



HAL
open science

Respect des conditions de mise en place et des critères de surveillance du peau-à-peau en salle de naissance : audit observationnel des pratiques sur 42 observations à l'hôpital couple-enfant de Grenoble (type 3)

Laure Chalvin

► To cite this version:

Laure Chalvin. Respect des conditions de mise en place et des critères de surveillance du peau-à-peau en salle de naissance : audit observationnel des pratiques sur 42 observations à l'hôpital couple-enfant de Grenoble (type 3). Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01878880

HAL Id: dumas-01878880

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878880v1>

Submitted on 21 Sep 2018

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**RESPECT DES CONDITIONS DE MISE
EN PLACE ET DES CRITERES DE
SURVEILLANCE DU PEAU-A-PEAU EN
SALLE DE NAISSANCE :
AUDIT OBSERVATIONNEL DES
PRATIQUES SUR 42 OBSERVATIONS A
L'HOPITAL COUPLE-ENFANT DE
GRENOBLE (TYPE 3)**

Par CHALVIN Laure

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 21 juin 2018

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2017 – 2018

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**RESPECT DES CONDITIONS DE MISE
EN PLACE ET DES CRITERES DE
SURVEILLANCE DU PEAU-A-PEAU EN
SALLE DE NAISSANCE :
AUDIT OBSERVATIONNEL DES
PRATIQUES SUR 42 OBSERVATIONS A
L'HOPITAL COUPLE-ENFANT DE
GRENOBLE (TYPE 3)**

Par CHALVIN Laure

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 21 juin 2018

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2017 – 2018

Directeur de mémoire : **Docteur Valérie BELIN**, pédiatre au CHU Grenoble – Alpes

Guidant de mémoire : **Claudine MARTIN**, sage-femme enseignante à l'école de
Grenoble

~ | ~

Résumé et mots clés

Objectifs : D'abord, évaluer le respect des bonnes pratiques en matière de mise en place et de surveillance de l'ensemble des nouveau-nés mis en peau-à-peau en salle de naissance après un accouchement voie basse. Puis déterminer quels étaient les nouveau-nés mis en peau-à-peau malgré les critères d'exclusion, si le consentement des parents à la mise en peau-à-peau était recherché et dans quelles mesures l'activité en salle de naissance a un impact sur l'installation et la surveillance du peau-à-peau.

Population et méthode : Audit clinique des pratiques professionnelles, monocentrique, à l'HCE de Grenoble, par observation directe des sages-femmes, étudiantes sages-femmes et auxiliaires de puériculture. Le personnel et les couples ne connaissaient pas le sujet de l'étude.

Résultats : Les critères d'éligibilité ont été respectés dans 95% des cas. Les conditions de mise en place du peau-à-peau sont maîtrisées par les soignants à l'exception du séchage conforme dans 2%. La délivrance de conseils est inconforme dans 48% des cas. La surveillance du nourrisson est réalisée dans 100% des cas, mais l'intervalle de temps entre les surveillances a été évalué comme conforme dans 33,3 %. L'activité semble avoir un impact négatif dans 60,7% des cas.

Conclusion : Les résultats obtenus sont plutôt satisfaisants et montrent l'intérêt de l'équipe médicale au développement du soin peau-à-peau. Les axes d'amélioration retrouvés dans cette étude concernent principalement le séchage de l'enfant et la délivrance de conseils.

Mots clés : évaluation des pratiques professionnelles, peau-à-peau, malaise inopiné, nouveau-nés à terme et sains, salle de naissance

Abstract and keywords

Objectives : The first aim was to assess the respect of good practises concerning the setting up and the monitoring of all the newborns who benefited from skin-to-skin contact in the delivery room after a vaginal birth. The second aim was to determine who the newborns who benefited from skin-to-skin contact were despite the exclusion criteria, if the consent of parents to skin-to-skin contact was sought for and to what extent the activity in the delivery room had an impact on the setting up and monitoring of skin-to-skin contact.

Population and method : clinical audit of monocentric professional practices in Grenoble hospital for parents and children (HCE de Grenoble) by direct observation of midwives, student midwives and childcare assistants. The staff and the parents were not aware of the topic of the research.

Results: The eligibility criteria were respected in 95 % of cases. The conditions of the setting up of skin-to-skin contact were mastered by the caregivers except for drying which was compliant in only 2% of cases. Advice giving was improper in 48% of cases. The monitoring of the infant was achieved in a 100% of cases, however the period of time between the monitorings was assessed as adequate in only 33,3 % of cases. The activity in the delivery room seemed to have a negative impact in 60,7% of cases.

Conclusion: The results obtained are rather satisfying and show the interest of the medical team for the development of skin-to-skin care. The areas for improvement found during this research concern mainly the drying of the baby and advice giving.

Keywords : clinical audit, skin-to-skin contact, sudden unexpected collapse, healthy and full- term newborn infants, delivery room

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

- ✘ **Mme Chantal SEGUIN**, directrice du département Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble – UGA, présidente du Jury.

- ✘ **Mr le Pr Thierry DEBILLON**, PU PH en réanimation néonatale et néonatalogie, HCE / CHU de Grenoble, co-président du Jury.

- ✘ **Mr Pierre CARQUILLAT**, sage-femme enseignant à la Haute école de santé de Genève, membre invité du Jury.

- ✘ **Mme le Dr Valérie Belin**, pédiatre à l'Hôpital Couple-Enfant au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, directrice de ce mémoire.

- ✘ **Mme Claudine MARTIN**, sage-femme enseignante au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble – UGA, co-directrice de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

- ✗ **Mme le Dr Valérie BELIN**, pédiatre à l'Hôpital Couple-Enfant au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire.

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour son aide tout au long de ce travail.

- ✗ **Mme Claudine MARTIN**, sage-femme, co-directrice de ce mémoire.

Pour sa disponibilité, ses conseils et ses corrections.

- ✗ **Les sages-femmes et les auxiliaires puéricultrices de l'HCE.**

Pour leur accueil, leur disponibilité et leur gentillesse lors de mes observations.

- ✗ **Mlle Camille LUSSON**, étudiante sage-femme (promotion 2013-2018).

Pour son aide précieuse sans laquelle je n'aurais pas pu réaliser ce mémoire.

- ✗ **Les couples observés** qui m'ont permis de réaliser cette étude.

Je remercie personnellement :

✘ **Ma famille et mes proches,**

Pour leur amour, leur aide pour ce mémoire et leur soutien sans failles durant mes études.

✘ **Cécile, Lucie et Fanny,**

Pour leurs relectures, leur anglais, leurs encouragements, leur folie, leur sourire et leur présence face à toutes épreuves.

✘ **Mes amies de promotion,**

Pour ces années passées à leurs côtés, leur coup de cœur, leur coup de gueule, leur joie de vivre et leurs éclats de rire.

Table des matières

Résumé et mots clés	2
Abstract and keywords	2
Remerciements	3
Abréviations	9
Introduction	10
Population et méthode	13
1. Contexte de l'étude.....	13
2. Type et période d'étude	13
3. Population, critères d'inclusion et d'exclusion.....	14
4. Les référentiels	14
5. Méthode de recueil	17
6. Echantillon.....	18
7. Analyses statistiques.....	18
Résultats	20
1. Représentativité de l'étude	20
2. Caractéristiques des différentes populations	21
3. Critères d'éligibilité au PAP.....	21
4. Conditions de mise en place du PAP	21
a. Critères généraux de mise en place du PAP en SDN.....	21
b. Le délai d'installation	22
5. Recueil du consentement à la mise en PAP et délivrance des conseils.....	24

6.	Surveillance du PAP	25
a.	Durée du PAP	25
b.	Interruption pour les soins du NN et reprise du PAP.....	27
c.	Critères de surveillance du PAP	28
d.	Conformité de la surveillance du PAP en lien avec la présence de facteurs de risque	29
e.	Conformité de la surveillance du PAP en lien avec l'activité en salle de naissance	30
	Discussion.....	31
1.	Les limites de l'étude.....	31
a.	Validité interne de l'étude.....	31
b.	Population étudiée.....	31
c.	Validité externe de l'étude.....	32
2.	Analyse des résultats et comparaisons avec la littérature.....	32
a.	Critères d'éligibilité au PAP	32
b.	Conditions de mise en place du PAP	33
c.	Recueil du consentement et délivrance des conseils.....	37
d.	Surveillance du PAP	38
3.	Axes d'amélioration et perspectives.....	42
	Conclusion.....	45
	Bibliographie	46
	Annexes	52

Annexe 1 : Formulaire de consentement libre et éclairé	52
Annexe 2 : Tableau de recueil de données	53
Annexe 3 : Protocole de l'accueil du nouveau-né en SDN du CHUGA	60
Annexe 4 : tableau de conformité de la surveillance du PAP en lien avec l'activité en salle de naissance	62
Annexe 5 : schéma de l'échelle R.A.P.P (40)	63
Annexe 6 : exemple d'affiche concernant les bénéfices, les risques et les conseils de sécurités du peau-à-peau pouvant être exposée en salle de naissance réalisée par l'IHAB en partenariat avec l'AFPA (41)	64
Résumé et mots clés	65
Abstract and keywords	65

Abréviations

NN : nouveau-né(s)

PAP : peau-à-peau

SDN : salle de naissance

HAS : Haute Autorité de Santé

IHAB : Initiative hôpital Ami des Bébés

OMS : Organisation mondiale de la santé

AM : allaitement maternel

IMC : indice de masse corporelle

HCE : hôpital Couple-Enfant

CHUGA : Centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes

RPAI : Réseau Périnatal Alpes Isère

SF : sage-femme

ESF : étudiant sage-femme

AP : auxiliaire de puériculture

SA : semaine d'aménorrhée

VAS : Voies aériennes supérieures

UME : Unité Mère-Enfant

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

Introduction

Au-delà de l'abord médical de la procréation, la naissance est entourée de rites, de croyances et met en jeu des questions liées à l'humain. Les pratiques d'aujourd'hui offrent donc un ensemble de réflexions sur la manière dont nous accueillons symboliquement et techniquement les nouveau-nés (NN). Dans une approche des soins plus physiologique, plus sensible et centrée sur l'enfant et sa famille le contact peau-à-peau (PAP) semble donc prendre une place prépondérante.

Le contact peau-à-peau dérive de la « méthode Kangourou » initiée par une équipe médicale colombienne à la fin des années 1970. Les couveuses dans le service de néonatalogie de la maternité de Bogota étaient alors en quantité insuffisante et le risque infectieux étant trop élevé pour regrouper les enfants, les soignants auraient proposé aux parents d'installer leur NN contre eux afin de les réchauffer. C'est ainsi que le bénéfice du PAP concernant la régulation thermique fut découvert. (1)

Le PAP consiste à positionner le nourrisson avec un bonnet, nu ou vêtu uniquement d'une couche en contact direct avec la poitrine nue de sa mère ou de l'accompagnant dès la naissance, favorisant ainsi la transition entre la vie intra et extra-utérine tout en respectant les besoins physiologiques et émotionnels du couple et de l'enfant.

A l'heure actuelle, au sein des maternités et notamment en salle de naissance (SDN), cette pratique est très répandue. Elle est recommandée de façon précoce et prolongée par l'ensemble des sociétés savantes nationales (Haute Autorité de Santé (HAS) (2), la Société française de pédiatrie, l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) (3), ...) et internationales (Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (4), American Academy of Pediatrics, Société Canadienne de pédiatrie (5), ...)

Ces recommandations reposent sur de nombreuses études ayant démontré les bénéfices (6) du PAP pour l'enfant et les parents. En effet, cette pratique permet de lutter contre l'hypothermie du NN (7), de promouvoir l'allaitement maternel (AM) à court et long terme (6) (8) (9), mais aussi les échanges sensoriels tout en favorisant les interactions précoces entre la mère et son enfant. Certaines études ont montré qu'elle pouvait également prévenir la douleur et réduire les manifestations douloureuses (6) (10), diminuer les pleurs, l'agitation de l'enfant (6) et avoir des effets positifs sur le développement de l'enfant à long terme (11).

Lorsqu'elle est réalisée de manière précoce et prolongée, elle permet également de faciliter l'accommodation du NN à un nouvel environnement de manière moins coûteuse sur les plans énergétique et métabolique (maintien de la glycémie notamment) (12), d'augmenter la stabilité cardiaque et respiratoire des nourrissons (12), et une meilleure organisation du sommeil (11).

Le PAP présente également des bénéfices pour la mère en développant un sentiment d'attachement et de confiance en elle, tout comme pour le père lorsque ce soin est réalisé avec lui. Il existerait également un lien entre le PAP, l'AM et la prévention du risque d'hémorragies du post-partum immédiat (13), mais aussi entre le PAP et la diminution des scores de dépression et de stress chez les mères (11) (14).

Cependant, il existe un risque de malaise grave inopiné en période postnatale précoce, chez des NN en apparence bonne santé et installés en PAP. La fréquence de ces malaises est faible de l'ordre de 3,2 – 3,8 pour 100 000 naissances vivantes (15) (16). Même s'il s'agit d'événements rares, les conséquences peuvent être dramatiques occasionnant des encéphalopathies post-anoxiques avec des risques de séquelles motrices, cognitives, sensorielles et d'épilepsie. Ces malaises peuvent parfois aboutir au décès du NN (1,8 à 2,5 pour 100 000 naissances (15) (16)). Les facteurs de risques retrouvés dans la majorité des études (17)

(18) (19) (20) sont la primiparité, la première tentative d'AM sans surveillance, un mauvais positionnement de l'enfant, la position maternelle et notamment la position gynécologique, un indice de masse corporelle (IMC) maternel strictement supérieur à 25 kg/m², l'administration de sulfate de magnésium à la mère durant le travail, l'utilisation d'opioïdes dans les 8 heures précédant la naissance, la fatigue maternelle, la distraction des parents avec l'usage du téléphone par exemple et le manque de surveillance par les professionnels de santé.

