

État des lieux sur la pratique du peau à peau en salle de césarienne au CHU de Nice

Julia Ribemont

▶ **To cite this version:**

Julia Ribemont. État des lieux sur la pratique du peau à peau en salle de césarienne au CHU de Nice. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03578934

HAL Id: dumas-03578934

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03578934

Submitted on 17 Feb 2022

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.

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Etat des lieux sur la pratique du peau à peau en salle de césarienne au CHU de Nice

Julia RIBEMONT
Née le 14 juillet 1997
A Melun, Seine-et-Marne

Mémoire présenté et soutenu le
11 Juin 2021
Sous la direction de Madame Katia Boujnaiah

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME
2021

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Etat des lieux sur la pratique du peau à peau en salle de césarienne au CHU de Nice

Julia RIBEMONT
Née le 14 juillet 1997
A Melun, Seine-et-Marne

Mémoire présenté et soutenu le
11 Juin 2021
Sous la direction de Madame Katia Boujnaiah

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME
2021

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Tout d'abord, je souhaite offrir toute ma gratitude et mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, madame Katia Boujnaiah qui a été d'une aide précieuse par sa disponibilité, son investissement et sa bonne humeur, rien n'aurait été possible sans votre aide.

Un grand merci également à madame Anne Blayac pour sa disponibilité et ses conseils ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes et notamment madame Alexandra Musso, pour son implication tout au long de ces quatre années d'études.

Merci à mes parents, mon frère et mon conjoint pour leur amour, leur soutien sans faille depuis le début, qui m'a permis de surmonter la pression et les épreuves de ces années d'études.

Enfin, je souhaite remercier ma grand-mère, qui m'a toujours félicitée et encouragée, elle aurait été fière de lire ce travail.

Table des matières

Liste des abréviations 6

Liste des tableaux 6

Liste des figures 6

1.Introduction 7

2.Matériel et méthode 12

3.Résultats 15

4.Discussion 24

4.1. Réponses aux hypothèses 24

4.2. Déroulement du peau à peau et critères de qualité 25

4.3. Forces et limites de l'étude 26

4.4. Perspectives d'améliorations 27

4.4.1. Diffusion de l'information 27

4.4.2. Adaptations du peau à peau en salle de césarienne 30

4.4.3. Evaluation du peau à peau à distance 31

5.Conclusion 32

Bibliographie 33

Annexe I : Protocole code couleur césarienne 36

Annexe II : Protocole PAP en SDN et au bloc obstétrical 41

Annexe III : Fiche information destinée aux parents 50

Annexe IV : Fiche information destinées aux professionnels de santé 52

Annexe V : Fiche de surveillance du PAP 53

Annexe VI : Questionnaire 54

Annexe VII : Score d'Apgar [30] 55

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IHAB : Initiative Hôpital Amis des Bébés

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAP : Peau à peau

PMI : Protection Maternelle Infantile

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population PAP sélectionnée……...…14

Tableau 2 : Caractéristiques des nouveau-nés ayant bénéficié du PAP…....15

Tableau 3 : Fiche et fréquence des surveillances……...……16

Tableau 4 : Présence et rôle du conjoint……..…….….16

Tableau 5 : Durées des PAP en salle de césarienne, de réveil et durée totale……..17

Tableau 6 : Raisons des non-mises en peau à peau ……..…..…..18

Tableau 7 : Raisons de l'arrêt du PAP au bloc obstétrical et en salle de réveil ……..…19

Tableau 8 : Réponses au questionnaire……...…...20

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux des patientes…….…..……..…...13

Figure 2 : Question 3 du questionnaire……..…….…….....20

1. Introduction

Le peau à peau (PAP) est une pratique consistant à placer le nouveau-né nu sur le ventre de sa mère ou de son coparent. Il découle de la méthode « kangourou », instaurée en 1978 par deux pédiatres Colombiens n'ayant pas suffisamment d'incubateurs dans leur service. Leur technique consistait à maintenir l'enfant nu entre la poitrine de sa mère et ses vêtements [1]. Cette pratique du peau à peau est reconnue par de nombreuses sociétés savantes, notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle recommande un peau à peau immédiat, ininterrompu et prolongé au cours de la première heure de vie, que la naissance ait eu lieu par voie basse ou par césarienne sans anesthésie générale. En effet, il joue un rôle essentiel pour lutter contre l'hypothermie, faciliter la mise en place de l'allaitement et favoriser le lien d'attachement [2,3]. Il est donc considéré comme un soin à part entière, apportant de nombreux bénéfices maternels et néonataux.

