objectifs était de proposer un protocole qui nous semble compatible avec une surveillance en salle de naissance (Annexe XV). Ce protocole présenté sous forme d'organigramme décisionnel a pour but d'attirer l'attention du soignant mais aussi devrait pouvoir permettre au cadre de salle de naissance de le laisser affiché en salle de naissance pour qu'il soit observable en permanence.

Radu Chisa (73) avait mis en place un protocole pour effectuer son étude avant-après. Elle avait pu montrer que la mise en place de ce protocole avait permis à

plusieurs sages-femmes de s'interroger sur leur pratique et sur la surveillance qu'elles effectuaient auparavant. Ceci amène donc des éléments encourageants pour l'intérêt de la mise en place d'un protocole peau à peau en salle de naissance afin de faire évoluer la pratique des professionnels.

Cependant, Aurore Loreiller-Martinez dans son mémoire de fin d'étude (52) apporte une réflexion intéressante qui doit être prise en compte. Selon elle, les protocoles sont souvent lus puis rangés dans un classeur et peu souvent consultés. Ceci a été également montré dans notre étude, en effet l'absence de protocole a été énoncée par un professionnel faisant partie d'une maternité ayant mis en place cet outil. Nous rejoignons, de ce fait, le point de vue d'Aurore Loreiller-Martinez qui affirmait qu'une création d'un tel document devrait faire intervenir les acteurs de salle de naissance à travers des réunions et échanges pour adapter ce protocole à la pratique et aux difficultés internes au service. Cette réflexion interprofessionnelle devrait pouvoir impliquer tous les professionnels dans l'amélioration de cette pratique et l'application d'un protocole en salle de naissance.

Parallèlement à cela, la mise en place d'une fiche de surveillance (Annexe XVI) imposant une rigueur de surveillance et respectant la tenue des dossiers de l'ANAES pourrait être mise en place. En effet, même si seulement 30% des professionnels pensent que cet outil pourrait faciliter leur pratique, ce résultat doit être discuté. La traçabilité de la surveillance imposera de la rigueur mais également pourrait permettre de détailler le recensement des malaises survenus lors du peau à peau. La surveillance maternelle dans le post-partum immédiat doit être effectuée toutes les vingt minutes en moyenne. Dans un souci d'efficacité et de qualité des soins dans un service de salle de naissance, notre fiche de surveillance propose de remplir à la suite de l'examen clinique de la mère, les observations du nouveau-né en peau à peau. Cette fiche de surveillance devrait pouvoir permettre d'inciter les équipes à surveiller le nouveau-né en peau à peau de façon spécifique en l'intégrant dans leur pratique quotidienne en salle de naissance.

Une meilleure information semble également nécessaire aux professionnels de santé qui ont des connaissances incomplètes concernant les bénéfices, le risque de malaise et les contre-indications du peau à peau. Les cadres de service pourraient

dans cet objectif organiser des groupes de travail, des journées d'information, des journées de formation et/ou des staffs interprofessionnels

3.6 Intérêt pour le métier de sage-femme

Le peau à peau est une pratique qui s'ancre au cœur du métier de sage-femme. En favorisant l'allaitement, le contact mère-enfant et permettant un meilleur équilibre métabolique de l'enfant, cette pratique de soin ne peut être ignorée par les sages-femmes. La sage-femme est le professionnel de santé de référence s'occupant du couple mère-enfant. La création du lien au sein de ce couple doit être observée et facilitée par l'action et les informations apportées par la sage-femme. Le peau à peau est une technique qui a montré ces bénéfices dans l'installation d'un lien d'attachement, sa mise en place doit être encadrée par des professionnels ayant des compétences et des connaissances sur celui-ci. La sage-femme, responsable de la sécurité et de la vigilance, se doit d'être attentive au bon état de santé de l'enfant et de sa mère selon le code de santé publique Article L4151-1 CSP (54). Elle doit s'inquiéter de la bonne mise en place du lien en accompagnant la mère dans la découverte de son nouveau-né. Ceci peut passer par l'installation du nouveau-né agrémentée d'explications, de discussion quant au ressenti de la patiente. Cette mise en pratique doit être effectuée en toute sécurité pour le couple mère-enfant.

La sage-femme, personne référente en première ligne en salle de naissance, devrait donc effectuer elle-même cette technique et sa surveillance dans la mesure du possible. Ces compétences mises en pratique pourraient améliorer l'information, la surveillance mais aussi la création précoce du lien mère-enfant en observant les éventuelles difficultés dès leur apparition.

La délégation des actes est cependant parfois nécessaire en salle de naissance comme notre étude l'a constaté. Cette délégation doit être organisée par la sage-femme qui doit s'enquérir des informations et des connaissances concernant la pratique des professionnels auxquels elle délègue ce soin. Sans remettre en cause la qualité et les compétences de ces soignants, la sage-femme est responsable de la sécurité et de la qualité des soins, elle peut aussi jouer un rôle dans la formation continue des équipes.

Enfin, il est indispensable que la réflexion sur des recommandations nationales fassent intervenir les professionnels de santé pratiquant le peau à peau et notamment la corporation qui en est le principalement responsable c'est à dire les sages-femmes, celles-ci doivent être initiatrices de ces changements.

Conclusion

La pratique du peau à peau n'a plus besoin de faire ces preuves en tant que soin bénéfique. Cependant, le risque de malaise, présentant un risque élevé de mortalité, ne peut pas être ignoré. Les bénéfices et les risques du peau à peau devraient être connus par les professionnels afin de garantir la qualité de sa mise en place et l'information pluridisciplinaire pour assurer la sécurité de l'enfant. La physiopathologie des malaises reste floue mais de nombreuses hypothèses ont été énoncées qui peuvent permettre de mettre en place d'ores et déjà des mesures de prévention.

Ce travail nous a permis de mettre en évidence un défaut de connaissances des professionnels de santé sur les bénéfices. Une amélioration de ces connaissances pourrait être obtenue grâce à la présentation de cette pratique lors des formations initiales, et au développement de formations continues traitant de ce sujet.

De plus, notre travail montre que la connaissance des risques, notamment celui de malaise et de sa physiopathologie, n'est pas excellente. Ce défaut de connaissances pourrait sans doute être amélioré en recensant et diffusant ces incidents à une échelle nationale.

Parallèlement à ces premiers constats, notre étude a permis de montrer que les professionnels n'effectuaient pas le peau à peau en respectant les recommandations en vigueur qui ont pour objectif une prévention du malaise. Ces dernières sont également à connaître avec plus d'ampleur dans les services de soins. Dans l'attente de recommandations nationales, ceci peut passer par la création d'un protocole, d'une fiche de surveillance ou d'un groupe de travail impliquant tous les acteurs en salle de travail.

De plus, notre étude a pu mettre en lumière l'existence de difficultés quant à la pratique en salle de naissance. La mise en place d'outils pourrait permettre de palier à ces problèmes. En utilisant les recommandations et nos résultats, un protocole et une fiche de surveillance ont été proposés. Une étude complémentaire serait donc nécessaire pour tester ces outils et leur applicabilité en salle de naissance.