Il est donc nécessaire que la mise en place et la surveillance du PAP répondent à des impératifs de sécurité (21) (22) et ceci doit nous conduire à revoir certaines de nos pratiques. Il semble alors intéressant de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles sur le respect des conditions de mise en place et des critères de surveillance du PAP en SDN.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le respect des bonnes pratiques en matière de mise en place et de surveillance de l'ensemble des NN mis en PAP en SDN après un accouchement voie basse.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer quels étaient les NN mis en PAP malgré les critères d'exclusion, mais également de voir dans quelles mesures l'activité en SDN a un impact sur l'installation et la surveillance du PAP. Enfin, de déterminer si le consentement des parents à la mise en PAP était recherché.

Population et méthode

1. Contexte de l'étude

Cette étude a été réalisée au bloc obstétrical de l'Hôpital Couple – Enfant (HCE) du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble – Alpes (CHUGA) situé à la Tronche (Isère). Il s'agit d'une maternité de niveau III, ayant réalisé 2955 accouchements en 2017.

Un protocole concernant « l'accueil du nouveau-né normal de 37SA et plus sans pathologie, dans les 2 premières heures de vie » avec notamment des informations intéressant le PAP, a été mis en place dans ce service en 2009. Il a ensuite été remis à jour en 2012 à la suite d'un audit de pratiques déclaratif réalisé en 2011 par le Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI).

2. Type et période d'étude

Il s'agit d'un audit clinique des pratiques professionnelles monocentrique, sur la mise en place et la surveillance du PAP réalisées en SDN par les professionnels en charge du NN. Ainsi, cette étude a été faite par l'observation directe des sages-femmes (SF), des étudiantes sages-femmes (ESF) et des auxiliaires de puéricultures (AP) au bloc obstétrical de l'HCE du CHUGA.

Les observations ont été réalisées sur une période d'un mois entre le 17 juillet et le 23 août 2017. Après autorisation de l'équipe, nous contactons le service de salle d'accouchements le matin ou en début de soirée afin de connaître l'activité. En l'absence de femmes en travail, l'appel était réitéré plusieurs fois par jour. Sur la période concernée, de 33 jours, nous avons été présentes 27 jours.

3. Population, critères d'inclusion et d'exclusion

L'ensemble des NN de plus de 35 semaines d'aménorrhées (SA) venus au monde par voie basse et mis en PAP pendant la période d'étude ont été observés et cela en présence ou non de malformations et quelle que soit leur adaptation à la vie extra-utérine.

La limite de 35 SA a été fixée à partir du protocole du service de salle de naissance du CHUGA, intitulé « pédiatre en salle de naissance » (23) qui précise que celui-ci doit être appelé en cas de prématurité strictement inférieure à ce terme. Cette borne a été choisie puisque le risque de transfert et de prise en charge en service de néonatalogie à ces termes est élevé et ainsi la probabilité de mise en PAP dans le post-partum immédiat est faible.

Les NN nés par césarienne ont été exclus pour ne pas compromettre la « notion d'aveugle » de l'étude puisque le PAP lors de ce mode d'accouchement est généralement proposé à l'accompagnant qui est installé dans une pièce différente de la mère de l'enfant.

Pour cette étude, le personnel exerçant en SDN et en charge du NN lors de la période de recueil a été observé.

Le personnel soignant et les couples refusant de participer à l'étude, ainsi que les sages-femmes coordinatrices, les sages-femmes enseignantes, les sages-femmes des autres services de la maternité et les étudiants sages-femmes en dernière année de cursus connaissant le sujet de l'étude ont été exclus.

4. Les référentiels

L'audit a été élaboré à partir du protocole interne du CHUGA sur « l'accueil du NN normal de 37 semaines d'aménorrhée et plus sans pathologie, dans les 2 premières heures de vie » (cf. annexe 3).

Il rappelle les critères d'éligibilité à la naissance pour la mise en place du PAP en SDN qui sont les suivants :

- Le NN doit être à un terme supérieur ou égal à 37 SA.
- Il doit être sain (sans malformations apparentes) et normal c'est-à-dire avec une respiration vigoureuse ou présentant un cri, un bon tonus, une couleur devenant rapidement rose et un pouls supérieur à 100 battements par minute.
- Le calcul du score d'Apgar doit être strictement supérieur à 7 à 1 minute de vie et égal à 10 à 10 minutes de vie.

Des gestes doivent être pratiqués avant et pendant l'installation du nourrisson : le maintien d'une température suffisante dans la salle, un séchage de l'ensemble du corps du NN avec un linge chaud, la mise d'un bonnet et d'une couverture chauffée au préalable, le positionnement de l'enfant sur le côté et sur la poitrine de sa mère de manière à avoir le visage visible et dégagé.

Il est nécessaire d'informer systématiquement la mère et plus spécifiquement l'accompagnant sur les signes cliniques montrant que le NN va bien (maintien de la coloration) et sur la nécessité de maintenir une vigilance particulière concernant la liberté des voies aériennes supérieures (VAS). Ces informations doivent être délivrées avant que l'ensemble des soignants ne quittent la pièce. Les autres conseils pouvant être énoncés par l'équipe soignante ont été relevés par les observateurs.

La surveillance clinique du NN au cours du PAP, évaluant la coloration, la respiration et le comportement, doit être régulière, non intrusive et tracée sur la fiche de surveillance par des professionnels conscients de la possibilité de malaises graves inattendus et soudains du nourrisson. Dans le protocole, il est spécifié que la surveillance « peut être couplée avec celle recommandée pour les mères toutes les 15 minutes ». Elle doit être renforcée chez les mères

considérées comme à risque (primipare, sans accompagnant, fatiguée et à risque de s'endormir). Cette notion est notifiée dans le protocole du service (cf. annexe 3) cependant aucune consigne précise n'est donnée pour évaluer la fatigue, l'état de conscience, et la disponibilité des parents notamment quant à l'usage du téléphone portable. A ce propos, nous avons jugé que l'usage de téléphone devait être envisagé comme facteur de risque si le temps passé sur celui-ci par la mère et le père excédait 25% du temps total de PAP.

Ainsi, en fonction des facteurs de risque précisés dans le protocole (primiparité, fatigue ou endormissement maternelle), ceux relevés par certaines études (distraction des parents, absence d'accompagnant, fatigue ou endormissement de l'accompagnant) (17) (18) (19) (21), et en l'absence de normes clairement identifiées à propos du rythme de surveillance à adopter en leur présence ; nous avons décidé que dans les cas où 2 ou plus de ces facteurs étaient présents, l'intervalle de temps entre les surveillances devait être strictement inférieur à 15 minutes. Dans les autres situations, nous avons admis qu'en l'absence de facteurs de risques l'intervalle entre 2 surveillances pouvait être de 15 à 30 minutes. Enfin lorsque cet intervalle est strictement supérieur à 30 minutes, nous avons considéré que la surveillance n'était pas conforme.

Enfin, l'activité obstétricale doit être compatible avec la surveillance régulière de l'enfant en PAP. En l'absence de normes clairement définies et retrouvées dans la littérature, nous avons considéré que l'activité en SDN était compatible avec la surveillance du PAP lorsque la SF avait jusqu'à 2 femmes à sa charge, et l'AP, 2 enfants. Au-delà, nous avons estimé que l'activité ne permettait pas une surveillance rigoureuse et en toute sécurité.

5. Méthode de recueil

Des autorisations quant à la réalisation de cette étude ont été obtenues au préalable. Elles étaient destinées au médecin chef de pôle, à la sage-femme coordinatrice ainsi qu'à la sage-femme responsable de l'unité.

Les observations ont été faites par une autre ESF 5^{ème} année et moi-même. En effet, les 2 sujets d'étude portant sur le post-partum immédiat, réfection périnéale et mise en place et surveillance du PAP en SDN suite à un accouchement par voie basse, ont ainsi pu être traités de façon parallèle. Les observateurs n'ont pas participé à la prise en charge des patientes.

L'ensemble du personnel était avisé qu'une étude avait lieu dans les locaux, aucune précision en ce qui concerne le sujet de celle-ci leur était donné et leur accord pour leur participation était recherché en début de garde. Pour ce qui est des couples, le projet leur était présenté avant l'observation et de la même manière le sujet n'était pas révélé, un consentement était signé (cf. annexe 1). Ainsi, la caractéristique « aveugle » de l'étude était préservée.

Dans le même but, la grille était remplie soit au cours du soin faisant l'objet de l'étude, dans ce cas des informations étaient notées en temps réel quel que soit les gestes réalisés par le personnel soignant ; soit après l'observation du geste à l'abri du regard des SF, ESF et AP. L'intégralité des gestes réalisés par les différents soignants entre le moment de l'accouchement et la fin des 2 heures du post-partum ont été observés.

Les données ont été recueillies dans une grille d'audit (cf. annexe 2) élaborée à partir du travail d'une ESF et modifiée selon le protocole du service (cf. annexe 3) et les recommandations des sociétés savantes (21), (22) en ce qui concerne la mise en place et la surveillance du PAP. Les données récoltées portent sur des informations du dossier de la patiente et du NN, ainsi que sur les actes réalisés avant le début, pendant et à la fin du PAP.

La grille de recueil été répartie en 6 items principaux en lien avec le protocole du service qui sont : l'éligibilité au PAP selon le protocole, les conditions de mise en PAP, le recueil du consentement à la mise en PAP, la délivrance de conseils aux parents, les modalités de la surveillance du PAP et le recueil de l'activité en SDN. Un item supplémentaire a été ajouté à la grille d'audit correspondant au recueil de la fatigue, de l'état de conscience et de l'état de concentration des couples. Cette notion est abordée dans le protocole du service (cf. annexe 3) mais aucune précision concernant le mode d'évaluation, les conduites à tenir et les précautions à prendre n'est donnée. Par conséquent, cet item a été rajouté afin d'établir quels étaient les comportements des couples pouvant être à risque pour le NN.

Le critère de jugement principal était le taux de conformité des pratiques de mise en place et surveillance du PAP par rapport au protocole du service.

Le service de SDN est organisé de façon à ce qu'il y ait 3 SF et une AP présentent, le nombre d'ESF variait en fonction des gardes. Ainsi, une seule observation de mise en place et surveillance du PAP en SDN était retenue par SF et par ESF par jour, cependant l'AP étant seule en garde, celle-ci a pu être observée plusieurs fois. Toutes les analyses étaient anonymes pour les différents acteurs (couple, SF, ESF et AP).

6. Echantillon

Dans le cadre d'un audit clinique, l'échantillon doit contenir au minimum 30 cas (24). Cinquante-trois observations ont été réalisées, parmi celles-ci, 42 mises en place et surveillances du PAP ont pu être analysées.

7. Analyses statistiques

Le traitement et l'analyse des données ont été faits à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages et les variables quantitatives par des moyennes et des écarts-types.

Résultats

1. Représentativité de l'étude

Tableau 1 : effectif des naissances selon la voie d'accouchement, le terme et l'issue néonatale

	n(%)
Accouchements sur la période de recueil	306
- Accouchement par voie basse	233 (76%)
Enfants nés sans vie n(%)	8 (3%)
Naissances prématurées n(%)	25(8%)
- Naissances prématurées <35SA n(%)	17 (68%)
- Naissances prématurés ≥ 35 SA et < 37SA n(%)	8 (32%)
Enfants à terme (≥37SA) nés par voie basse et transférés immédiatement après la naissance n(%)	5 (2.5%)

n : effectif

Après exclusion des naissances par césarienne, d'enfants sans vie et d'enfants prématurés d'âge gestationnel strictement inférieur à 35SA, 208 enfants nés « sains » étaient potentiellement éligibles au PAP et donc à l'audit observationnel. Cinquante – trois ont fait l'objet d'une observation, soit 25,5% des NN éligibles nés entre le 17 juillet et le 23 août 2017.

Parmi ces 53 observations, 42 mises en place et surveillances du PAP ont pu être analysées. Dans les autres situations, le PAP n'a pas été fait par souhait maternel (5 cas) ou bien il s'agissait d'enfants transférés immédiatement après la naissance en service de réanimation néonatale en raison de leur terme précoce ou de leur adaptation à la vie extra-utérine (2 cas). Dans 1 cas le NN à terme a nécessité une prise en charge de réanimation à la naissance et dans les 3 derniers cas restants, des soins d'urgence ont dû être prodigués à la mère, par conséquent le PAP n'a pas pu être mis en place.

2. Caractéristiques des différentes populations

L'ensemble des NN présents lors des observations étaient sains et 41 d'entre eux (98%) étaient à terme (≥ 37 SA).

Quant aux mères, 27 (64%) d'entre elles étaient des primipares, 7 (17%) des 2^{ème} pare, 6 (14%) des 3^{ème} pare et 2 (5%) des 4^{ème} pare.