Le contact PAP entre un parent et son nouveau-né fait partie des recommandations de soin depuis 2002 [3]. Il est systématiquement proposé lors d'un accouchement par voie basse mais encore très peu répandu lors d'une naissance par césarienne. Or, en France, le taux de césarienne d'environ 20%, reste stable depuis les années 2010 [4], les césariennes programmées représentant la moitié de ce mode d'accouchement [5].

Charlotte Langlet, une étudiante sage-femme diplômée en 2019, avait ainsi pu démontrer que les conditions de mise en place du protocole concernant le PAP en salle de césarienne étaient réalisables au CHU de Nice [6]. Les patientes étaient toutes satisfaites et demandeuses de cette pratique et l'ensemble des professionnels plutôt enthousiastes même si des problèmes d'organisation subsistent. Il paraît donc pertinent de réaliser un état des lieux sur le PAP en salle de césarienne depuis l'instauration du protocole afin d'en évaluer le respect des critères de surveillance. Par ailleurs, la maternité du CHU souhaite obtenir la labellisation IHAB, dont un des critères correspond à cette pratique.

Le label « Initiative Hôpital Amis des Bébés » (IHAB) est un programme international lancé en 1991 par l'OMS et l'UNICEF. Il instaure un partenariat bienveillant entre parents et professionnels de santé. La maternité de l'Archet 2 du CHU de Nice s'inscrit dans une démarche de labellisation IHAB, ce qui permet de repenser les pratiques, de créer un environnement et un accompagnement attentif et rassurant pour les parents. Ce programme n'est pas uniquement centré sur l'allaitement maternel mais va bien au-delà : il s'agit d'un ensemble de soins englobant l'enfant et sa famille. Il respecte les besoins et les rythmes de chaque nouveau-né et permet aux parents de prendre totalement leur place dès la naissance de leur bébé. 12 recommandations de bonnes pratiques ont été émises en maternité et notamment la quatrième recommandation : « Quel que soit le mode d'accouchement, le PAP avec la mère est toujours à privilégier » [7].

La naissance par césarienne reste un acte chirurgical qui interfère dans la rencontre mère/bébé, et potentiellement dans la création du lien d'attachement. Depuis les années 70, le lien d'attachement mère-enfant est étudié avec la célèbre « théorie de l'attachement » du psychiatre britannique John Bowlby. Il remet en cause le point de vue de Sigmund Freud, selon lequel l'enfant développe un lien avec sa mère dans le seul but de pouvoir être nourri. D'après Bowlby, l'attachement est un processus instinctif, destiné à perpétuer la survie de l'espèce en permettant un lien étroit entre le nouveau-né et sa mère. Cette dernière s'occupera de lui sans être forcément sa mère biologique. Il est important de noter que ce lien débute dès la grossesse et s'établit durant les trois premières années de vie. Cette mise en place précoce est essentielle puisqu'elle va influencer sur la manière dont l'enfant établira ses relations sociales pour le reste de sa vie. Il s'agit d'un processus réciproque qui nécessite par conséquent des interactions entre la mère/le coparent et le nourrisson. Il sera activé par des situations de stress comme la peur, la douleur ou la séparation. La qualité de ce mécanisme dépendra de la rapidité avec laquelle la personne concernée répondra à ces signaux de stress [8]. Si la figure d'attachement répond de manière adéquate aux signaux de l'enfant, ce dernier sera alors sécure, apte à explorer l'environnement qui l'entoure et ainsi développer ses capacités

cognitives. Il se sentira aimé et aura une bonne estime de lui. Le processus d'attachement est très complexe. Il reste sous la dépendance d'une « programmation comportementale innée », de multiples stimulations sensorielles, de secrétions hormonales et d'échanges émotionnels entre la mère et son nouveau-né. Dès lors, il est aisé de comprendre à quel point son équilibre est fragile et chaque intervention des professionnels, tels que les examens cliniques du nouveau-né ou les prises de mensurations, peuvent interférer avec la mise en place de ce lien. Le peau à peau, dans le cadre des césariennes, offre la possibilité aux parents et à leur nouveau-né de mettre en place cette relation dès les premières minutes de vie et ainsi prendre confiance dans leurs capacités à devenir parents. Cette expérience va permettre au fœtus devenu nouveau-né de retrouver ses repères connus *in utero* comme les battements de cœur ou la voix de ses parents [9]. Une étude a mis en évidence un lien entre la durée du PAP dès les 24 premières heures de vie et la qualité des interactions entre la mère et son nouveau-né dans la première année de vie. Se pose alors la question d'une période « critique » lors du post-partum immédiat où il est essentiel de mettre tout en œuvre pour proposer ce contact PAP.