Bibliographie

- 1) Gold F, Blond M-H, Lionnet C, De Montgolfier I. Adaptation à la vie extra-utérine, l'épreuve de la naissance. Dans: Pédiatrie en maternité. Elsevier; 2009. p. 1-12.
- 2) Whitelaw A, Sleath K. Myth of the marsupial mother : home care of very low birth weight babies in bogota, Colombia. The Lancet. 1985 mai;325(8439):1206-8.
- 3) Ratynski N. L'observation du comportement du nouveau-né : une source pertinente d'informations médicales. Archives de Pédiatrie. 2002 déc;9:1274-9.
- 4) Gremmo-Feger G., Un autre regard sur les pleurs du nourrisson, 15^e Congrès National de Pédiatrie Ambulatoire, Saint Malo, Conférence, 24 Juin 2007
- 5) Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatr. 1992 juill;81(6-7):488-93.
- 6) Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnäs-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. Acta Paediatr. 1995 mai;84(5):468-73.
- 7) Michelsson K, Christensson K, Rothgänger H, Winberg J. Crying in separated and non-separated newborns: sound spectrographic analysis. Acta Paediatr. 1996 avr;85(4):471-5.
- 8) Winberg J. Mother and newborn baby: Mutual regulation of physiology and behavior— A selective review. Developmental Psychobiology. 2005 nov 1;47(3):217-29.
- 9) Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. Birth. 2007 juin;34(2):105-14.
- 10) Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 2004 avr;113(4):858-65.

- 11) Dalbye R, Calais E, Berg M. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns--a phenomenology study. *Sex Reprod Healthc.* 2011 août;2(3):107-11.
- 12) Zeifman DM. An ethological analysis of human infant crying : answering Tinber's four questions. *Dev Psychobiol* 2001 ; 39 :265-85
- 13) White-Traut RC, Schwertz D, McFarlin B, Kogan J. Salivary cortisol and behavioral state responses of healthy newborn infants to tactile-only and multisensory interventions. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009 févr;38(1):22-34.
- 14) Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Hum. Dev.* 2011 mars;87(3):151-7.
- 15) Magny J, Pichon C, Tasseau A, Gonzales P. Évaluation et prise en charge de la douleur chez le nouveau-né. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* 2005 juin;18(3):144-9.
- 16) Ferber SG, Makhoul IR. Neurobehavioural assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within-subject trial. *Acta Paediatr.* 2008 févr;97(2):171-6.
- 17) Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD001069.
- 18) Gray L. Skin-to-Skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics.* 2000 janv 1;105(1).
- 19) Okan F, Ozdil A, Bulbul A, Yapici Z, Nuhoglu A. Analgesic effects of skin-to-skin contact and breastfeeding in procedural pain in healthy term neonates. *Ann. Trop. Paed.* 2010 juin;30(2):119-28.
- 20) Chermont AG, Falcao LFM, de Souza Silva EHL, de Cassia Xavier Balda R, Guinsburg R. Skin-to-Skin Contact and/or Oral 25% Dextrose for Procedural Pain Relief for Term Newborn Infants. *PEDIATRICS.* 2009 nov;124(6):e1101-7.

- 21) De Sousa Freire NB, Santos Garcia JB, Carvalho Lamy Z. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain*. 2008 sept;139(1):28-33.
- 22) Beye MS. Les soins post-nataux : La pratique du bain dans les deux premières heures de vie. [Paris]: Université Paris V - René Descartes; 2009. 68 p.
- 23) OMS, La protection thermique du nouveau-né : guide pratique, 1997.
- 24) Christidis I ; Zotter H, Rosegger H, Engele H, Kurz R, Kerbl R. Infrared thermography in newborns : the first hour after birth. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2003 ;43(1) :31-5
- 25) Fransson AL, Karlsson H, Nilsson K. Temperature variation in newborn babies : importance of physical contact with the mother. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed2005 ;90(6) :500-4
- 26) Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*. 1992 6;81(6-7):488-493.
- 27) Bystrova K, Widström A, Matthiesen A, Ransjö-Arvidson A, Welles-Nyström B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica*. 2003 1;92(3):320-326.
- 28) Marín Gabriel M, Llana Martín I, López Escobar A, Fernández Villalba E, Romero Blanco I, Touza Pol P. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*. 2010 11;99(11):1630-1634.
- 29) Mori R, Khanna R, Pledge D, Nakayama T. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics International*. 2010 4;52(2):161-170.
- 30) Chiu S, Anderson GC, Burkhammer MD. Newborn Temperature During Skin-to-Skin Breastfeeding in Couples Having Breastfeeding Difficulties. *Birth*. 2005 6;32(2):115-121.

- 31) Huang Y, Huang C, Lin S, Wu S. [Effect of very early kangaroo care on extrauterine temperature adaptation in newborn infants with hypothermia problems]. *Hu Li Za Zhi*. 2006 Aoû;53(4):41-48.
- 32) Moore ER et al, Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants . *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007 ; Issue 3
- 33) Bystrova K, Matthiesen A, Vorontsov I, Widström A, Ransjö-Arvidson A, Uvnäs-Moberg K. Maternal Axillar and Breast Temperature After Giving Birth: Effects of Delivery Ward Practices and Relation to Infant Temperature. *Birth*. 2007 12;34(4):291-300.
- 34) Bergström A, Okong P, Ransjö-Arvidson A. Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. *Acta Paediatrica*. 2007 5;96(5):655-658.
- 35) Mazurek T, Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wieczorek P, Radwańska B, Pachuta-Wegier L. [Influence of immediate newborn care on infant adaptation to the environment]. *Med Wieku Rozwoj*. 1999 Juin;3(2):215-224.
- 36) Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development*. 2011 3;87(3):151-157.
- 37) Winicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Pris: Payot ; 1956. P. 168-174
- 38) Dageville C, Casagrande F, De Smet S, Boutté P. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*. 2011 9 ;18(9) :994-1000
- 39) Nissen E, Lilja G, Widström A-M, Uvnäs-Moberg K. Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995 janv;74(7):530-3.
- 40) Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A-S, Ransjö-Arvidson A-B, Mukhamedrakhimov R, et al. Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later. *Birth*. 2009 juin;36(2):97-109.

- 41) Moore E, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. 2007 avr;52(2):116–25.
- 42) Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. J Coll Physicians Surg Pak. 2011 oct;21(10):601–5
- 43) OMS | Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement [Internet]. WHO. [cité 2011 déc 11];Available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591544/fr/index.html
- 44) ANAES. Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations. mai 2002.
- 45) Campeotto F, Waligora-Dupriet A, Doucet-Populaire F, Kalach N, Dupont C, Butel M. Mise en place de la flore intestinale du nouveau-né. Gastroentérologie Clinique et Biologique. 2007 5;31(5):533-542.
- 46) Paule N. La flore intestinale du nouveau-né : le rôle de l'accouchement et du mode d'allaitement. Nutrition et pédiatrie. 2011 avr;4(11).
- 47) Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. International Journal of Epidemiology. 2010 3; 3: 44-i154.
- 48) Conde-aguedelo A, Diaz-Rosello JL, Belizan JM, Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low bithweight infants, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007 ; Issue 4
- 49) Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP, Guinsburg R, Hazinski MF, Morley C, Richmond S, Simon WM, Singhal N, Szyld E, Tamura M, Velaphi S; on behalf of the Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 11: neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010;122(suppl 2):S516 –S538.
- 50) Richmond S, Wyllie J. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 7. Resuscitation of babies at birth. Resuscitation. 2010 oct;81(10):1389–99.