3. Critères d'éligibilité au peau-à-peau

Les critères d'éligibilité au PAP ont été respectés dans 40 cas (95%). Les deux cas restants étaient non conformes pour non-respect des critères néonataux à savoir le terme (36SA + 5jours) et le score d'Apgar qui n'était pas strictement supérieur à 7 à une minute de vie. Dans ces 2 situations aucune supervision médicale n'a été demandée.

4. Conditions de mise en place du peau-à-peau

a. Critères généraux de mise en place du peau-à-peau en salle de naissance

Tableau II : conformité des critères généraux de mise en place du peau-à-peau en salle de naissance (N=42)

Critères	OUI
Enfant séché de manière adéquate n(%)	1 (2%)
Enfant couvert n(%)	38 (90%)
Un accompagnant est présent à la mise en PAP n(%)	37 (88%)
L'enfant est bien positionné n(%)	42 (100%)
Mise en place d'une saturation n(%)	2 (5%)

n : effectif

Le séchage du NN de manière adéquate, c'est-à-dire du corps entier avec un linge chauffé au préalable a été réalisé dans 1 cas (2%) ; tous les NN observés ont été séchés avec le linge non tissé du pack d'accouchement, non absorbant. Un seul enfant a été séché avec ce même type de linge mais préalablement réchauffé (cf tableau II).

Les NN ont ensuite été couverts par un bonnet et une couverture chauffée pour 38 d'entre eux (90%). Dans les 4 cas restants (10%), cet item n'était pas conforme car la couverture n'était pas préchauffée.

Les enfants ont été positionnés de façon conforme, c'est-à-dire avec le visage dégagé et sur le côté ou sur le ventre, dans 100% des cas.

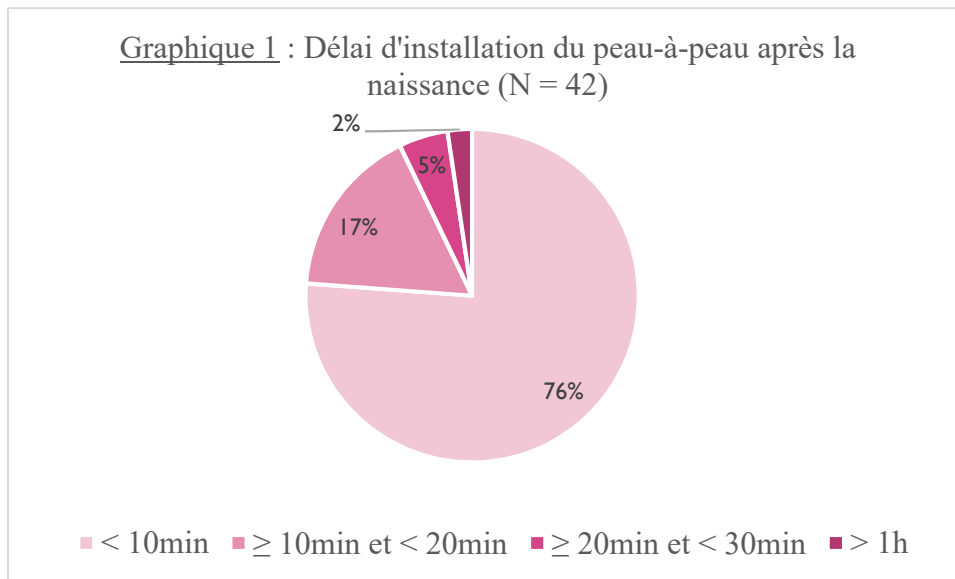
Un accompagnant était présent à la mise en PAP dans 37 cas (88%).

La saturation a été mise en place dans 5% des situations soit 2 observations. Dans l'une d'elles, le NN présentait un score d'Apgar à 8 avec notamment une respiration lente et irrégulière c'est pourquoi une saturation a été mise en place cependant l'avis pédiatrique n'a pas été demandé. Dans la seconde, la saturation a été placée après 10 minutes de PAP car le NN présentait des geignements importants, un avis pédiatrique a alors été sollicité.

b. Le délai d'installation

Il est recommandé de mettre l'enfant en PAP le plus précocement possible. Dans cette étude, le délai moyen d'installation du PAP suite à l'accouchement voie basse est de 8 minutes. L'écart-type étant de 0,01, on peut dire que les valeurs sont réparties de manière homogène et que la moyenne est représentative.

Dans cette partie quand on parlera de soins au NN, il s'agira des soins du cordon, de la prise de température, de la pose d'une couche et des bracelets d'identification. Lorsque l'on mentionnera l'examen clinique du NN, cela correspondra à la pesée, la mesure de la taille et du périmètre crânien, la vérification de l'intégrité du palais et de l'absence d'atrésie des choanes.



On remarque, dans le graphique précédent, que dans 32 (76%) cas, le délai d'installation du NN en PAP avec sa mère ou l'accompagnant était de moins de 10 minutes suivants la naissance. Parmi ceux-ci, dans 6 cas (18,8%), il a été fait des soins au nourrisson, et dans 4 cas (12,5%) un examen clinique du NN a été réalisé.

Dans 7 (17%) des cas, le PAP a été débuté entre les 10 et 20 minutes de vie de l'enfant. Dans tous les cas, l'installation a été précédée de soins et d'un examen clinique du NN. Dans 2 situations (28,6%), l'enfant a nécessité une stimulation et une aspiration pharyngée et dans un autre il a nécessité seulement une aspiration pharyngée (14,3%).

Dans 2 (5%) des observations, le délai d'installation du PAP était entre 20 et 30 minutes, des soins et un examen clinique du NN ont été faits au préalable. Dans 1 cas, le nourrisson a nécessité une aspiration pharyngée.

Enfin, dans 1 cas, l'enfant a été placé en PAP après 1h38 de vie, cela suite à la demande de la mère puisque celle-ci nécessitait des soins et elle ne voulait donc pas avoir son enfant contre elle à ce moment-là.

5. Recueil du consentement à la mise en peau-à-peau et délivrance des conseils

Tableau III : recueil par le personnel soignant du consentement du couple à la mise en peau-à-peau et délivrance des conseils à la sortie des soignants (N=42)

Critères	OUI
<u>Recueil du consentement</u>	
Questionnement auprès de la patiente en ce qui concerne son souhait de garder son enfant en peau-à-peau n(%)	12 (29%)
La mère souhaitait garder son enfant en peau-à-peau n(%)	8 (67%)
Proposition à l'accompagnant n(%)	
- Toutes situations confondues n(%)	12 (32,4%)
- Si PAP non souhaité par la mère n(%)	3 (75%)
<u>Délivrance des conseils</u>	
Aucun conseil	20 (48%)
Maintien de la coloration n(%)	7 (17%)
Visage dégagé n(%)	21 (50%)
Autres informations données n(%)	12 (29%)
- L'enfant doit rester couvert	7 (17%)
- Positionnement de l'enfant	4 (10%)
- Fatigue maternelle	1 (10%)
- Bénéfice du PAP	4 (10%)
- Risques du PAP	1 (2%)

n = effectif

Le personnel soignant, avant son départ de la SDN, a interrogé la patiente sur son souhait de garder son enfant en PAP dans 12 (29%) cas. Une réponse positive a été donnée pour 8 mères (67%).

L'accompagnant a été sollicité pour faire du PAP (dans les situations où il était présent soit 37 cas) dans 32,4% des observations. Ces propositions ont été réalisées si la mère nécessitait des soins spécifiques (révision utérine), lorsque la mère ne souhaitait pas garder son enfant en PAP, lors de la surveillance lorsque la patiente présentait des signes de fatigue ou signalait des douleurs importantes, après que les soins et l'examen clinique du NN eurent été réalisés. Dans certains cas, le couple était demandeur de la mise en PAP avec le père.

Plus particulièrement, dans les cas où la mère ne désirait pas maintenir son enfant en PAP, l'accompagnant a été sollicité dans 75% des situations.

La délivrance de conseils aux parents permettant la sécurité du PAP en SDN a été observée. Pour 20 enfants mis en PAP (48%) aucun conseil n'a été délivré (cf tableau III).

A propos des conseils notifiés dans le protocole du service, quel que soit le soignant, il a été rappelé que l'enfant devait maintenir une coloration (« rester rose ») dans 7 cas (17%) et que son visage devait rester dégagé dans 21 cas (50%).

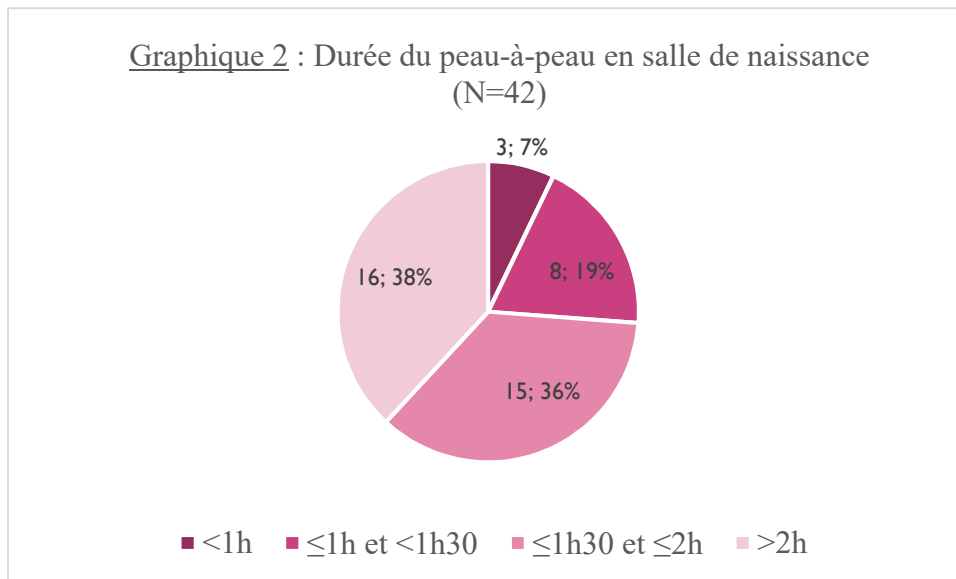
D'autres informations ont été données par le personnel soignant dans 12 cas (29%), à savoir que l'enfant devait être maintenu couvert dans 7 cas (17%), que l'enfant devait être positionné sur le côté en dehors des tétées dans 4 cas (10%). Certains bénéfices du PAP ont été présentés dans 4 cas (10%), parmi ceux-ci on retrouve une meilleure adaptation à la vie extra-utérine (30%), l'aide au maintien de la température de l'enfant (30%) et au développement du lien mère-enfant (20%), la favorisation de l'allaitement maternel (10%), et le bénéfice sur la douleur en cas de naissance par extraction instrumentale (10%). Enfin, il a été évoqué une seule fois parmi l'ensemble des observations qu'il existait des risques lors du PAP qui nécessitaient une surveillance par l'équipe soignante. Cependant ces risques n'ont pas été détaillés.

Dans une observation, le soignant a rajouté que « si la mère se sentait trop fatiguée et ne se sentait plus capable de surveiller son enfant, elle devait faire appel à l'équipe soignante ».

6. Surveillance du peau-à-peau

a. Durée du peau-à-peau

Dans cette étude, la durée moyenne du PAP suite à un accouchement voie basse est de 1 heure et 52 minutes. L'écart-type étant de 0,03, on peut dire que les valeurs sont réparties de manière homogène et que la moyenne est représentative.



On peut voir sur le graphique ci-dessus que sur l'ensemble des observations, 3 (7%) présentaient une durée de PAP inférieure à 1 heure. Dans ces situations, le PAP a été stoppé pour les raisons suivantes qui sont :

- Dans un des cas l'augmentation d'activité entraînant la réquisition de la salle d'accouchement pour pouvoir accueillir un autre couple. Par conséquent, il a été signalé à la mère qu'il était nécessaire qu'elle change de salle, il lui a été demandé si elle voulait poursuivre le PAP. Cependant, la patiente a répondu qu'il était plus simple d'habiller l'enfant avant de passer dans un autre lieu, ceci occasionnant la fin du PAP.
- Dans une seconde situation, l'AP a demandé, pour une question d'organisation, de pouvoir prendre le NN afin de réaliser ses soins et son examen clinique. A la fin de ceux-ci, la mère n'a pas désiré avoir son enfant de nouveau en PAP et a préféré qu'il soit habillé.
- Enfin, dans la dernière situation, l'arrêt du PAP a fait suite à un malaise vagal subi par la patiente.

Dans 8 (19%) situations, la durée du PAP est comprise entre 1 heure et 1 heure et 30 minutes. Parmi celles-ci, l'arrêt du PAP dans 1 situation (12,5%) a succédé à la nécessité d'une

prise en charge en urgence de la mère dans le cadre d'une hémorragie de la délivrance ; dans 2 cas (25%) il s'agissait d'un souhait maternel sans précision. Dans 3 situations (37,5%), la mère a demandé la fin du PAP en raison d'une fatigue, de l'envie que le conjoint profite également de son enfant et de la crainte que son enfant ait froid et cela malgré après avoir été rassurée à plusieurs reprises par le personnel soignant. Enfin, l'augmentation de l'activité et l'organisation des professionnels de santé en découlant a entraîné l'arrêt du PAP dans 2 cas (25%).

Enfin, dans 15 cas (36%), le PAP a duré entre 1 heure et 30 minutes et 2 heures. Le PAP a été interrompu en vue du passage en unité mère – enfant (UME) dans 12 situations (80%). Dans les 3 cas restants, la mère a demandé la fin du PAP soit en raison de sa fatigue, soit parce qu'elle était trop algique, soit pour que le père puisse profiter de son enfant.

Pour finir, dans 16 cas (38%), la durée du PAP était strictement supérieure à 2 heures. Parmi ceux-ci, la cessation du PAP a été faite dans 11 (68.75%) cas dans le but de réaliser le passage en UME, dans 3 (18.75%) d'entre – eux, il s'agissait d'un souhait maternel pour des raisons de fatigue ou par lassitude et enfin pour les 2 (12.5%) restants, il s'agissait d'un souhait des professionnels dans le but d'organiser leur travail.

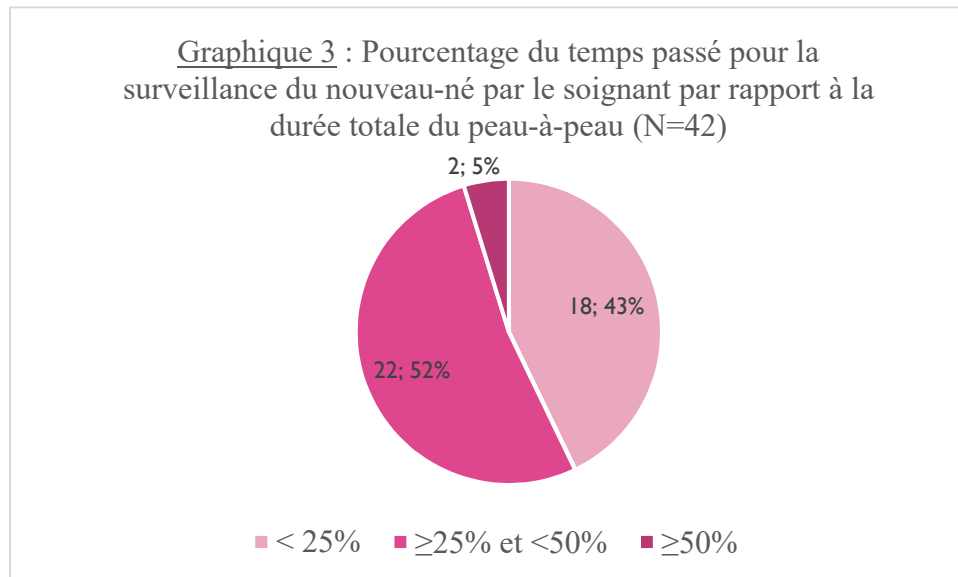
b. Interruption et reprise du peau-à-peau

Dans 7 cas (17%), le PAP a été interrompu puis repris pour les raisons suivantes :

- La réalisation de soins et examen clinique du NN dans 4 situations (57,1%) à 30, 40, 42 minutes et 1 heure et 14 minutes de PAP, pendant une durée de 15 minutes.
- Un changement de salle dans 2 cas (28,6%) à 5 et 51 minutes de PAP pendant 8 minutes.
- Afin que le père puisse prendre son enfant dans les bras dans 1 cas (14,3%) à 45 minutes de PAP pendant 15 minutes, il n'a pas été proposé au père de réaliser du PAP.

c. Critères de surveillance du peau-à-peau

Dans cette étude, l'enfant a été observé par le personnel soignant à chaque passage en salle d'accouchement quel que soit le motif de la venue. Chaque critère : coloration, comportement, respiration, visibilité et dégagement du visage ont été considérés.



Sur le graphique 3 ci-dessus, nous avons calculé le pourcentage de temps passé par les soignants (SF, ESF, AP) pour l'ensemble des surveillances du NN par rapport à la durée totale du PAP. Dans les cas où la durée était supérieure à 2 heures, nous avons uniquement considéré le temps passé durant les 2 heures réglementaires.

Ainsi, on remarque que dans 43% des situations le temps de présence global du personnel soignant pendant les surveillances correspond à un pourcentage strictement inférieur à 25% du temps total du PAP avec un minimum de 4% de la durée totale du PAP. Dans 2 de ces cas, la valeur est de 0% cependant il s'agit de situations où la durée totale de PAP était de 13 et 22 minutes ce qui peut expliquer cette valeur.

Dans 52% des situations (22 cas), ce temps était compris entre 25 et 50% de la durée totale de PAP. Dans 5% (2 cas), il était supérieur ou égal à 50%, avec un maximum de 55%.

d. Conformité de la surveillance du peau-à-peau en lien avec la présence de facteurs de risque

Comme vu précédemment, il existe des facteurs de risques de malaises graves du NN lors du PAP en SDN. Dans cette étude, nous avons relevé plusieurs de ces facteurs qui sont : la primiparité, l'IMC maternel > 25 kg/m², la fatigue, la somnolence ou l'endormissement maternel ou de l'accompagnant, l'absence d'accompagnant et l'utilisation importante du téléphone.

A l'aide des normes définies, le tableau ci-contre a été réalisé. Il regroupe la fréquence, la durée de présence du soignant et la conformité des surveillances en fonction de la présence ou non de facteurs de risque chez la diade couple – enfant. On observe donc grâce à ce tableau que la surveillance est conforme sur l'ensemble de la durée du PAP dans 14 cas (33.3%). Dans les autres situations, la surveillance n'est pas conforme car l'intervalle de temps entre les passages des soignants en salle d'accouchements ne tient pas compte de la présence de facteurs de risque.

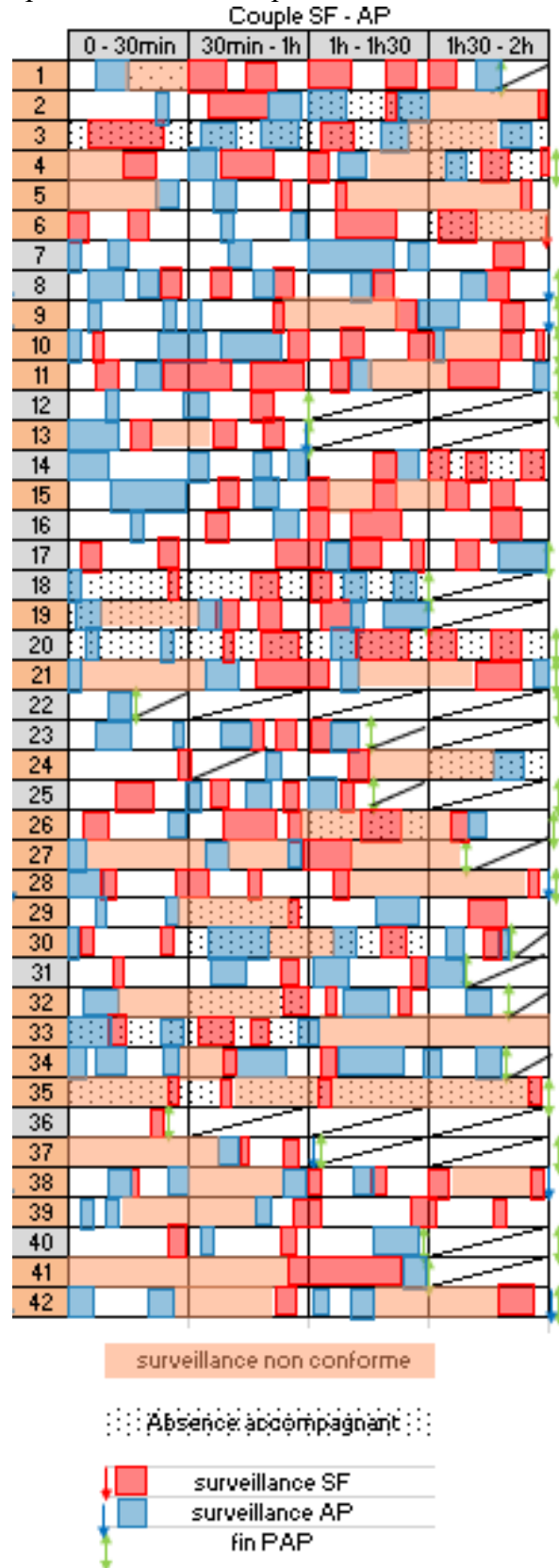


Figure 1 : fréquence et conformité des surveillances en fonction des facteurs de risque présents

e. Conformité de la surveillance du peau-à-peau en lien avec l'activité en salle de naissance

A partir des limites que nous avons fixées dans la méthode (cf page 14), un tableau a été élaboré concernant l'activité en SDN et la conformité de la surveillance du PAP en lien avec celle-ci (cf annexe 4). Ainsi, dans cette figure sont représentées en rose les périodes durant lesquelles l'activité n'était pas en accord avec la surveillance et pour lesquelles il existait un risque à la mise en place du PAP.

Par conséquent, on observe que 28 observations (66.7%) présentaient au moins une période à risque où la mise en place du PAP n'était pas recommandée. Parmi celles-ci, on remarque que dans 17 situations (60,7%) l'activité semble avoir eu un impact négatif sur la surveillance pouvant être en partie responsable de sa non-conformité

Discussion

1. Les limites de l'étude

a. Validité interne de l'étude

Nous avons choisi d'utiliser l'observation plutôt que la déclaration dans cette étude afin de limiter le biais déclaratif. Dans le but de conserver le caractère « aveugle » de cet audit, le sujet exact de l'étude n'a jamais été révélé aux personnes observées et aux couples participants. Le projet était décrit comme un audit clinique observant les pratiques professionnelles autour de l'accouchement afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins autour de la naissance.

Dès qu'un accouchement se présentait et si l'observateur était disponible, celui-ci saisissait l'occasion, cela limitant le biais de sélection. Cependant, de manière générale, il existe un biais de désirabilité sociale (25) puisque l'audit clinique par observation directe peut avoir une influence sur les pratiques professionnelles (notamment en ce qui concerne la fréquence des surveillances) et donc sur les résultats obtenus.

De plus, dans le but d'avoir un maximum d'observations, nous avons choisi d'être 2 observateurs. La question de l'objectivité peut donc se poser, il s'agit de l'effet Halo (25). Toutefois, les 2 observateurs disposaient de la même grille de recueil très précise (cf. annexe 2) et avaient pour consigne de noter in extenso des remarques supplémentaires lorsque les items de la grille ne correspondaient pas à l'observation, le biais a donc été minimisé.

Enfin, l'observateur peut également commettre des erreurs lors de la saisie d'informations. Par conséquent, il se doit de rester très attentif et neutre pendant les soins.

b. Population étudiée

Durant cette étude, seules les SF, ESF et les AP présentent en SDN pendant la période de recueil ont été observées. Ainsi, les autres professionnels compétents pour ce soin et se

trouvant dans les autres services n'ont pas participé à l'audit. Par conséquent, l'audit ne reflète pas la totalité de la population des SF, ESF et AP travaillant à l'HCE.

Nous n'avons eu aucun refus du personnel soignant et des couples durant la période de recueil ce qui traduit l'intérêt des soignants dans l'amélioration de la qualité des soins.

Quarante – deux mises en place et surveillances du PAP ont pu être analysées, nous avons décidé de réaliser une observation par SF et ESF par jour, cependant celles-ci ont pu être observées plusieurs fois durant la période de recueil. De la même façon, une seule AP était présente par garde dans ce service, elle a donc pu être observée plusieurs fois par jour et plusieurs fois durant l'ensemble de la période. L'audit étant anonyme, il n'est pas possible de connaître le nombre de fois où une même SF, ESF ou AP a fait l'objet de l'étude. Par conséquent, selon la pratique de la professionnelle cela peut avoir un impact sur les résultats.

Toutefois, nous avons pu observer 25,5% des enfants potentiellement éligibles au PAP durant la période. L'audit observationnel paraît donc représentatif des pratiques autour du PAP à l'HCE.

c. Validité externe de l'étude

Cet audit étant monocentrique et concernant un échantillon limité, les résultats ne peuvent être appliqués à d'autres structures.

2. Analyse des résultats et comparaisons avec la littérature

a. Critères d'éligibilité au peau-à-peau

Les critères d'éligibilité au PAP ont été respectés dans 95% des cas. Les professionnels en charge des NN en SDN ont donc de bonnes connaissances concernant cet item.

L'un des objectifs secondaires était de déterminer quels étaient les NN mis en PAP malgré les critères d'exclusion. Ici, les 2 nourrissons concernés présentaient soit un terme de

36SA et 5 jours, soit un score d'Apgar évalué à 7 avec dans les 2 cas aucun avis pédiatrique sollicité.

Dans le but de permettre à tous les NN et les couples de bénéficier des bienfaits du PAP, il est possible dans des conditions maternelles ou néonatales pathologiques ou si l'un des critères d'éligibilité précédemment cités n'est pas respecté, d'accéder à une supervision médicale au préalable, et de demander un avis pédiatrique afin d'obtenir une autorisation pour l'installation du NN en PAP.