- 51) Branger B., Brossier JP. SG. Soins au nouveau-né normal, de plus de 36 SA et sans pathologie, dans les deux premières heures, Réseau Sécurité Naissance – Naitre ensemble, Pays de la Loire, 2006 Sept.
- 52) Loreiller-Martinez A(1985-), Dageville C. Pratique et surveillance du peau à peau en salle de naissance chez le nouveau-né bien portant. [[S.I.]]: [s.n.]; 2009. 66 p.
- 53) Gremmo-Féger G. Les avantages et limites du « peau à peau » et autres pratiques en salle de naissance. 39^{ème} assises nationales des sages-femmes. Nantes: 2011. p. 33-41.
- 54) Code de santé publique, quatrième partie, Livre Ier, Titre V, Chapitre Ier, Article L4151-1
- 55) Code de santé publique, Chapitre VII, Section 3, sous-section 1, Article R.4127-315
- 56) Kuhn P, Laugel V, Beladdale J, Escande B, Matis J. Malaise grave précoce du nouveau-né : à propos de deux cas survenus en salle de naissance. Reims: 2000.
- 57) Gatti H, Castel C, Andrini P, Durand P, Carlus C, Chabernaud J, et al. Malaises graves et morts subites après une naissance normale à terme : à propos de six cas. Archives de Pédiatrie. 2004 mai;11(5):432-5.
- 58) Espagne S., Hamon I., Thiebaugeorges O., Hascoet JM., Mort de nouveau-nés apparemment sains en salle de naissance : un problème de surveillance ? Archives de Pédiatrie. 2004 mai;11(5):436-9.
- 59) Toker-Maimon O., Joseph LJ., Bromiker R., Schimmel MS., Neonatal Cardiopulmonary Arrest in the Delivery Room. Pediatrics. 2006;118:pp. 847-8.
- 60) Hays S, Feit P, Barre P, Cottin X, Huin N, Fichtner C, et al. Arrêt respiratoire en salle de naissance chez des nouveau-nés à terme sains placés sur le ventre maternel : 11 nouveaux cas. Archives de Pédiatrie. 2006 juill;13(7):1067-8.
- 61) Branger B, Savagner C, Roze J, Winer N. Onze cas de malaises graves de nouveau-nés à terme et présumés sains dans les premières heures de vie. La Revue Sage-Femme. 2007 déc;6(6):334-41.

- 62) Aboudiab T, Vue-Droy L, Al Hawari S, Attier S, Chouraki JP. La pratique du peau à peau à la naissance est-elle sans risque. *Archives de Pédiatrie*. 2007 nov;14(11):1368–9.
- 63) Dageville C, Pignol J, De Smet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatrica*. 2008 juill;97(7):866–9.
- 64) Gaudin M. Malaise grave du nouveau-né à terme en salle de naissance [Thèse d'exercice]. [[S.I.]]: Université Claude Bernard (Lyon); 2009. 130 p.
- 65) Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent Life-Threatening Events in Presumably Healthy Newborns During Early Skin-to-Skin Pediatrics. 2011 mars 14;127:e1073–6.
- 66) Janaud J-C. Malaises graves en salle de naissance de nouveau-nés présumés sains. *mt pédiatrie*. 2011 juill;14(4):246–51.
- 67) Yiallourou SR, Walker AM, Horne RSC. Effects of sleeping position on development of infant cardiovascular control. *Archives of Disease in Childhood*. 2008 mai 2;93(10):868–72.
- 68) Patel AL, Paluszynska D, Harris KA, Thach BT. Occurrence and Mechanisms of Sudden Oxygen Desaturation in Infants Who Sleep Face Down. *Pediatrics*. 2003 avr 1;111(4):e328–32.
- 69) Osadtchy Z. Les branches thoraciques du nerf vague droit et leur implication dans la stimulation vagale [Mémoire]. [Nantes]: Université de Nantes; 2007. 47 p.
- 70) Lucet V, De Bethmann O, Denjoy I. Paroxysmal Vagal Overactivity, Apparent Life-Threatening Event and Sudden Infant Death. *Biology of the neonate*. 2000;78(1):1–7.
- 71) Shojaei-Brosseau T, Bonaïti-Pellie C, Lyonnet S, Feingold J, Lucet V. Vagal overactivity: a risk factor of sudden infant death syndrome? *Arch Dis Child*. 2003;88(1).
- 72) Livolsi A, Niederhoffer N, Dali-Youcef N, Rambaud C, Olexa C, Mokni W, et al. Cardiac Muscarinic Receptor Overexpression in Sudden Infant Death Syndrome. *PLoS One*. 2010;5(3):e9464.

- 73) Chisa R. Peau à peau en salle de naissance dans une maternité de niveau III : pratique et sécurité : étude prospective semi-expérimentale à propos de 50 sages-femmes et 58 couples « mère - nouveau-né » à la Maternité du Centre hospitalier universitaire de Besançon. [Besançon]: Ecole de Sages-femmes de Besançon; 2008.
- 74) Brossard A, Bernard B. Peau à peau en salle de naissance: observation des pratiques et opinion des professionnels. [Nantes]: Université de Nantes, Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicale; 2008. 46 p.

Annexes

Annexe I

VARIATION DE LA GLYCEMIE NEONATALE PENDANT LES 24 PREMIERES HEURES DE VIE

Neonatal glucose concentrations decrease after birth, to as low as 30 mg/dL during the first 1 to 2 hours after birth, and then increase to higher and relatively more stable concentrations, generally above 45 mg/dL by 12 hours after birth. Data on the optimal timing and intervals for glucose screening are limited. It is controversial whether to screen the asymptomatic at risk infant for NH during this normal physiologic nadir. No studies have demonstrated harm from a few hours of asymptomatic hypoglycemia during this normal postnatal period of establishing « physiologic glucose homeostasis ».

Committee on Fetus and Newborn. Postnatal Glucose Homeostasis in Late-Preterm and Term Infants. *Pediatrics*. 2011 mars 1;127(3):575–9.

Annexe II

RECOMMANDATIONS DE L'ILCOR 2010

Approximately 10% of newborns require some assistance to begin breathing at birth, and 1% require extensive resuscitation (LOE 4,2). Although the vast majority of newborn infants do not require intervention to make the transition from intrauterine to extrauterine life, the large number of births worldwide means that many infants require some assistance to achieve cardiorespiratory stability. Newborn infants who are born at term and are breathing or crying and have good tone must be dried and kept warm. These actions can be provided with the baby lying on the mother's chest and should not require separation of mother and baby.

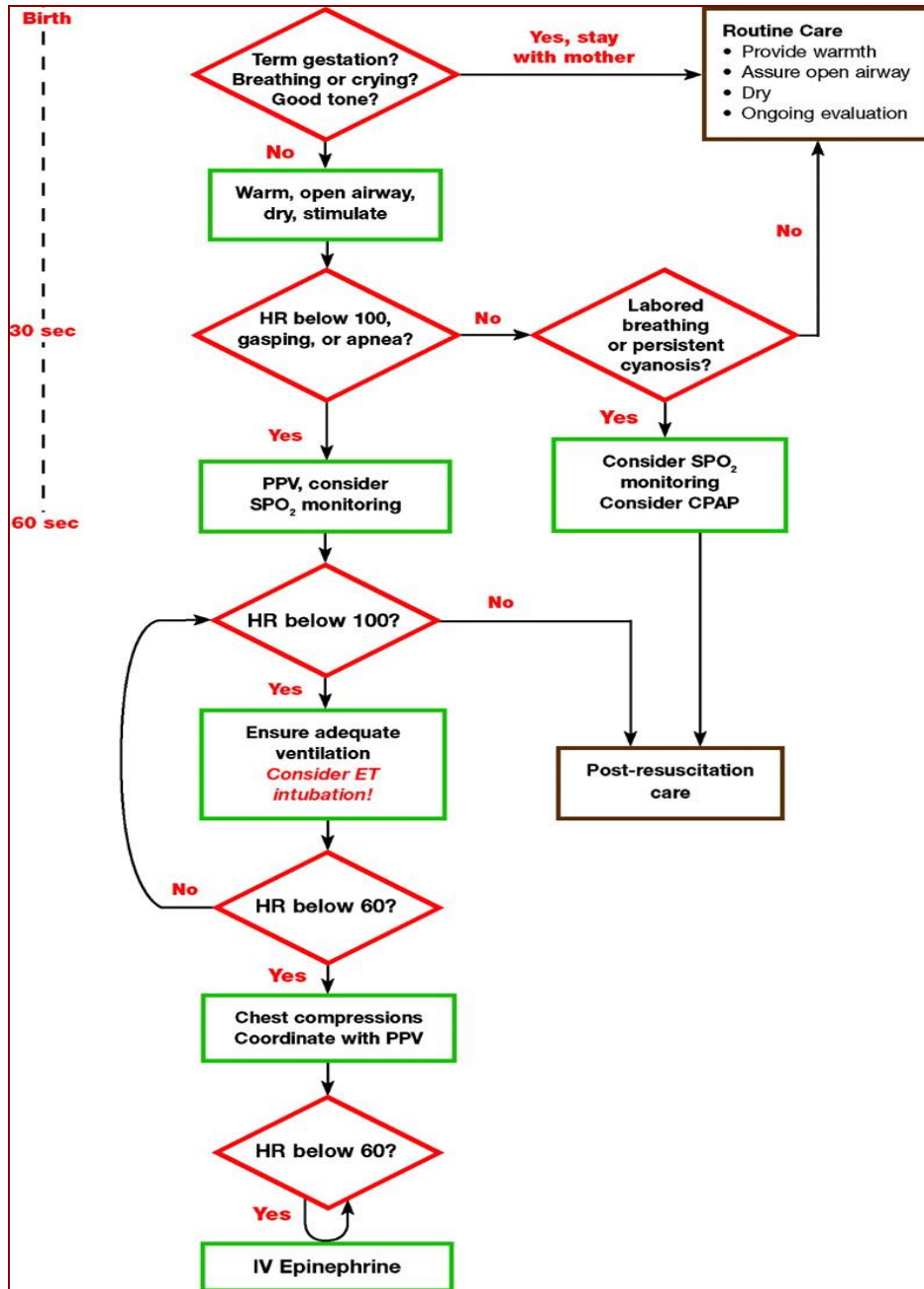
All others need to be assessed to determine their need for one or more of the following actions in sequence:

- A. Initial steps in stabilization (dry and provide warmth, position, assess the airway, stimulate to breathe)
- B. Ventilation
- C. Chest compressions
- D. Medications or volume expansion

Progression to the next step is initially based on simultaneous assessment of 2 vital characteristics: heart rate and respirations. Progression occurs only after successful completion of the preceding step. Approximately 30 seconds is allotted to complete each of the first 2 steps successfully, reevaluate, and decide whether to progress to the next

Annexe III

NEWBORN RESUSCITATION ALGORITHM



Perlman J M et al. Circulation 2010;122:S516-S538

Annexe IV

SCORE D'APGAR

	0	1	2	TOTAL
Fréquence cardiaque	Pas d'activité cardiaque	<100	>100	≥ 7 Bonne adaptation Score 6-3 Adaptation intermédiaire Score ≤ 2 Etat de mort apparente
Mouvements respiratoires	Absents	Irréguliers	Réguliers	
Tonus musculaire	Flasque	Intermédiaire	Flexion	
Réactivité	Pas de réponse	Intermédiaire	Cri vigoureux	
Coloration	Cyanose ou pâleur généralisé	Cyanose des extrémités	Rose	

Francoval C. Accueil du nouveau-né sain. Dans: Pédiatrie en maternité. Flammarion; 2008. p. 390–391.

Annexe V

RECOMMANDATION DE L'EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

(ERC) octobre 2010

Richmond S, Wyllie J. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 7. Resuscitation of babies at birth. Resuscitation. 2010 oct;81(10):1389–99.

On the basis of the initial assessment, the baby can be placed into one of three groups:

1) Vigorous breathing or crying

Good tone

Heart rate higher than 100 min^{-1}

This baby requires no intervention other than drying, wrapping in a warm towel and, where appropriate, handing to the mother. The baby will remain warm through skin-to-skin contact with mother under a cover, and may be put to the breast at this stage.

2) Breathing inadequately or apnoeic

Normal or reduced tone

Heart rate less than 100 min^{-1}

Dry and wrap. This baby may improve with mask inflation but if this does not increase the heart rate adequately, may also require chest compressions.

3) Breathing inadequately or apnoeic

Floppy

Low or undetectable heart rate

Often pale suggesting poor perfusion

Dry and wrap. This baby will then require immediate air- way control, lung inflation and ventilation. Once this has been successfully accomplished the baby may also need chest com- pressions, and perhaps drugs.

Annexe VI

RESEAU SECURITE – NAITRE ENSEMBLE PAYS DE LA LOIRE

Soins au nouveau-né normal, de plus de 36 SA et sans pathologie, dans les deux premières heures

2006

1) Prise en charge du nouveau né dès la naissance : évaluation de l'état clinique

- Palper le **cordon** (pouls >100 battements/min)
- Ou **ausculter** le nouveau-né
- Vérifier les **4 critères de l'ILCOR** (terme, LA, cri, tonus)

2) Modalités de mise en peau à peau

- Respecter **les indications** du peau à peau :
 - o Mère sans pathologie
 - o Nouveau-né normal non prématuré et sans pathologie
 - o Surveillance possible
 - o Activité obstétricale compatible avec une surveillance à ce moment-là
- Respecter **les contre-indications** à la position du nouveau-né en peau à peau :
 - o Pathologie maternelle, pouvant affecter la vigilance de la mère et l'état de santé du nouveau-né, en particulier chez la primipare
 - o Absence de surveillance possible (nombre de personnes, activité importante en bloc obstétrical à ce moment-là)
 - o Nouveau-né prématuré ou présentant des anomalies
- **Sécher l'enfant** avec un linge chaud (mise par exemple en attente sous une rampe chauffante)
- Recouvrir d'un linge en laissant le **visage dégagé** et visible (un bonnet peut être mis sur la tête)
- Mettre le nouveau-né plutôt **sur le côté** sur la poitrine de la mère et le disposer sur le ventre en cas de besoin de téter (sous contrôle d'une aide à ce moment-là)
- **Surveiller régulièrement** l'enfant en restant dans la salle de naissance et en regardant son aspect et sa face
- **Ne pas laisser seuls une mère et son nouveau-né** ; la présence du père ou d'un familial n'est pas une garantie de surveillance de qualité, une surveillance est médicale ou paramédicale.

Annexe VII

RESEAU SECURITE NAISSANCE « AUX PORTES DE LA VIE » PACA HAUTE CORSE MONACO

2007

1) Prise en charge du nouveau-né à la naissance

- Le nouveau-né présumé bien portant est indemne de toute détresse à la naissance et ne présente pas de risque prévisible de décompensation brutale.
- Gestes techniques et examen clinique différés sauf prélèvements gastriques

2) Modalités de mise en peau à peau

- Modalités abordées en anténatal avec les parents (consultations prénatales ou cours de préparation à l'accouchement)
- Température de la salle > 20°
- Lumière douce mais pas de pénombre
- Il est séché avec des linges chauds puis posé sur le ventre de la mère
- Examen clinique minimum (absence de détresse respiratoire ou de malformation évidente)
- Tête recouverte d'un bonnet
- Couverture pour le protéger du froid
- La durée de cette période de peau à peau est fonction du désir de la mère; à titre indicatif, 60 à 90 minutes sont souhaitables

3) Surveillance

- Une lumière tamisée mais suffisante est indispensable.
- Demander à la mère et à l'accompagnant de rester vigilants.
- La coloration, le tonus spontané et l'activité du nouveau-né doivent être régulièrement évalués, au minimum toutes les 15 minutes.
- Surveillance consignée sur un document écrit émargé par le soignant
- La surveillance doit être renforcée pour les mères primipares, toutes les mères non accompagnées lorsqu'elles s'assoupissent et en cas de naissance par césarienne (proposer également au père), les nouveau-nés de faible poids de naissance, les nouveau-nés avec détresse respiratoire (sans facteur de risque, si score de Silverman ≤ 2 , Si SpO₂ $\geq 85\%$ en air ambiant, et si état clinique stable)
- Sauf cas particulier, pas d'indication à utiliser un saturomètre

Annexe VIII

ROLE JURIDIQUE DE LA SAGE-FEMME DANS LA SURVEILLANCE DU PEAU A PEAU

CODE DE SANTE PUBLIQUE

Article L4151-1

Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.