De plus, pour ce qui est du score d'Apgar, il est important de considérer la variabilité de l'évaluation entre les opérateurs (26).

b. Conditions de mise en place du peau-à-peau

- Critères généraux de mise en place du peau-à-peau en salle de naissance

L'équilibre thermique des NN est fragile et leur système de thermorégulation est immature, ainsi la perte de chaleur peut être rapide (2 à 4°C en 10 à 20 minutes (27)) causant une hypothermie avec une température strictement inférieure à 36,5°C. Celle-ci est liée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité néonatale. Différents mécanismes peuvent être responsables d'une déperdition de chaleur : *l'évaporation* du liquide amniotique sur le corps du NN ; la *conduction*, lorsque l'enfant est déposé nu sur une surface froide ; la *radiation* par la propagation de la chaleur de l'enfant vers les objets froids présents dans l'environnement sans qu'aucun contact n'ait lieu ; la *convection* si l'enfant est exposé nu à de l'air ambiant plus froid.

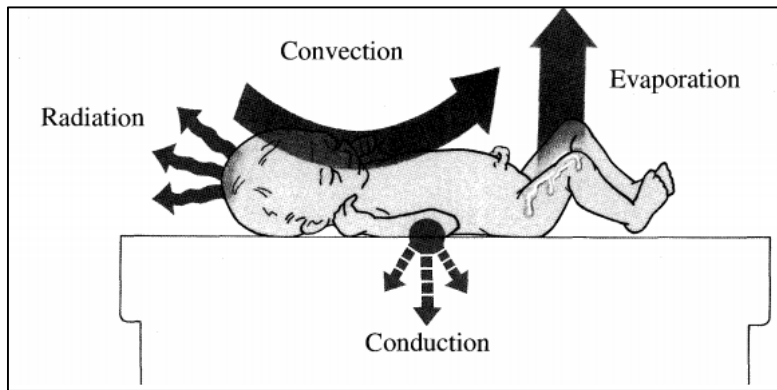


Figure 2 : Les 4 mécanismes de perte thermique du nouveau-né, OMS, La protection thermique du nouveau-né : guide pratique

Par conséquent, la protection thermique et le maintien de la normothermie (36.5°C – 37.5°C) du NN s’effectuent par une série de mesures prises à la naissance : assurer un environnement thermique optimal, sécher immédiatement l’enfant sur le ventre de sa mère si possible, positionner l’enfant en PAP et le couvrir, reporter les soins du NN. L’association de ces différentes mesures constitue l’approche la plus efficace dans la prévention de l’hypothermie. (28) (29).

D’après l’OMS (28), la SDN doit être chauffée au minimum à 25°C et cette valeur doit être supérieure en fonction du terme et du poids de l’enfant, sans courants d’air. Ici, nous n’avons pas évalué la température de la pièce, ni noté la présence ou non de courants d’air, ceux-ci constituant un élément essentiel de l’accueil du NN.

Dans cette étude, le séchage du NN éliminant le mécanisme d’évaporation, a été réalisé dans 100% des observations ce qui est très satisfaisant et en accord avec les résultats retrouvés dans les audits cliniques, de L. Davrieux (30), 90%, et A. Brossard (31), 100%. Cependant il est précisé dans le protocole que ce séchage doit être fait à l’aide d’un linge chauffé au préalable, ce qui a été exécuté dans 2% des cas, résultat très inférieur à celui retrouvé dans l’étude A. Brossard où l’ensemble des enfants ont été séchés avec un linge chauffé. Dans la majorité des études, il n’est pas précisé si le linge doit être réchauffé ou non préalablement, cependant

d'après les recommandations de l'OMS (28), il doit être préchauffé si la température ambiante est inférieure à 25°C. Par ailleurs, les langes utilisés sont en matière non tissée, non absorbante et donc impropres au séchage de l'enfant.

Les nourrissons sont plus sensibles à l'hypothermie puisqu'ils ont un rapport surface cutanée sur volume plus élevé et leur peau est plus fine donc responsable d'une conductance thermique accrue ; c'est pourquoi pour limiter les effets de convection et de radiation, il est important que l'enfant soit recouvert par une couverture, un drap, ... secs et préchauffés (28) (32) (33). Dans cette étude, le NN a été recouvert dans la totalité des cas, résultats en accord avec les audits cliniques (30) (31) cités précédemment. On note malgré cela que 10% des enfants ont été revêtus par des couvertures non préchauffées. Enfin, la tête du NN par sa surface est la zone la plus importante de déperdition de chaleur, il convient donc de couvrir le crâne de l'enfant. Ici, un bonnet a été mis dans 100% des cas.

Dans cet audit, nous n'avons pas évalué la position de la mère lors de la mise en place du PAP et avons apprécié uniquement celle du NN. Or, dans le but d'assurer un maximum de sécurité, il faut que les 2 sujets soient installés correctement (21). Dans le protocole interne du service, aucune mention n'est faite quant à la position de la mère, mais dans diverses études il est conseillé de positionner celle-ci de manière à ce qu'elle soit demi-assise (lit redressé à 35-40°) (20) (21). Concernant la posture de l'enfant, il est précisé qu'il doit être sur le côté ou sur le ventre sur la poitrine de sa mère, avec le visage visible et dégagé, ce qui a été fait dans l'ensemble des cas, résultat en accord avec ce qui est retrouvé dans l'audit clinique d'A. Brossard (31) et supérieur à ceux retrouvés dans l'étude de L. Davrieux (30). La position du NN durant le PAP reste néanmoins un sujet controversé. En effet, l'étiologie principale retrouvée dans la majorité des études intéressant les malaises des nourrissons semble être l'obstruction des VAS et ainsi l'asphyxie (17) (18) (34). De ce fait, la position sur le côté ou sur le dos peut sembler légitime dans l'objectif de garder les VAS de l'enfant libres. Le PAP

reste avant tout un temps d'échange permettant d'établir un lien sensoriel et émotionnel entre l'enfant et sa mère (ou l'accompagnant). Ainsi, la position dite « kangourou » est fréquemment citée dans diverses études (35) (36), cette posture consiste à installer la mère demi-assise avec son enfant à plat ventre contre elle, sa tête étant tournée sur le côté et le cou n'étant pas fléchi (21).



Figure 3 : Position lors du peau-à-peau telle qu'elle est recommandée par l'OMS dans le guide pratique "Mère kangourou" (4)

Enfin, la présence d'un accompagnant n'est pas une condition nécessaire et obligatoire à la pratique du soin PAP. Toutefois, en l'absence de celui-ci, une surveillance plus rapprochée est fortement recommandée (21) (34), cela d'autant plus qu'il existe d'autres facteurs de risque associés. Cette notion n'est pas exploitée dans le protocole du service. Ici, l'accompagnant était présent dans 88% des cas.

- Délai d'installation

Il est recommandé de mettre l'enfant en PAP le plus précocement possible après sa naissance, selon la méta-analyse de Moore et al (6), on considère que l'installation du PAP est immédiate et précoce si elle est réalisée dans les 10 minutes suivants la naissance. Par

conséquent, en partant de ce postulat, le NN a été mis en PAP de manière immédiate dans 76% des cas, ce qui est satisfaisant et en accord avec les chiffres retrouvés dans l'étude de A. Brossard (80%) (31).

Selon les recommandations de la HAS, en dehors des manœuvres de réanimation, il est préconisé de différer les soins postnataux de routine et cela au moins après la première heure de vie (33). Cette notion est mentionnée dans le protocole du service avec la citation du Dr M. Thirion tirée du livre Les compétences du nouveau-né paru en septembre 2002. Or, on remarque dans cet audit que des soins postnataux ont été réalisés avant l'installation en PAP dans 19% des cas. Ceux-ci étant responsable d'une installation différée du NN dans les 10 à 20 minutes de vie dans 17% des situations et entre 20 et 30 minutes de vie dans 2% des cas. Dans l'audit clinique de A. Brossard, 10% des enfants sont placés en PAP après 10 minutes de vie, on retrouve ici un chiffre supérieur (31). Des manœuvres de réanimation ont été effectuées dans 7,1% des cas expliquant le délai d'installation supérieur à 10 minutes.

c. Recueil du consentement et délivrance des conseils

Nous avons étudié la recherche du consentement de la mère au PAP lors de la sortie des soignants de la SDN puisque si celle-ci n'est pas en accord avec son maintien, cela peut avoir un impact sur la sécurité de l'enfant lors de ce soin. Ainsi, la question « souhaitez-vous qu'on laisse votre enfant en PAP ? » a été posée dans 29% des cas. Soixante-sept pourcents des mères interrogées ont répondu favorablement à la question. Dans les cas contraires, l'équipe médicale a proposé dans 75% des cas la mise en place du PAP avec l'accompagnant permettant alors au NN de bénéficier tout de même de ce soin (21).

De manière générale, l'accompagnant a été sollicité dans 32,4% des situations.

Certaines informations doivent être fournies aux parents afin d'assurer la sécurité du PAP en SDN (21) (33) (37). Dans 48% des cas, aucun conseil n'a été donné. Ce résultat est

supérieur à celui retrouvé dans l'audit clinique K. Mochel (38), 32.1%. La délivrance de conseil constitue donc un véritable point faible dans la pratique de ce soin, il s'agit néanmoins d'un point essentiel permettant, en association avec la surveillance faite par le personnel soignant, d'assurer la sécurité du PAP.

De façon plus précise, dans le protocole du service (cf annexe 3), il est noté que les parents doivent recevoir des conseils afin d'observer la coloration de leur enfant ainsi que le dégagement de son visage. Ceci a été accompli, parmi les cas où des informations ont été faites, respectivement dans 17% et 50% des situations. Ces chiffres sont très inférieurs à ceux donnés par K. Mochel dans son audit (38) : 31,6% pour ce qui est de la surveillance de la coloration et 73,7% pour le maintien du dégagement du visage.

Des consignes sur la façon de couvrir l'enfant ont été données dans 17% des cas contre 36.8% et sur la position du NN dans 10% des cas versus 31.6% dans l'étude de K. Mochel. Dans 1 situation, il a été rajouté que « si la mère se sentait trop fatiguée et ne se sentait plus capable de surveiller son enfant, elle devait faire appel à l'équipe soignante ».

A propos des bénéfices et des risques du PAP, il n'est pas spécifié qu'il soit nécessaire de les citer dans le protocole du service, malgré cela, certains soignants ont fourni des renseignements dans respectivement 10% et 2% des cas. Parmi les avantages donnés, on retrouve une meilleure adaptation à la vie extra-utérine, la thermorégulation, le bénéfice sur la douleur, la promotion du lien mère-enfant et de l'allaitement maternel. Les risques n'ont pas été détaillés.

d. Surveillance du peau-à-peau

- Durée du peau-à-peau

D'après de nombreuses études, plus le contact PAP est prolongé, plus il est bénéfique pour l'enfant, un certain nombre de bienfaits sont visibles après un temps minimum d'une heure

(39). Ainsi la durée du PAP peut s'étaler sur toute la période où le couple est présent en SDN, soit de manière générale 2 heures après l'accouchement.

La durée moyenne du PAP dans cet audit a été évaluée à 1 heure et 52 minutes ce qui est très satisfaisant. Plus précisément, la durée du PAP est dans 92,9% des cas de plus d'une heure. Cette valeur est donc supérieure à celle retrouvée dans l'étude de K. Mochel (38) et comparable à celle de A. Brossard (31) qui retrouvent dans respectivement 64% et 88% des situations une durée de PAP strictement supérieure à 1 heure.

Dans les cas où la durée du PAP était inférieure à 1 heure (7%), il s'agissait soit d'une demande de l'équipe soignante, soit d'une raison médicale maternelle. Dans la première situation, les soignants ont tout de même proposé à la patiente de remettre leur enfant en PAP.

On peut donc apprécier l'intérêt important porté par l'équipe médicale dans la promotion du contact PAP et de ses bienfaits ainsi que dans le maintien du lien mère – enfant.

- Interruption du peau-à-peau

Dans 17% des situations le PAP a été interrompu puis repris, parmi celles-ci 71,4% ont eu lieu à moins d'1 heure de vie pour des soins postnataux, en vue d'un changement de salle ou pour que le père prenne son enfant dans les bras. Par conséquent, les cas où l'interruption a été réalisée pour des soins (42,9%) auraient pu être évités et retardés. Cependant, ce résultat est très inférieur à celui de l'étude de K. Mochel (38) qui s'élève à 75%.

On voit donc là aussi que l'équipe médicale cherche à respecter au maximum les modalités du soin PAP.

- Critères de surveillance du peau-à-peau

La surveillance du PAP doit être régulière et faite par des professionnels de santé conscients du risque de survenue de malaises graves du NN en salle de naissance. L'enfant doit

être observé à chaque passage des soignants : sa coloration, son comportement, sa respiration, la visibilité et le dégagement de son visage doivent être évalués et notés sur la fiche de surveillance (21) (33). Certains de ces critères restent cependant subjectifs et une définition plus claire permettrait d'évaluer au mieux ces éléments.

Des auteures, S. Ludington-Hoe et K. Morgan, ont proposé un arbre décisionnel permettant aux professionnels d'évaluer et de surveiller le NN placé en PAP à la naissance, il s'agit de l'échelle R.A.P.P (40) (cf annexe 5) pour « Respiratory, Activity, Perfusion and Position » regroupant l'ensemble des critères essentiels à observer et constituant un outil d'évaluation rapide et simple.

Les NN ont toujours été observés par les soignants quels qu'ils soient à chaque passage en salle d'accouchement, indiquant la vigilance de l'équipe médicale envers les NN et leur implication dans la prise en charge globale de la diade couple – enfant.