Article R. 4127-315

Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés.

Annexe IX

TABLEAU RECAPITULATIF DES ETUDES DE CAS PAR CAS PORTANT SUR LE MALAISE DU NOUVEAU-NE EN SALLE DE NAISSANCE

Date	Lieu	Auteur	Nbre de cas	Parité Ip	Grossesse normale	Accouchement	Circonstance découverte	Mère seule	Personnes alertant	Mortalité	Enfants décédés	Enfants survivants Devenir	Incidence sur 1000
2000	Strasbourg	Kuhn	2	2/2	2/2	2 AVB Apgar 10/10: 2/2	Seins, DV ACR: 2/2 H1-H2: 2/2	2 sur 2	Mère: 1/2 Personnels soignants : 1/2	50%	Secondaire à Hypoxie Autopsie négative	1/2 Encéphalopathie post anoxique majeure	
2004	Clamart	Gatti	6	6/6	6/6	6 AVB Apgar 10/10: 6/6	DV : 5/6 Bras : 1/6 Sein : 1/6 ACR: 6/6 H1-H2: 3/6 M30-H1: 2/6 M0-M30 : 1/6	?	?	86%	Echec réa : 1/5 Secondaire à encéphalopathie post-anoxique : 4/5 Autopsie négative : 5/5 EEG anormal Normaux sauf lésions dues à l'hypoxie: Bactério, glycémie, Calcémie, ETF, IRM	1/6 Suivi à 4 mois NI	
2004	Nancy	Espagne	2	2/2	2/2 PV Candida albicans Cas n°2	2 AVB Apgar 9/10: 2/2	DV : 2/2 ACR : 2/2 H1: 1/2 H2: 1/2	2 sur 2 Cas n°2 : Mère somnolente SF à 2 reprises	Mère: 2/2	100%	Décès pour non acharnement thérapeutique: 2/2 Autopsie 1/2: Nég Infection : -Nég cas 1 -Hyperleucocytose cas 2		
2006	Rhône-Alpes	Hays	11	7/8 (3NC)	11/11	11 AVB Apgar ?	DV : 11/11 ACR : 5/11 5 à 120min	?	?	36%	Echec réa : 1/4 Secondaire : 3/4 Autopsie 2/4 : Nég Autres examens normaux	7/11 Hypsarythmie à l'âge de 3 mois: 1/7	
2006	USA	Toker	2	2/2	2/2	2 AVB Apgar ?	DV, Sein : 2/2 ACR : 2/2 M0-M30 : 2/2	2 sur 2	Mère : 1/2 Personnel soignant: 1/2	0%		2/2 Séquelles neurologiques sévères : 1/2	

Date	Lieu	Auteur	Nbre de cas	Parité Ip	Grossesse normale	Accouchement	Circonstance découverte	Mère seule	Personnes alertant	Mortalité	Enfants décédés	Enfants survivants Devenir	Incidence sur 1000
2007	Saint-Quentin	Aboudiab	2	?	2/2	2 AVB Apgar 10/10: 2/2	DV, Sein : 2/2 M0-M30: 1/2 M30-H1: 1/2	1 sur 2 Mère fatiguée sous O2 Activité ++	Personnel soignant : 2/2	0%		2/2 Pas de séquelles	0,66
2007	Pays de la Loire	Branger	11 dont 7 certains	3/7	7/7	7 AVB 3 NC Apgar 10 à 5min : 11/11	4/7 connus Bras : 1 Seins : 2 Salle : 1	?	?	71%	5 sur 7	2/7 Pas de séquelles	0,025
2008	PACA	Dageville	2	1/2	?	2 AVB Apgar >10/10 2/2	Peau à peau	2 sur 2	?	0%		Séquelles neurologiques : 1/2	0,032
2009	Rhône-Alpes	Gaudin	22	19/22	13/22	PC: 19/22 Siège : 1/22 Instrumentale: 2/22 Apgar : 10/10 ou 9/10 : 16/22	DV : 17/22 DL: 1/22 Sein: 14/22 Ventre : 8/22 M0-M30: 4/22 M30-H1: 8/22 H1-H2 : 10/22	?	Mère : 3/22 Père : 2/22 APDE : 2/22 SF : 14/22	36%	Echec réa : 4/8 liairement : 4/8 Autopsie : 5/6 : négative, 1/6 : TGV Bactério: 5/8: nég, 2/8 : E.coli, StreptoB EEG anormal ETF/IRM : lésions ischémiques Cardiaque : 1/8 normal, 2/8 anormal, 5/8 non faite	14/22 Pas de séquelles Bactériologie: 8/14 négative ECG: 3/14 normal EEG 5/14: 3/5 anormal IRM 3/14: nle ETF 5/14: 1 œdème cérébral	> 0,05
2011	PACA	Andres	6	4/6	4/6 GG: 1:6 DG:1/6	6 AVB 1 Spatule Apgar 10/10 = 6/6	DV M0-M30 : 2/6 H1-H2: 4/6	6 sur 6	?	50%	Encéphalopathie : 3/3 Autopsie 1/3 : nég IRM-EEG : 3/3 Hypoxie-ischémie majeure BI 3/3 : Négatif Métabo NI 3/3 ECG 2/3: Normal	3/6 BI Négatif : 3/3 ECG-IRM 1/3 : NI Pas de séquelles	0,034
2011	Créteil	Janaud	4	3/4	4/4	4 AVB	DV : 1/4 Non précisé : 3/4 H1-H2 : 3/4 H2,5 ; 1/4	3 sur 4	Mère : 1/4 Père : 1/4 SF : 2/4	50%	Hypoplasie du corps calleux + défaut de gyriation : 1/2 Lésion ischémique : 1/2	2/4 Lésion d'un AVC mais RAS: 1/2 Discrète anomalie de signal à l'IRM : 1/2	

Annexe X

QUESTIONNAIRE DESTINE AU CADRE SAGE-FEMME

DAVRIEUX Laëtitia
Etudiante Sage-femme de 2^e année de 2^e phase

Université Paris V René Descartes
Ecole de Sages-femmes de Baudelocque
Groupe hospitalier Cochin
82-86 Avenue Denfert Rochereau
75014 Paris

LA PRATIQUE DU PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE
QUESTIONNAIRE DESTINE A LA CADRE DE SANTE DE SALLE DE
NAISSANCE

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Baudelocque, mon mémoire porte sur la pratique du peau à peau en salle de naissance.

Je vous sollicite aujourd'hui pour répondre à ce questionnaire concernant l'organisation de votre service et l'existence d'une information spécifique concernant la pratique du peau à peau.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

Je reste à votre disposition pour toutes remarques concernant cette étude par mail :
l.davrieux@gmail.com

Laëtitia Davrieux

PARTIE A REMPLIR PAR LA CADRE SAGE-FEMME DE SALLE DE NAISSANCE

Nom de la maternité :

.....

Maternité de type : I IIa IIb III

Nombre d'accouchements/an :

Nombre de salles de naissance :

Concernant l'équipe de garde :

- Nombre de sages-femmes par garde :
- Nombre d'IDE par garde :
- Nombre d'AS/AP par garde :
- Pédiatre de garde : Oui Non

Votre établissement pratique-t-il la technique du peau à peau ? Oui Non

Sinon

pourquoi ?