En revanche, il s'est avéré difficile d'évaluer de manière précise si chacun des critères étaient analysés par les soignants. Ainsi, nous avons considérés que toute surveillance, qu'elle soit spécifique ou non, respectait les recommandations et cela d'autant plus que la traçabilité du soin était réalisée. De ce fait, afin d'objectiver au mieux les critères de surveillance pris en compte par les soignants lors de leur passage, il conviendrait de réaliser une autre étude sous la forme d'un audit déclaratif.

Enfin, on remarque que dans plus de la moitié des cas (57%), les soignants étaient présents en SDN afin de surveiller le NN pendant plus d'un quart de la durée totale du PAP ce qui là aussi montre la vigilance importante des soignants envers les NN.

- Conformité de la surveillance du peau-à-peau en lien avec la présence de facteurs de risque

Dans le protocole du service (cf. annexe 3), une mention est faite concernant le renforcement de la surveillance chez les mères primipares, fatiguées et à risquent de s'assoupir ; aucune précision n'est donnée à ce sujet. Ainsi, en partant des normes définies dans la méthode (cf page 16), on peut conclure à un taux de conformité à l'égard de la surveillance de 33,3%. Ce résultat est peu satisfaisant mais à mettre en lien avec l'activité présente en SDN (cf paragraphe suivant) et à envisager avec précaution puisque les règles d'interprétation des résultats ont été basées sur notre expérience professionnelle personnelle et du bon sens clinique.

- Compatibilité de l'activité

De la même manière, dans le protocole du service il est indiqué que l'activité obstétricale doit être compatible avec une surveillance régulière du PAP, cependant cette notion n'est pas approfondie, par conséquent, nous avons choisi de considérer que l'activité n'était plus en accord avec une surveillance régulière du NN lorsque la SF et l'AP possédaient plus de 2 patientes et 2 NN à leur charge chacune.

En revanche, dans l'évaluation de l'adéquation entre l'activité en SDN et la surveillance du PAP la présence des étudiants n'a pas été comptabilisée du fait de leur nombre inconstant et de la variation de leur niveau d'étude. De ce fait, la conformité de la surveillance en fonction du personnel est probablement sous-estimée.

En conséquence, durant cet audit, 66,7% des observations présentaient au moins une période à risque où la mise en place du PAP n'était pas conseillée. De plus, si l'on fait le lien avec le paragraphe précédent, on remarque que parmi les observations présentant au minimum une période d'activité incompatible, 60,7% n'étaient pas conformes à l'égard de l'intervalle de surveillance.

3. Axes d'amélioration et perspectives

La communication des résultats à l'équipe observée s'inscrit dans la démarche de ce type d'étude afin d'attirer l'attention des soignants sur les points forts et faibles des pratiques réalisées ; mais aussi pour discuter des éventuels freins et axes d'amélioration à ce sujet. Ainsi, une prise de contact avec la sage-femme cadre du service sera faite dans le but d'établir quelle est la meilleure manière de restituer les résultats aux équipes. De plus, à partir de cette évaluation des pratiques professionnelles, des axes d'amélioration ont été dégagés.

Concernant les critères d'éligibilité au soin de PAP, le protocole utilisé dans cette étude concerne uniquement les NN d'âge gestationnel supérieur ou égal à 37SA. Or, il est tout à fait possible de réaliser ce soin chez des enfants prématurés. Des études ont effectivement montré qu'il existait de réels bénéfices sur le développement de l'enfant à court, moyen et long termes (11), il n'y a cependant pas de protocole concernant cette population dans ce service. Il semblerait donc intéressant de travailler sur ce point.

L'un des principaux points faibles dans les conditions de mise en place du PAP intéresse le séchage de l'enfant. Dans l'ensemble des cas, celui-ci est réalisé avec le linge non tissé et non absorbant du pack d'accouchement, sorti au moment où la table d'accouchement est préparée. On peut donc supposer que les langes ne sont pas préchauffés en raison d'une mauvaise logistique. Par conséquent, on peut imaginer la mise en place d'un linge en matière absorbante voire d'une serviette éponge indépendamment du pack d'accouchement, possiblement rapporté par les parents, que l'on mettrait sous la rampe chauffante présente dans la salle d'accouchement bien avant la naissance de l'enfant, ceci ayant également pour avantage de réchauffer la pièce. Enfin, il existe des appareils permettant le chauffage des serviettes et des couvertures destinées aux NN, il suffirait ainsi de récupérer le nécessaire au moment de l'installation pour l'expulsion.

La délivrance de conseils et le recueil du consentement constituent un autre point faible de cette étude. Le PAP n'étant pas une pratique dénuée de risques, il semble important de sensibiliser les parents à ceux-ci et donc de leur fournir les éléments nécessaires à la sécurité de ce soin. Dans un premier temps, on peut imaginer qu'il pourrait être intéressant de revoir le discours à tenir auprès des couples et les éléments obligatoires à donner et à demander. On peut aussi imaginer la création d'affiches pouvant être disposées dans la salle d'accouchement avec les messages clefs : les risques, les conseils de sécurité et de mise en place du PAP ainsi que les principaux bénéfices (cf annexe 6, exemple d'affiche pouvant être exposée en SDN, celle-ci ayant été faite par l'IHAB en partenariat avec l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) pour les maternités labellisées (41)). Des flyers peuvent aussi être élaborés et fournis avec les dossiers d'inscription à la maternité, ou bien dans certains cas à l'entrée en salle de naissance. Ces outils servant de base à la discussion entre les professionnels et les parents. Enfin, il est possible de rajouter sur les feuilles de traçabilité une « checklist » de l'information à donner afin que celle-ci soit complète.

A propos du rythme de surveillance, il n'existe pas de règles claires et précises mais il semble complexe d'imposer des intervalles de temps exacts en pratique. Il convient donc de réaliser une surveillance régulière et fréquente en fonction du contexte. Malgré cela, il peut être intéressant d'établir une définition plus intelligible des termes « surveillance rapprochée » et des situations nécessitant une surveillance particulière (présence de facteurs de risque). Cependant, on peut imaginer que si l'accompagnant était informé de façon claire et complète sur le maintien d'une surveillance attentive du NN (liberté des VAS, coloration, ...) et qu'il était en capacité d'effectuer cette observation, l'association entre celle-ci et celles faites par l'équipe médicale permettrait d'atteindre un niveau de sécurité optimal.

On a pu remarquer que l'activité avait potentiellement un impact sur la surveillance du NN. L'équipe soignante dans le but de permettre au couple et au NN de bénéficier des bienfaits du

PAP peut potentiellement favoriser la pratique du soin au préjudice de la surveillance. On peut donc penser qu'il peut être judicieux de fixer une limite bien que très subjective à partir de laquelle l'activité serait considérée comme incompatible avec la surveillance du PAP.

En cas de présence de facteurs de risque, en l'absence d'accompagnant ou bien dans les cas où l'activité est augmentée, la question du monitoring continu de l'enfant peut se poser. L'impact de celui-ci a été évalué dans une étude de P. Tourneux et al. (42) concluant que la surveillance par monitoring continu était plus satisfaisante que la surveillance clinique simple et le monitoring n'entraînait pas de stress supplémentaire pour les couples.

Enfin, il existe peu de données concernant les malaises graves inopinés des NN à terme et présumés sains dans les 2 premières heures de vie dans la littérature. Cela est probablement lié au fait qu'il n'existe pas de définitions exactes de ces malaises, mais aussi qu'il n'y a pas de codification du soin PAP et des malaises inopinés durant ce soin dans la classification internationale des maladies. Ainsi, afin d'identifier au mieux ces événements une codification, suivie d'une enquête pourraient être réalisées.

Conclusion

Nous avons répondu à l'objectif principal de cette étude qui était d'évaluer le respect des bonnes pratiques en matière de mise en place et de surveillance de l'ensemble des nouveau-nés mis en peau-à-peau en salle de naissance après un accouchement voie basse. La bonne conformité des pratiques diffère en fonction des items observés. Nous pouvons cependant conclure que la pratique du soin peau-à-peau est en règle générale bien effectuée, même si elle est parfois faite avec excès.

Plus précisément, deux éléments du protocole sont à revoir : le séchage de l'enfant conforme dans 2% des cas et la délivrance de conseils puisque dans 48% des cas, aucun conseil n'a été donné. Ainsi, pour le premier point, nous pouvons suggérer l'utilisation de serviettes éponges ou de linges plus absorbants apportés par les couples ou bien indépendants du pack d'accouchement qui seraient mis à chauffer préalablement à la naissance. Puis, pour le second point, il serait intéressant de revoir les informations devant être dites par l'équipe médicale, nous pouvons aussi imaginer la mise en place d'affiches dans les salles de naissance ou de flyers dans les dossiers d'inscription relatant les bénéfices, les risques et les conseils de sécurité concernant le soin peau-à-peau.

Concernant l'intervalle de temps entre les surveillances, les résultats sont à envisager avec précautions puisqu'il n'existe pas de normes clairement définies dans la littérature, il peut être intéressant d'établir une définition plus intelligible des termes « surveillance rapprochée » et des situations nécessitant une surveillance particulière (présence de facteurs de risque).

La pratique du peau-à-peau ne nécessite plus de faire ses preuves quant à ses bénéfices. Cependant, il existe un risque de malaise avec une mortalité élevée qui ne peut être ignoré. C'est pourquoi, les bénéfices et les risques du peau-à-peau devraient être connus par les professionnels de santé et les couples dans le but d'assurer la sécurité de l'enfant.

Bibliographie

1. **Rocfort-Giovanni, Bérénice.** Grâce à la "méthode Kangourou", les bébés prématurés s'en sortent bien mieux dans la vie. . [En ligne] Le nouvel observateur, 20 Décembre 2016. [Citation : 15 Avril 2018.] <https://www.nouvelobs.com/sante/20161220.OBS2925/grace-a-la-methode-kangourou-les-bebes-prematures-s-en-sortent-bien-mieux-dans-la-vie.html>.
2. **Haute Autorité de Santé.** Recommandation de bonne pratique, accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. [En ligne] Décembre 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf.
3. **IHAB et UNICEF.** Les 12 recommandations. [En ligne] Juin 2016. <https://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf>.
4. **OMS.** *La méthode "mère kangourou", guide pratique.* Genève : Département Santé et recherches génésiques, 2004.
5. **Agence de la Santé Publique du Canada.** Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale au Canada : fondement théorique et principes directeurs sous-jacents. [En ligne] Novembre 2017. [Citation : 15 Avril 2018.] <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-1-fra.pdf>.
6. **Moore , ER, et al.** Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016.
7. **Srivastava, S, et al.** Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and hypothermia in neonates. *Indian Journal of Public Health.* 2014, Vol. 58, 1, pp. 22-26.

8. **Sharma, A.** Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates : a randomized controlled trial. *African Health Sciences*. 2016, Vol. 16, 3, pp. 790-797.
9. **Aghdas, K, Talat, K et Sepideh, B.** Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women : a randomised control trial. *Women and Birth*. 2014, Vol. 27, pp. 37-40.
10. **Johnston, C, et al.** Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 16/02/2017.
11. **Cooijmans, Kelly H. M., et al.** Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants : study protocol for a parallel-groupe randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*. 2017, Vol. 17, p. 154.
12. **Takahashi, Y, et al.** 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, 87, pp. 151-157.
13. **Saxton, A, et al.** Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage : results of a cohort study. *Midwifery*. 20/07/2015, Vol. 31, 11, pp. 1110-1117.
14. **Bigelow, A, et al.** Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2012, Vol. 41, 3, pp. 369-382.
15. **Branger, B, et al.** Onze cas de malaises graves de nouveau-nés à terme et présumés sains dans les premières heures de vie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Elsevier Masson, 2007, Vol. 36, pp. 671-679.

16. **Dageville, C, Pignol, J et De Smet, S.** Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths : incidence and risk factors. *Acta Paediatrica*. 09/04/2008, Vol. 97, 7, pp. 866-869.
17. **Poets, A, et al.** Risk factors for early sudden deaths and severe apparent life-threatening events. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal*. 31/01/2012, Vol. 97, pp. 395-397.
18. **Herlenius, E et Kuhn, P.** Sudden Unexpected postnatal collapse of newborns infants : a review of cases, definitions, risks and preventive measures. *Translational Stroke Research*. 04/2013, pp. 236-247.
19. **Pejovic, Nicolas J et Herlenius, Eric.** Unexpected collapse of healthy newborn : risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatrica*. 19/03/2013, 102, pp. 680-688.
20. **Ferrarello, D et Carmichael, T.** Sudden unexpected postnatal collapse of the newborn. *Nursing for women's health*. Juin 2016, Vol. 20, 3, pp. 268-275.
21. **GIRARD, Laurence.** Mettre en oeuvre le peau à peau en sécurité. *Les dossiers de l'obstétrique n°446*. Mars 2015, pp. 8-13.
22. **GREMMO-FEGGER, Gisèle.** Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance. [En ligne] 8 Janvier 2013. <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf>.
23. **CHUGA.** Protocole : pédiatre en en salle de naissance. 01/06/2014.
24. **HAS.** Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. [En ligne] Juin 2003. [~ 48 ~](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-</div><div data-bbox=)

10/reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf.

25. **Chabal, S et CEDIP.** Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. [En ligne] Avril 2014. http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf.

26. **Simon, LV et Bragg, BN.** StatPearls. [En ligne] 29 Novembre 2017. [Citation : 9 Mai 2018.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470569/>.