.....

.....

.....

Votre établissement a-t-il mis en place des documents et/ou interventions spécifiques à la pratique du peau à peau en salle de naissance ?

- | | |
|-------------------------------|---|
| Aucun document | <input type="checkbox"/> |
| Protocole de service | <input type="checkbox"/> |
| Grille de surveillance | <input type="checkbox"/> |
| Réunion d'information | <input type="checkbox"/> |
| Affiche | <input type="checkbox"/> |
| Journée de formation continue | <input type="checkbox"/> |
| Autres | <input type="checkbox"/> Précisez : |

.....

.....

Ces documents et/ou interventions ont-ils été mis en place à la suite d'un incident ?

Oui Non

Combien de personnes ont pu bénéficier de cette information ?

.....

.....

.....

Annexe XI

**QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PROFESSIONNELS DE
SANTÉ DE SALLE DE NAISSANCE**

DAVRIEUX Laëtitia
Etudiante Sage-femme de 2^e année de 2^e phase

Université Paris V René Descartes
Ecole de Sages-femmes de Baudelocque
Groupe hospitalier Cochin
82-86 Avenue Denfert Rochereau
75014 Paris

LA PRATIQUE DU PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE

**QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PROFESSIONNELS
DE SANTE EN SALLE DE NAISSANCE**

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Baudelocque, mon mémoire porte sur la pratique du peau à peau en salle de naissance.

Je vous sollicite aujourd'hui pour répondre à ce questionnaire concernant votre pratique quotidienne en salle de naissance. Les données recueillies sont anonymes et me permettront de mener à bien mon étude.

Ce questionnaire comporte **4 pages** et vous prendra **maximum 15 minutes**.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

Je reste à votre disposition pour toutes remarques concernant cette étude par mail :
l.davrieux@gmail.com

Laëtitia Davrieux

QUESTIONNAIRE SUR VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Poste : Aide-soignante Infirmière
Auxiliaire de puériculture Sage-femme

Nombre d'années de pratique :

Pratiguez-vous la technique du peau à peau ?
Oui Non

Sinon, pourquoi ?

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

Citez les bénéfices qui peuvent, selon vous, être associés à cette pratique :

- -
- -
- -
- -

Avez-vous déjà eu connaissance de recommandations quant à la pratique du peau à peau en salle de naissance ?

Oui Non

Si oui de quelles recommandations s'agissait-il ? (Plusieurs réponses possibles)

ANAES Réseau « Sécurité Naissance-Naitre ensemble »
OMS Autres

Précisez :

Pensez vous que cette pratique comporte des risques pour l'enfant ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

Si vous n'avez jamais pratiqué la technique du peau à peau, répondez directement aux trois dernières questions à la page 4.

Concernant votre pratique du peau à peau, cochez les cases correspondant à votre pratique habituelle.

INSTALLATION DU NOUVEAU-NE

Vous proposez la mise en place de l'enfant en peau à peau après la naissance : (Une réponse possible)

Systématiquement Au cas par cas

Si vous ne la proposez pas systématiquement, vous installez l'enfant en peau à peau lorsqu'il y a :

(Plusieurs réponses possibles)

- Un désir de la patiente ou des parents
- Une hypothermie néonatale
- Une absence de place en incubateur
- Une surcharge de travail en salle de naissance
- Une suture de périnée
- Autres

Précisez :

.....

Quelles seraient, selon vous, les contre-indications à la mise en peau à peau ?

.....
.....

Pourquoi ?

.....

Quels sont les gestes que vous effectuez avant la mise en peau à peau ?

(Plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Aucun geste | <input type="checkbox"/> | | |
| Séchage de l'enfant | <input type="checkbox"/> | Soins de cordon | <input type="checkbox"/> |
| Aspirations nasales | <input type="checkbox"/> | Désinfection oculaire | <input type="checkbox"/> |
| Aspiration gastrique | <input type="checkbox"/> | Supplémentation en vitamine K | <input type="checkbox"/> |
| Perméabilité des choanes | <input type="checkbox"/> | Dosage de la glycémie | <input type="checkbox"/> |
| Perméabilité de l'anus | <input type="checkbox"/> | Pesée | <input type="checkbox"/> |
| Dépistage de l'atrésie de l'œsophage | <input type="checkbox"/> | | |
| Auscultation cardiaque | <input type="checkbox"/> | Prise de température | <input type="checkbox"/> |
| Auscultation pulmonaire | <input type="checkbox"/> | Bain | <input type="checkbox"/> |
| Examen morphologique | <input type="checkbox"/> | Autres | <input type="checkbox"/> |
| Examen neurologique | <input type="checkbox"/> | | |
- Précisez :

Avant de placer l'enfant en peau à peau, vous installez la mère : *(Une réponse possible)*

- En position assise
 - Couchée sur le côté
 - En décubitus dorsal
 - Position indifférente
 - Autres
- Précisez :

.....
.....

Concernant l'installation, vous placez l'enfant :

(Plusieurs réponses possibles)

- Totalement nu sur le ventre de la mère
 - Nu avec un bonnet sur la tête
 - Totalement habillé
 - Recouvert d'un drap
 - Autres
- Précisez :

.....
.....

Comment positionnez vous le corps de l'enfant lors de la mise en peau à peau ? *(Une réponse possible)*

- Couché ventre contre ventre
 - Couché sur le côté
 - Couché sur le dos
 - Demi-assis dans les bras de la mère ou du père
 - Autres
- Précisez :

.....
.....

Comment positionnez vous la tête de l'enfant ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Visage dégagé
 - Visage face au sein
 - Position indifférente
 - Autres
- Précisez :

.....
.....

Lorsque vous avez fini de positionner l'enfant, vous : (*Plusieurs réponses possibles*)

- Vérifiez l'installation de l'enfant et vous quittez immédiatement la pièce
- Restez dans la pièce quelques minutes puis vous quittez la pièce
- Restez dans la pièce pendant toute la durée du peau à peau
- Restez dans la pièce uniquement si la mère est seule
- Installez une lumière tamisée
- Maintenez la lumière allumée
- Autres

Précisez :

Laissez vous l'enfant en peau à peau aussi longtemps que les parents le souhaitent ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

LA SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE

Concernant la surveillance de l'enfant en peau à peau :

L'enfant reste visible :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Depuis le poste de soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la porte de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En s'approchant de la patiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque vous soulevez le drap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous surveillez l'enfant toutes les : (*Une réponse possible*)

5min

10min

20min

30min

60min

Vous pratiquez une surveillance spécifique :

Oui

Non

→ **Si oui :**

Répondez selon vos habitudes :

Plusieurs réponses possibles :

- Vous installez une surveillance par saturomètre
- Vous surveillez la température de l'enfant
- Vous veillez à la bonne réactivité de l'enfant
- Vous évaluez le tonus en découvrant systématiquement l'enfant
- Vous adaptez votre surveillance en fonction de l'état clinique des patientes
- Autres

Précisez :

→ **Si non :**

Répondez selon vos habitudes :

Plusieurs réponses possibles :

- Vous surveillez tous les nouveaux nés de façon identique
- Vous effectuez la même surveillance quelque soit la parité de la patiente
- Vous profitez des soins à la mère pour évaluer l'état clinique du nouveau-né
- Le protocole de service impose une surveillance particulière
- Autres

Précisez :

PRATIQUE DANS LE SERVICE

Concernant la mise en place de cette pratique en salle de naissance :

Eprouvez-vous des difficultés dans la mise en place du peau à peau ? *(Une réponse possible)*

- Jamais Parfois Souvent Toujours

S'il existe des difficultés, celles-ci sont liées à/au : *(Plusieurs réponses possibles)*

- Nouveau né Précisez :
- La patiente Précisez :
- L'organisation du service (manque de personnel, locaux...) Précisez :
- La charge de travail Précisez :
- Autres Précisez :

Eprouvez-vous des difficultés dans la surveillance du nouveau-né en peau à peau ?