27. **Chitty, H et Wyllie, J.** Importance of maintaining the newly born temperature in the normal range from delivery to admission. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2013, Vol. 18, pp. 362-368.

28. **OMS.** La protection thermique du nouveau-né : guide pratique. [En ligne] Février 1997. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63987/WHO_RHT_MSM_97.2_fre.pdf;jsessionid=59BAE53E04A4BA20836A76FF0A929232?sequence=1.

29. **Trevisanuto, D, Testoni, D et Fernanda B. de Almeida, M.** Maintaining normothermia : why and how. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* . [En ligne] 26 Mars 2018. [https://www.sfnjournal.com/article/S1744-165X\(18\)30063-5/fulltext](https://www.sfnjournal.com/article/S1744-165X(18)30063-5/fulltext).

30. **Davrieux, L.** *Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance*. Paris : s.n., 2012.

31. **Brossard, A.** *Peau à peau en salle de naissance : observation des pratiques et opinion des professionnels*. Nantes : s.n., 2008.

32. **Wyllie, J, et al.** Resuscitation. *Resuscitation and support of transition of babies*. 2015, Vol. 7.

33. **HAS.** Accueil du nouveau-né en salle de naissance. [En ligne] Décembre 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/fiche_memo_nouveau_ne_v3.pdf.
34. **Branger, B, et al.** Onze cas de malaises graves de nouveau-né à terme et présumés sains dans les premières heures de vie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Novembre 2007, Vol. 36, 7, pp. 671-679.
35. **Feldman-Winter, L, et al.** Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *American Academy of Pediatrics*. 2016, Vol. 138, 3.
36. **Nyqvist , KH, et al.** Early skin-to-skin contact between healthy late preterm infants and their parents : an observational cohort study. *PeerJ*. 30 Octobre 2017.
37. **Pallàs Alonso, C.R, Rodriguez Lopez, J et y al.** Consideraciones en relacion con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto. *Anales de pediatria*. 7 Mars 2014.
38. **Mochel, K.** *Pratique du peau à peau en salle de naissance à la clinique durieux*. Le tampon : Créfam, 2014.
39. **GIRARD, Laurence.** Peau à peau ... Et vous, dans votre équipe, vous en êtes où ? *Les Dossiers de l'Obstétrique*. Février 2015, Vol. 445, pp. 8-11.
40. **Ludington-Hoe, S.M et Morgan, K.** Infant Assessment and reduction of sudden unexpected postnatal collapse risk during skin-to-skin contact. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 2014, Vol. 14, pp. 28-33.
41. **IHAB et AFPA.** Qualité et sécurité du peau à peau à la naissance : après la naissance, j'ai avant tout besoin d'être là. *Amis-des-bébés*. [En ligne] 2014. <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/2014/Qualite-Securite-peau-a-peau-naissance-Affiche-IHAB.pdf>.

42. **Tourneux, P, et al.** Peau-à-peau en salle de naissance : impact du monitoring de la saturation pulsée en oxygène. *Archives de Pédiatrie*. 26 Octobre 2014, pp. 166-170.

Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement libre et éclairé

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux étudiantes sages-femmes en 4^{ème} année (C. LUSSON et L. CHALVIN) et dans le cadre de notre formation nous réalisons un mémoire de fin d'étude pour l'obtention de notre diplôme d'Etat de sage-femme. Les études que nous réalisons ont pour objet d'observer les pratiques professionnelles autour de l'accouchement afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins autour de la naissance.

Les observations seront réalisées de l'accouchement au passage en unité mère enfant. Pour cela, nous avons besoin de votre consentement, via le formulaire joint.

Nous, soussignés (Nom, prénom de la mère)
..... née le et
(Nom, prénom du père) né le
..... certifions avoir donné notre accord pour participer à
cette étude.

Nous acceptons volontairement de participer aux études menées par C. LUSSON et L. CHALVIN dans le cadre de leur mémoire de fin d'étude de Sage-femme. Nous comprenons que notre participation n'est pas obligatoire et que nous pouvons stopper notre participation à tout moment sans avoir à se justifier ni encourir aucune responsabilité.

Notre consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Nous avons été informés que notre identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information nous concernant sera traitée de façon confidentielle.

Date :

Signatures :

Annexe 2 : Tableau de recueil de données

Les cases « commentaires » ne sont pas à remplir obligatoirement, elles sont présentes afin de rajouter des précisions au cours de l'observation ou de notifier un problème.

Acronymes : SA = salle d'accouchement / SF = sage-femme / AP = auxiliaire de puériculture / ESF = étudiant sage-femme / EAP = étudiant auxiliaire de puériculture / DAN = diagnostic anténatal / PAP = peau à peau / NNé = nouveau-né

Observation n° : Date : Heure :

Informations à recueillir dans le dossier de la patiente.

Informations propres à la mère

<u>Parité</u> :	<u>Âge</u> :	<u>IMC</u> :
Pendant la grossesse DAN de malformations gênant l'adaptation cardio-respiratoire Traitement(s) psychotrope(s) Sédatif(s)	Lesquelles ? Lesquels, posologie, durée ?	
Pendant le travail, dans les 6h précédant la naissance Injection de morphiniques Sédatif(s) Autres :	Lesquels, posologie, durée ?	

Informations propres au NNé et critères néonataux nécessaires à la mise en PAP

Heure de naissance :			
Items	OUI	NON	Commentaires
≥ 37SA			
Nouveau-né normal <i>(respiration vigoureuse ou cri, bon tonus, couleur devenant</i>			

<i>rapidement rose et pouls > 100 / min)</i>			
Apgar > 7 à 1 min			
Sain (= pas de malformations apparentes)			
Vigoureux (Apgar 10 à 10min)			
Avis pédiatrique demandé pour le PAP			Indication : Accord pédiatrique : OUI / NON Sous quelles conditions ?

Informations à recueillir par l'observation lors de la mise en peau à peau en SA.

Mise en peau à peau

Heure de début du PAP : __ h __ min		Heure de départ de la SF/AP/ESF/EAP de la SA <input type="text"/> après la 1 ^{ère} mise en PAP :									
Délai d'installation en PAP avec la mère <input type="text"/> après la naissance :											
Items	OUI	NON	Commentaires								
Enfant séché											
Séché avec un linge chaud											
Bonnet mis											
Couvert avec un linge chaud											
Visage dégagé ET visible											
Corps entièrement couvert											
Position du NNé Sur le côté <input type="checkbox"/> Sur le ventre <input type="checkbox"/> Sur le dos <input type="checkbox"/>											
Saturation mise en place			Indication :								
Présence du père ou d'un accompagnant											
Score fatigue de la mère à la mise en PAP	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Aucune fatigue		Fatigue légère			Fatigue modérée			Fatigue sévère		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Score fatigue de l'accompagnateur à la mise en PAP											

Questions posées à la mère (par SF / AP / ESF / EAP)

Items	OUI	NON	Commentaires
A-t-on demandé à la mère si elle souhaitait- garder son enfant en PAP après le départ des SF / AP / ESF / EAP de la SA (après 1 ^{ère} mise en peau à peau) ?			Comment la question a-t-elle été posée ? Réponse de la mère (détails)
La mère souhaitait-elle le maintien de son enfant en PAP ?			<u>Si non</u> , pour quelle(s) raison(s) ?
			<input type="checkbox"/> La question n'a pas été posée <input type="checkbox"/> Souhait sans précision <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Absence du père / accompagnant <input type="checkbox"/> Indisponibilité <input type="checkbox"/> Peur <input type="checkbox"/> Autre :
(Si elle ne le souhaitait pas), a-t-on proposé au père ou à l'accompagnateur de garder l'enfant en PAP ?			
La mère a-t-elle été informée d'une surveillance régulière du PAP par les SF / AP / ESF / EAP ?			

Les conseils donnés à la mère et à l'accompagnateur

Durée des conseils :			
L'enfant doit rester rose			
Maintien du visage dégagé			
L'enfant doit rester couvert			
Position			
<input type="checkbox"/> Sur le côté en dehors de la tétée			

<input type="checkbox"/> Sur le ventre pendant la tétée			
Autres conseils donnés concernant le PAP			Lesquels ?
Une information sur les bénéfices du PAP a-t-elle été donnée ?			De quelle façon ? Lesquels ?
Une information sur les risques du PAP a-t-elle été donnée ?			De quelle façon ?

Fin du PAP

Heure de fin du PAP : __ h __ min			
Fin du PAP du fait du passage en UME ?			
Fin du PAP par souhait de la mère ?			La mère a-t-elle donné une raison ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> La question n'a pas été posée
			<input type="checkbox"/> Si oui, la ou laquelle(s) ?
			<input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Absence du père / <input type="checkbox"/> Indisponibilité <input type="checkbox"/> accompagnant <input type="checkbox"/> Souhait sans <input type="checkbox"/> Autre : précision
Fin du PAP suite au souhait des professionnels de santé			<input type="checkbox"/> Activité augmentée en SA <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Indisponibilité

Traçabilité : conformité du remplissage de la feuille de surveillance

Tous les items remplis			<input type="checkbox"/> Si non, le ou lesquels ?
Si items manquants, pour quelles raisons ?			<input type="checkbox"/> Non observé <input type="checkbox"/> Observé mais non <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> noté

Conditions liées à l'activité (à la prise de décision du PAP)

En ce qui concerne la SF en charge de la patiente				En ce qui concerne l'AP en charge de la patiente			
Nbre de patientes en travail à sa charge :				Nbre de patientes accouchées à sa charge :			
0-30 min	30min – 1h	1h – 1h30	1h30 - 2h	0-30 min	30min – 1h	1h – 1h30	1h30 - 2h
Nbre de patientes accouchées à sa charge :				Case « activité obstétricale compatible avec la surveillance » cochée dans le dossier ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Commentaires :
0-30 min	30min – 1h	1h – 1h30					

Nombre de SF au total :

Nombre d'AP au total :

Nombre d'ESF (+ années) au total :

Nombre d'EAP (+ années) au total :

Nombre de SA et salle de pré-travail occupées :

Nombre de femmes accouchées en SA :

Nombre de femmes en travail :

Surveillance du PAP

	Visite 1	Visite 2	Visite 3	Visite 4	Visite 5	Visite 6	Visite 7	Visite 8	Visite 9	Visite 10
Heure de début de visite	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min
Heure de fin de visite	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min	-- h -- min
Par qui ?										
Items observés et/ou remplis sur la feuille de surveillance										
Enfant regardé										
Coloration										
Visage dégagé										
Mouvement										
Respiration										
Position du NNé										
Alimentation										
Actions ?										
Lesquelles ? (Saturation, dextro, température, aide mise au seins...)										
Divers /commentaires en dehors des visites (+ durée / heures)										

ex : disponibilité de l'accompagnant, entrée / sortie de l'accompagnant, usage du téléphone, sommeil, symptômes du NNé, signes de tétées, ...										
Etat de conscience de la mère : 0 / inconscience, 1 / sommeil, 2 / somnolence, 3 / éveil	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
La fatigue de la mère est-elle évaluée ? Comment ?										
Etat de conscience de l'accompagnant : 0 / inconscience, 1 / sommeil, 2 / somnolence, 3 / éveil	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
L'accompagnant est-il sollicité ? Comment ? Pourquoi ?										
La fatigue de l'accompagnant est-elle évaluée ? Comment ?										
Fiche signée										

Annexe 3 : Protocole de l'accueil du nouveau-né en salle de naissance

du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble – Alpes



ACCUEIL DU NOUVEAU-NE NORMAL DE 37 SA ET PLUS SANS PATHOLOGIE, DANS LES DEUX PREMIERES HEURES DE VIE

Comité de rédaction :

Pédiatres : Dr Valérie BELIN (CHU GRENOBLE), Dr Pascale BRICHON (Clinique Mutualiste des Eaux Claires), Dr Gaëlle DEMAY-LEGROS (CH VOIRON), Dr Mireille GAMOT (Clinique Belladonne).

Sages-femmes : Mr Frédéric DUPRE (Clinique Mutualiste des Eaux Claires), Mme Sandra DUSONCHET (Clinique des Cèdres), Mme Isaline ESCOFFIER (CH VOIRON), Mme Anne JOURNAULT (CHU GRENOBLE), Mme Anne RANNAUD (CH VOIRON), Mme Séverine THOMASSON (Clinique Belladonne).

Auxiliaires de puériculture : Mme Renée BALDISSERA (Clinique Mutualiste des Eaux Claires), Mme Odile BERLIOUX (CHU GRENOBLE), Mme Maryvonne CIONI (Clinique Belladonne), Mme Colette FERRAZZI (Clinique des Cèdres), Mme Virginie JACOBELLI (CH VOIRON).

« Ce qui devrait disparaître dans les salles de naissances, c'est l'enchaînement des gestes qui n'ont rien d'urgent mais sur lesquels tout le monde par habitude se précipite : baigner, peser, mesurer, s'occuper du cordon ombilical, vérifier l'anus et l'œsophage (...). Tout cela peut attendre que le bébé ait réussi son programme têtée et se faire tranquillement juste avant le retour de la nouvelle famille dans sa chambre ».

Mais attention cela ne veut pas dire qu'il ne faut plus faire de désobstruction des VAS, mais implique de ne le faire qu'à ceux qui en ont besoin.

L'obligation de surveillance soutenue dans les 2 heures suivant la naissance (décret périnatal 98-900 du 09/10/1998) permet de mettre en place ce contact peau à peau prolongé, favorisant ainsi une têtée précoce.