(Une réponse possible)

- Jamais Parfois Souvent Toujours

S'il existe des difficultés, celles-ci sont liées à : *(Plusieurs réponses possibles)*

- La difficulté d'évaluer l'état du nouveau né Précisez :
- La patiente Précisez :
- L'organisation du service (manque de personnel, locaux...) Précisez :
- La charge de travail Précisez :
- Autres Précisez :

Selon votre propre expérience, ces difficultés sont plus marquées lorsque vous travaillez :

- De nuit De jour Aucune différence

Comment réagissez-vous face à ces difficultés ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Vous vous abstenez de pratiquer le peau à peau
- Vous laissez à la mère le soin de surveiller son enfant
- Vous laissez à l'accompagnant le soin de surveiller la mère et l'enfant
- Vous déléguez la mise en place et/ou la surveillance du nouveau-né à un autre membre de l'équipe si cela est possible
- Autres

Précisez :

Selon vous, la mise en place de documents, interventions ou informations spécifiques à la pratique du peau à peau pourrait-elle faciliter sa pratique ?

- Oui Non

Si oui, quels types de documents vous sembleraient le plus adaptés ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Protocole de service
- Grille de surveillance
- Réunion d'information
- Affiche
- Journée de formation continue
- Autres Précisez :

Avez-vous des remarques concernant la pratique du peau à peau et/ou ce questionnaire ?

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

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Je reste à votre entière disposition pour toutes informations et remarques sur mon étude ou ce questionnaire.

Laëtitia Davrieux (l.davrieux@gmail.com)

ANNEXE XII

FICHE DE RECENSEMENT PROPOSE PAR LE RSNN

Réseau « Sécurité Naissance - Naitre ensemble » des Pays de la Loire
Fiche d'enquête

**Malaises graves et décès du nouveau-né à terme et présumé normal en salle de naissance
(dans les 6 premières heures)**

Version Janvier 2007

Antécédents familiaux

Noter si des antécédents malformatifs notables ou des maladies métaboliques ou des antécédents de mort-nés

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

Antécédents obstétricaux

Noter si des antécédents malformatifs notables ou des maladies métaboliques ou des antécédents de mort-nés

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

Déroulement de la grossesse

- Age de la mère :
- Parité : (1= Primipare= Premier enfant né de cette femme)

Noter événements notables

.....
.....

Déroulement de l'accouchement

- Présentation : 1 : Céphalique 2. Autres
- Anesthésie mère : 0. Aucune 1. Péridurale 2. Rachi 3. Les deux 4. Générale

Durée de l'anesthésie si connue

Nombre et doses de réinjections si connues

- Autres substances à la mère (en particulier hypnotiques, anxiolytiques, morphiniques, drogues...)

.....
- Remarques sur la fatigue ou les risques de fatigue de la mère

- Mode de début : 1. Spontané 2. Déclenché-maturé 3. Césarienne avant W
- Fin : 1. VB 2. Forceps/Ventouse 3. Césarienne après W

- Durée du travail si connu en heures (à partir de 4 cm de dilatation) :
- Périnée en cas de VB : 1. RAS 2. Déchirure 3. Episiotomie
- pH au cordon si fait
- Autres faits à noter pendant l'accouchement

.....

Gestes à la naissance → Date et heure de naissance

- Apgar à 1 min - Apgar à 5 min

Dans les 15 minutes

- Bébé mis immédiatement sur le ventre-poitaine de sa mère et maintenu pendant plusieurs minutes :
 - 1. Oui 2. Non
 - Position du bébé : 1. Ventre 2. Côté 3. Dos 4. Non notée
- Prise en charge immédiate sur une table de réanimation ou équivalent : 1. Oui 2.. Non
- Gestes pratiqués (si trace) :
 - Aspiration pharyngée Aspiration nasale
 - Aspiration gastrique Oxygène nasal

Ultérieurement

- Bébé sur le ventre ou la poitrine de sa mère :
 - 1. Oui sans interruption depuis la naissance
 - 2. Oui après un passage sur une table de réanimation ou équivalent
 - 3. Non → Le bébé est alors mis (lit, couveuse)
 - Position du bébé : 1. Ventre 2. Côté 3. Dos 4. ?
 - Dispositif de couverture
 - Surveillance tracée ?
 - Première tétée : 1. Sein 2. Biberon - Moment/accouchement (heure)
 - Combien de sages-femmes présentes dans la période de travail au bloc obstétrical
 - Combien d'autres personnels dans la période de travail au bloc obstétrical
 - Remarques éventuelles sur la charge de travail dans la période de travail
-

Le malaise ou le décès → Date et heure

- Etat constaté du bébé
- Endroit où le bébé a été trouvé (sur la poitrine de la mère, dans ses bras....).....
- Mère endormie : 1. Oui 2. Non
- Position dans laquelle le bébé est trouvé (ventre, côté....).....
- Autres constatations (nez obturé....).....

Branger B, Savagner C, Roze J, Winer N. Onze cas de malaises graves de nouveau-nés à terme et présumés sains dans les premières heures de vie. La Revue Sage-Femme. 2007 déc;6(6):334-41

Annexe XIII

PROTOCOLE DE SERVICE DE LA MATERNITE G

« Prévention des malaises graves du nouveau-né entre H0 et H24 »

Définition

Les malaises du nouveau-né se caractérisent par la survenue inopinée et brutale de symptômes préoccupants à type d'accès de pâleur, de cyanose, d'apnée, d'hypotonie ou autres. La symptomatologie peut être variée et passer inaperçue. Certains malaises sont graves et prolongés pouvant mettre en jeu le pronostic vital du nouveau-né.

Conditions à respecter pour un peau à peau mère-enfant entre H0 et H24

- Nouveau-né à terme eutrophe, ayant eu une bonne adaptation à la vie extra-utérine (Apgar > 7 à M5 et > 10 M10) et après le 1^{er} examen clinique
- Présence d'un soignant pour les nouveau-nés hypotrophes et proches du terme (né entre 35 et 38 SA). Temps limité à 15 minutes
- Nouveau-né positionné en décubitus latéral (ou dorsal) avec les voies aériennes supérieures dégagées, permettant un contact visuel mère-enfant
- Présence d'un soignant pendant les premières minutes de la mise au sein ou du peau à peau, puis passage dans la pièce au minimum toutes les 20 minutes
- Dans une pièce éclairée (permettant de surveiller la couleur du Nné)
- Bon état de santé et de vigilance de la mère : pas de traitement psychotrope prolongé
- Information donnée à la mère : nécessité de dégager le nez, appeler quelqu'un si changement de coloration ou modification du tonus, ne pas s'endormir
- « Cosleeping » interdit en suites de couches (tout particulièrement la nuit)

Signes d'alarmes chez le nouveau-né : nécessité d'intervention pédiatre et/ou SF

- Hypotonie, succion insuffisante
- Anomalie de la température corporelle : hyperthermie ou hypothermie persistante
- Coloration anormale : cyanose, pâleur
- Geignement : douleur, détresse respiratoire
- Difficultés respiratoires : dyspnées obstructive, polypnée, tirage, sueurs...
- Mouvements anormaux

CAT devant un Nné « préoccupant » en suites de couches

- Réalisation des premiers gestes : aspiration, stimulation
- Appel du pédiatre et/ou d'une sage-femme en salle de naissance
- Descente du nouveau-né en salle de naissance pour évaluation et prise en charge

Annexe XIV

EFFECTIF REGLEMENTAIRE EN SALLE DE NAISSANCE

CODE DE SANTE PUBLIQUE

Version en vigueur au 24 février 2012

Article D6124-44

Le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants :

1° En ce qui concerne les sages-femmes :

Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme est présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance

Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires.

Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement ;

Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour

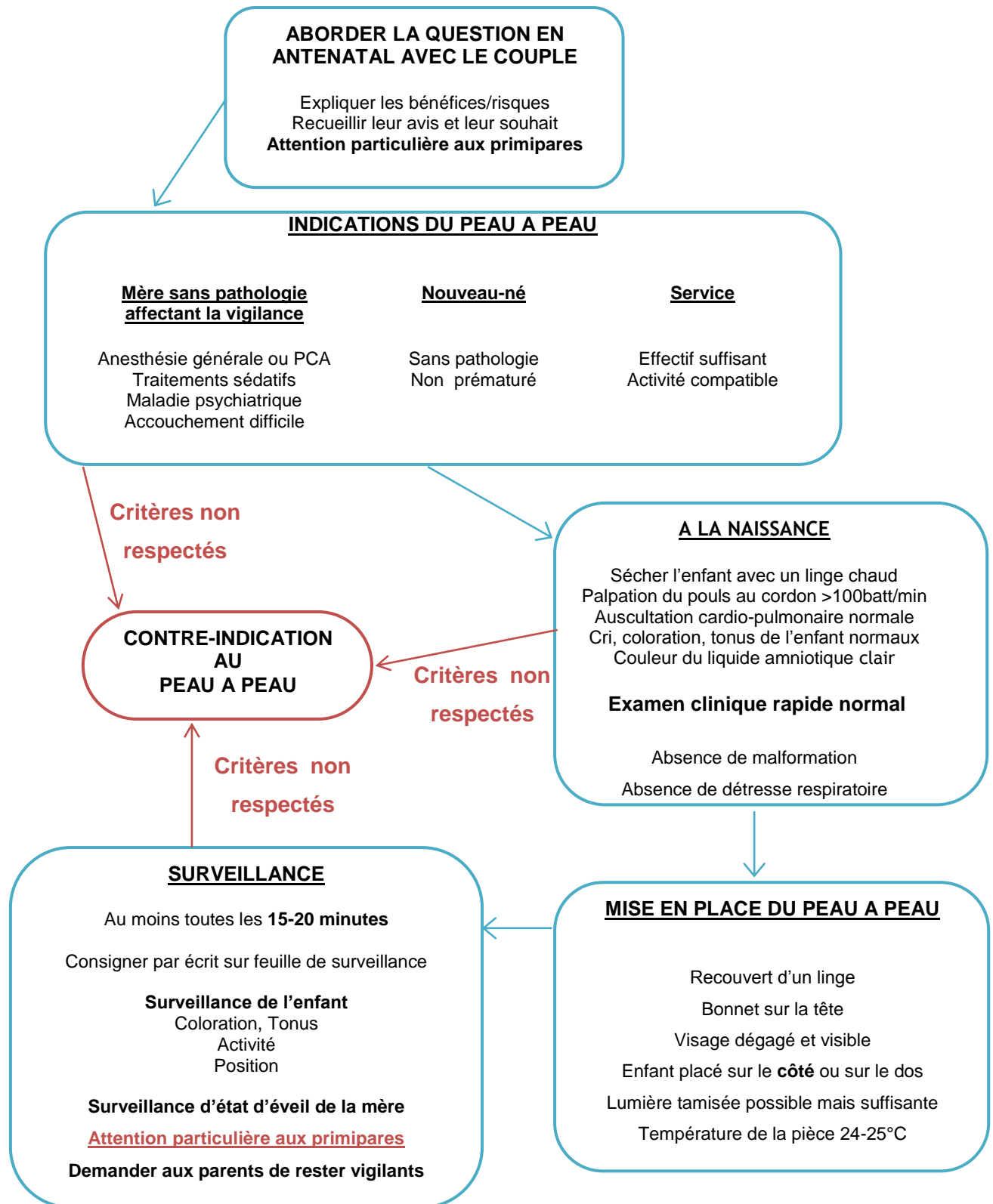
[...]

3° En ce qui concerne les autres catégories de personnel, dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme.

Annexe XV

**PROPOSITION DE PROTOCOLE POUR LA PRATIQUE DU PEAU
A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE**

PROTOCOLE POUR LA PRATIQUE DU PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE



DANS TOUS LES CAS
Ne jamais laisser la mère et l'enfant seuls
Surveillance médicale ou paramédicale sous la responsabilité de la sage-femme/médecin

Annexe XVI

PROPOSITION D'UNE FICHE DE SURVEILLANCE

POST-NATALE EN CAS DE PEAU A PEAU

FICHE DE SURVEILLANCE DU POST-PARTUM IMMEDIAT

Date:	Heure :	Mode :	N°acc:
Parité:	Grpe Rh:	Etat d'éveil maternel:	Autres remarques :
Terme:	Apgar :	Poids :	
Pathologies notables maternelles			Pathologies notables nouveau-né

	Heure de la journée						
	Heure post-natale	00h20	00h40	1h00	1h20	1h40	2h00
Surveillance maternelle	Etat d'éveil						
	EVA						
	T°						
	TA/Pouls						
	Tonicité utérine						
	Saignements						
	Miction						
	Thérapeutiques						
Surveillance Néonatale	Position si peau à peau						
	Coloration						
	Tonus						
	Activité						
	Respiration						
	T°/h						
NOM EXAMINATEUR							

Titre et Résumé

Le peau à peau est une technique bénéfique qui s'est fortement développée en salle de naissance. Son utilisation n'est plus à contester. Pourtant des malaises néonataux en peau à peau, pouvant mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant, ont été décrits. Partant de ce constat, quelles sont les connaissances des professionnels de santé de salle de naissance sur la technique du peau à peau et comment organisent-ils leur pratique, notamment dans un objectif de prévention de ces malaises ? De Septembre à Décembre 2011, des questionnaires ont été distribués en salle de naissance dans neuf maternités d'Ile-de-France à tous les professionnels pratiquant le peau à peau. Les résultats montrent que les professionnels ont une mauvaise connaissance des bénéfices du peau à peau et seulement 37% connaissent le risque de malaise dont 3% le citant spécifiquement. La physiopathologie est mal connue puisque 70% des professionnels exposent l'enfant à des risques suspectés. Seulement 37% des professionnels connaissent des recommandations. Une formation et une aide à la pratique semblent donc indispensables pour améliorer cette technique et garantir la sécurité de l'enfant.

Mots-clés : Méthode mère kangourou, Malaise grave du nourrisson, Nouveau-né, Salles d'accouchement

Title and Abstract

Skin-to-skin contact is a technique that has greatly developed itself in the delivery rooms, It's widespread use is uncontested. Unfortunately life-threatening neonatal events with skin-to-skin have been noted. What is the level of knowledge of the health personnel in the delivery rooms about the skin-to-skin technique and how do they implement it on a daily basis with the objective of preventing the occurrence of these life-threatening events? From September to December 2011, a survey was done in nine different maternities in the Ile-de-France region. The results show that healthcare professionals have a poor knowledge of benefits of skin-to-skin and that only 37% of them recognise the risk of neonatal life-threatening events related to that technique, whilst only 3% explicitly mention it. Physiopathology is not widespread since 70% of maternity professionals expose the child to theses suspected risks and only 37% of them actually know the proper recommendations for the implementation of skin-to-skin. Dedicated training and practical help seem to be compulsory for the

improvement of skin-to-skin and the security of the newborn.

Keywords : Kangaroo-Mother care method, Infantile apparent Life-Threatening event, Infant, newborn, delivery rooms.