Dr Marie THIRION

3

DEFINITION

Seuls les nouveau-nés à terme sains et normaux, « vigoureux » et sans pathologie sont concernés quel que soit leur mode de naissance.

Le nouveau né normal correspond au groupe 1 selon la référence de l'European Resuscitation Council de 2005 [1] : **respiration vigoureuse ou cri, bon tonus, couleur devenant rapidement rose et pouls >100/min.**

Le moyen de prendre le pouls n'est pas précisé et dépendra des pratiques de chacun. Le calcul du score d'APGAR doit être supérieur à 7 à une minute.

4

DEROULEMENT DES SOINS

B - Modalités du peau à peau

Les nouveau-nés doivent être gardés avec leur mère après la naissance.

La position en peau à peau, par rapport à la mise en berceau ou en couveuse, a fait l'objet de nombreux travaux avec des études scientifiques valides : bien-être du bébé, constance de la température [2], constance de la glycémie, rareté des cris, meilleure saturation O₂, baisse de la sécrétion d'adrénaline, meilleure mise en route de l'allaitement maternel, baisse des manifestations de douleur [3-13]

Dans ces conditions, le groupe de travail recommande de proposer le peau à peau dès la naissance :

Mise en peau à peau :

- Sécher l'enfant avec un linge chaud et penser à maintenir une température suffisante dans la salle [14-15]
- Recouvrir d'un linge chaud et d'un bonnet en veillant à laisser son visage dégagé et visible afin de faciliter la surveillance
- Mettre le nouveau-né sur le côté sur la poitrine de la mère et le disposer sur le ventre en cas de besoin de téter. Après la tétée remettre le nouveau-né sur le côté. [16]
- Une surveillance régulière sera effectuée par une auxiliaire de puériculture en collaboration avec la sage-femme, notée sur la fiche de surveillance et contrôlant trois items : couleur, mouvement et respiration. Les parents recevront les conseils pour observer leur bébé : maintien d'une coloration et d'un visage dégagé surtout en fin de tétée.
- Une saturation peut être mise en place dans certaines situations pour sécuriser la mise en place du peau à peau.
- La surveillance du nouveau-né en salle d'accouchement est sous la responsabilité de la sage-femme qui doit être sensibilisée au risque de survenue de malaises graves chez les nouveau-nés en salle de naissance. [17-22]. Cette surveillance peut être couplée avec celle faite pour la mère recommandée toutes les 15 minutes.
- La surveillance doit être renforcée chez les mères primipares, celles qui sont très fatiguées et risquent de s'assoupir [*]

En cas de césarienne un peau à peau peut être proposé au papa selon les mêmes modalités.[23]

G - Feuille de surveillance

Document mis à la disposition des soignants pour permettre de consigner par écrit leur surveillance et l'évaluation du bien être fœtal.

Surveillance d'un nouveau-né normal de plus de 37 SA en peau à peau dans les 2h suivant la naissance

<input type="checkbox"/>	Nouveau né normal ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/>	Traitements chez la mère ?	
	▪ Morphiniques IV ou sédatifs dans les 6h avant la naissance ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	▪ Traitements psychotropes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/>	L'activité obstétricale est-elle compatible avec la surveillance de l'enfant en peau à peau ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/>	Les consignes de sécurité (coloration et maintien d'un visage dégagé) ont été expliquées aux parents et comprises a priori	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NB: en cas de réponse négative à 1 item, le peau à peau ne doit pas être réalisé sans avis pédiatrique.		
<i>Nom et signature du praticien responsable</i>		

Heure du passage	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...
Coloration											
Respiration											
Visage dégagé											
Mouvement											
Nom de l'agent											

Annexe 4 : tableau de conformité de la surveillance du peau-à-peau en lien avec l'activité en salle de naissance

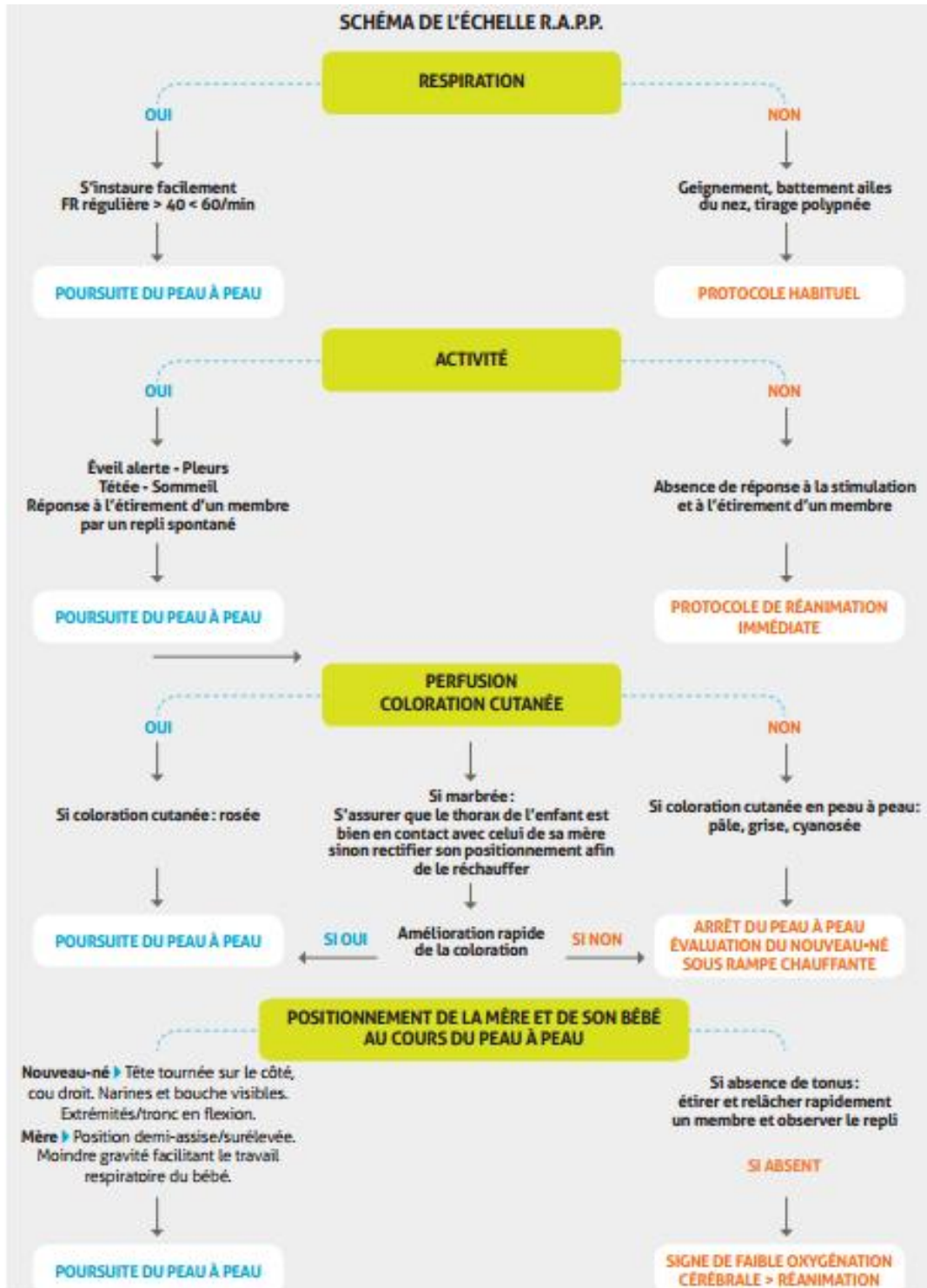
Sage-femme			
0 - 30min	30min - 1h	1h - 1h30	1h30 - 2h
1	2	2	2
2	2	2	2
2	2	2	3
1	1	1	1
2	2	2	3
1	1	2	3
2	2	2	2
1	1	1	3
2	2	2	2
1	1	1	1
3	3	3	3
2	2		
3	3		
3	3	3	3
3	3	3	3
2	2	2	2
2	1	1	1
2	2	2	
1	1	1	
1	1	1	
1	1	2	2
1			
1	1	1	
2	2	2	2
2	2	2	
1	1	1	1
1	1	1	1
3	3	2	2
3	3	3	2
2	2	2	2
1	1	1	1
2	1	4	4
1	1	1	1
2	2	1	1
1			
2	2		
1	1	1	1
1	1	1	
1	1	1	
1	1	1	
1	1	1	1

Auxiliaire de puériculture			
0 - 30min	30min - 1h	1h - 1h30	1h30 - 2h
1	2	2	2
2	3	3	3
2	2	2	1
3	2	1	1
3	3	4	4
2	2	3	3
3	3	2	1
3	2	3	2
2	2	3	2
2	2	2	2
3	3	4	4
1	1		
4	4		
2	2	3	3
3	4	4	4
1	1	1	2
3	2	2	2
3	4	3	
4	5	4	
1	1	1	1
1	1	1	1
1			
1	1	1	
2	2	2	2
2	2	2	
2	2	3	3
1	1	1	2
1	2	3	3
4	4	3	3
2	3	4	3
2	1	3	3
1	1	1	1
2	2	3	4
2	2	2	2
5	5	5	5
1			
1	1		
2	2	3	3
1	1	2	2
2	2	2	
1	1	2	
1	1	1	1

Couple SF - AP				Conformité
0 - 30min	30min - 1h	1h - 1h30	1h30 - 2h	é
				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7
				8
				9
				10
				11
				12
				13
				14
				15
				16
				17
				18
				19
				20
				21
				22
				23
				24
				25
				26
				27
				28
				29
				30
				31
				32
				33
				34
				35
				36
				37
				38
				39
				40
				41
				42

activité incompatible
 surveillance non compatible
 + activité incompatible

Annexe 5 : schéma de l'échelle R.A.P.P (40)



Annexe 6 : exemple d'affiche concernant les bénéfices, les risques et les conseils de sécurités du peau-à-peau pouvant être exposée en salle de naissance réalisée par l'IHAB en partenariat avec l'AFPA (41)



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

Photo: Marie de Trazimbo

INITIATIVE HÔPITAL



AMI DES BÉBÉS

ami-des-bebes.fr

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

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

Installez le bébé et la maman correctement

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

Surveillez régulièrement la couleur et le comportement du bébé

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



AFPA
ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE

Résumé et mots clés

Objectifs : D'abord, évaluer le respect des bonnes pratiques en matière de mise en place et de surveillance de l'ensemble des nouveau-nés mis en peau-à-peau en salle de naissance après un accouchement voie basse. Puis déterminer quels étaient les nouveau-nés mis en peau-à-peau malgré les critères d'exclusion, si le consentement des parents à la mise en peau-à-peau était recherché et dans quelles mesures l'activité en salle de naissance a un impact sur l'installation et la surveillance du peau-à-peau.

Matériel et méthodes : Audit clinique des pratiques professionnelles, monocentrique, à l'HCE de Grenoble, par observation directe des sages-femmes, étudiantes sages-femmes et auxiliaires de puériculture. Le personnel et les couples ne connaissaient pas le sujet de l'étude.

Résultats : Les critères d'éligibilité ont été respectés dans 95% des cas. Les conditions de mise en place du peau-à-peau sont maîtrisées par les soignants à l'exception du séchage conforme dans 2%. La délivrance de conseils est inconforme dans 48% des cas. La surveillance du nourrisson est réalisée dans 100% des cas, mais l'intervalle de temps entre les surveillances a été évalué comme conforme dans 33,3 %. L'activité semble avoir un impact négatif dans 60,7% des cas.

Conclusion : Les résultats obtenus sont plutôt satisfaisants et montrent l'intérêt de l'équipe médicale au développement du soin peau-à-peau. Les axes d'amélioration retrouvés dans cette étude concernent principalement le séchage de l'enfant et la délivrance de conseils.

Mots clés : évaluation des pratiques professionnelles, peau-à-peau, malaise inopiné, nouveau-nés à terme et sains, salle de naissance

Abstract and keywords

Objectives : The first aim was to assess the respect of good practises concerning the setting up and the monitoring of all the newborns who benefited from skin-to-skin contact in the delivery room after a vaginal birth. The second aim was to determine who the newborns who benefited from skin-to-skin contact were despite the exclusion criteria, if the consent of parents to skin-to-skin contact was sought for and to what extent the activity in the delivery room had an impact on the setting up and monitoring of skin-to-skin contact.

Material and methods: clinical audit of monocentric professional practices in Grenoble hospital for parents and children (HCE de Grenoble) by direct observation of midwives, student midwives and childcare assistants. The staff and the parents were not aware of the topic of the research.

Results: The eligibility criteria were respected in 95 % of cases. The conditions of the setting up of skin-to-skin contact were mastered by the caregivers except for drying which was compliant in only 2% of cases. Advice giving was improper in 48% of cases. The monitoring of the infant was achieved in a 100% of cases, however the period of time between the monitorings was assessed as adequate in only 33,3 % of cases. The activity in the delivery room seemed to have a negative impact in 60,7% of cases.

Conclusion: The results obtained are rather satisfying and show the interest of the medical team for the development of skin-to-skin care. The areas for improvement found during this research concern mainly the drying of the baby and advice giving.

Keywords : clinical audit, skin-to-skin contact, unexpected collapse, healthy and full- term newborn infants, delivery room