La césarienne a également un impact sur la colonisation bactérienne du nouveau-né. Son « microbiote intestinal » : ensemble de bactéries, virus, parasites et champignons non pathogènes constituant une partie non négligeable du tractus digestif, est alors moins diversifié [10]. En effet, il se constitue dès la naissance, au contact de la flore vaginale. Par césarienne, la diversité microbienne est initialement réduite. Il existe un retard d'implantation des bonnes bactéries issues du microbiote vaginal de la mère [11-13]. Ces différences de composition peuvent persister durant la première année de vie du nourrisson. Le microbiote intestinal est de plus en plus connu. Il est impliqué dans les fonctions digestives, immunitaires, métaboliques et neurologiques [14,15]. La « dysbiose », c'est-à-dire l'altération qualitative et fonctionnelle du microbiote intestinal, explique ainsi l'origine de certaines maladies auto-immunes et inflammatoires. La naissance par césarienne étant un facteur de risque [16], elle peut donc jouer un rôle dans de nombreuses pathologies telles que le diabète, l'obésité et

l'asthme [17-19]. Le peau à peau dans les heures qui suivent l'acte chirurgical a une influence positive sur l'acquisition par le nouveau-né d'un microbiote plus diversifié puisqu'il sera alors en contact avec la flore (peau, bouche) de sa mère.

La césarienne peut également interférer dans la synthèse d'ocytocine normalement délivrée lors des premières contractions qui ont un rôle majeur dans la préparation du fœtus à la vie extra-utérine. Il va sécréter des catécholamines permettant la dilatation des voies respiratoires, l'augmentation de l'afflux sanguin vers le cœur et le cerveau, la mobilisation de l'énergie stockée dans le foie et l'éveil des sens. Par ailleurs, les compressions du thorax et de la tête du fœtus vont faciliter l'expulsion du liquide amniotique des poumons et favoriser leur maturation. Ainsi, lorsque la césarienne est programmée, le nouveau-né ne bénéficie d'aucune contraction et augmente son risque de détresse respiratoire [20].

Malgré ces nombreux bénéfices, le PAP en salle de césarienne est très peu pratiqué en France par rapport aux États-Unis (Texas, Floride), à la Suède ou à l'Espagne [21-24]. Parmi les maternités françaises, le CH Emile Borel de Saint-Affrique dans l'Aveyron fait partie des premiers centres à avoir été labellisé IHAB. L'équipe a établi un protocole sur « l'organisation de l'accueil du nouveau-né en salle de césarienne et de réveil » depuis de nombreuses années [25,26].

Cependant, il n'existe pas de protocole défini permettant d'unifier les pratiques pour toutes les maternités, ce qui freine sa généralisation.

De plus, les couples ne savent pas qu'il existe cette possibilité de PAP notamment pour les mères césarisées. L'information en amont est donc cruciale. Aux vues des atouts probants pour la mère et son nouveau-né, il paraît judicieux de réfléchir à sa mise en œuvre de manière durable.

L'hypothèse motivant ce travail de recherche est la suivante : le protocole de service sur la mise en place du PAP au bloc chirurgical obstétrical est respecté.

Les hypothèses secondaires faisant suite au travail de Charlotte Langlet sont :

-l'information sur le PAP en salle de césarienne est donnée à toutes les patientes éligibles à travers une fiche en double exemplaire, l'une pour la patiente et l'autre dans le dossier obstétrical
-les patientes sont toutes satisfaites et demandeuses de cette pratique.

Cette étude a pour objectif principal de quantifier la pratique du peau à peau au Centre Hospitalier Universitaire de Nice qui respectent les critères de qualité énoncés dans le protocole, en réalisant un état des lieux sur les césariennes programmées et codes verts (Annexe I) d'octobre 2020 à janvier 2021.

2. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée sur la période du 01/10/2020 au 31/01/2021 au CHU de l'Archet 2, à Nice. C'est une maternité publique de type 3, la seule de toute la région PACA Est. Les césariennes sont classées selon un code couleur qualifiant le degré d'urgence : code rouge pour les césariennes devant être faites en urgence (<15 minutes), code orange pour un délai inférieur à 30 minutes et code vert pour une extraction qui tend vers les 60 minutes.
Les critères d'inclusion concernaient toutes les césariennes codes verts y compris et notamment les césariennes programmées, incluant des nouveau-nés avec un terme >36 SA et bien portants dès la naissance.

Les critères de non-inclusion concernaient :

-les codes orange et rouge,
-les termes <36SA et/ou les nouveau-nés porteurs de malformations à risque de décompensation brutale et/ou les nouveau-nés nécessitant une surveillance clinique à la naissance ou un transfert en réanimation néonatale,
-le refus de la patiente et/ou de l'équipe obstétricale,
-les mères dont l'état ne permettait pas la mise en place du peau à peau.
-l'anesthésie générale,
-l'activité au sein du bloc rendant la surveillance impossible.

Au préalable, un protocole d'accueil du nouveau-né présumé bien portant en salle de naissance et en salle de césarienne a été rédigé et validé par une sage-femme consultante en lactation en décembre 2020 et la sage-femme coordinatrice de la salle de naissance. Ce nouveau protocole est en lien avec le travail de labellisation IHAB de la maternité du CHU de Nice, reprenant les situations permettant la mise en place du PAP et celles les contre-indiquant, ainsi que les gestes ou traitements inutiles ou utiles mais à différer (Annexe II).

Une fiche d'information sur le peau à peau en salle de césarienne a été réalisée (Annexe III). Elle permettait d'expliquer aux parents son déroulement, d'en rappeler les bénéfices pour leur nouveau-né et les paramètres de surveillance clinique à adopter. Cette fiche était remise soit en consultation prénatale ou pré-césarienne, ou bien directement en salle de naissance lorsqu'il s'agissait de césarienne en cours de travail (codes verts). Elle devait être signée par la patiente, avec un exemplaire restant dans le dossier obstétrical.

Une fiche d'information a également été remise par mail aux professionnels de santé de la salle de naissance (Annexe IV). Elle avait pour objectif d'expliquer la mise en place de cet état des lieux sur le PAP en salle de césarienne, en insistant sur les bénéfices et la sécurité à adopter grâce à une surveillance rigoureuse du nouveau-né. Cette fiche informait également le personnel sur le souhait de la maternité d'obtenir le label IHAB, critère de qualité dans la prise en charge et le respect de la relation parents/nouveau-né.

Une fiche de surveillance (Annexe V) a été rédigée afin de permettre aux professionnels de santé d'assurer une traçabilité de la surveillance clinique. Elle mentionnait en autre :
-la coloration du nouveau-né,
-son tonus,
-son activité spontanée,
-sa tête bien dégagée mais aussi les heures de début et de fin du peau à peau,
-si le conjoint avait pris le relais,
-si le peau à peau avait été poursuivi en salle de réveil,
-s'il y avait eu présence d'une complication,
-la température en rectal du nouveau-né à la fin du peau à peau,
- s'il y avait eu une première tétée de réalisée.

Cette fiche de surveillance restait ensuite dans le dossier obstétrical.
Enfin, un questionnaire a été élaboré à l'attention des couples (Annexe VI). Il se voulait succinct pour être rempli rapidement en salle de réveil

et ne pas perturber le PAP. Cela permettait de les interroger sur leur satisfaction mais aussi sur la façon dont ils ont été informés de cette pratique dans l'objectif d'améliorer le protocole. Ce questionnaire était également classé dans le dossier obstétrical des patientes.

Les paramètres suivants ont été étudiés : l'Apgar du nouveau-né à la naissance, la mise en place du PAP au bloc, la raison de sa non-réalisation dans le cas contraire, son éventuelle reprise en salle de réveil, la présence du coparent ou d'une personne accompagnante, la durée totale du PAP, le motif de fin de sa mise en place, la température du nouveau-né, les critères de surveillance en terme de faisabilité, la présence de la fiche information aux parents dans le dossier et si le questionnaire avait été donné et rempli.

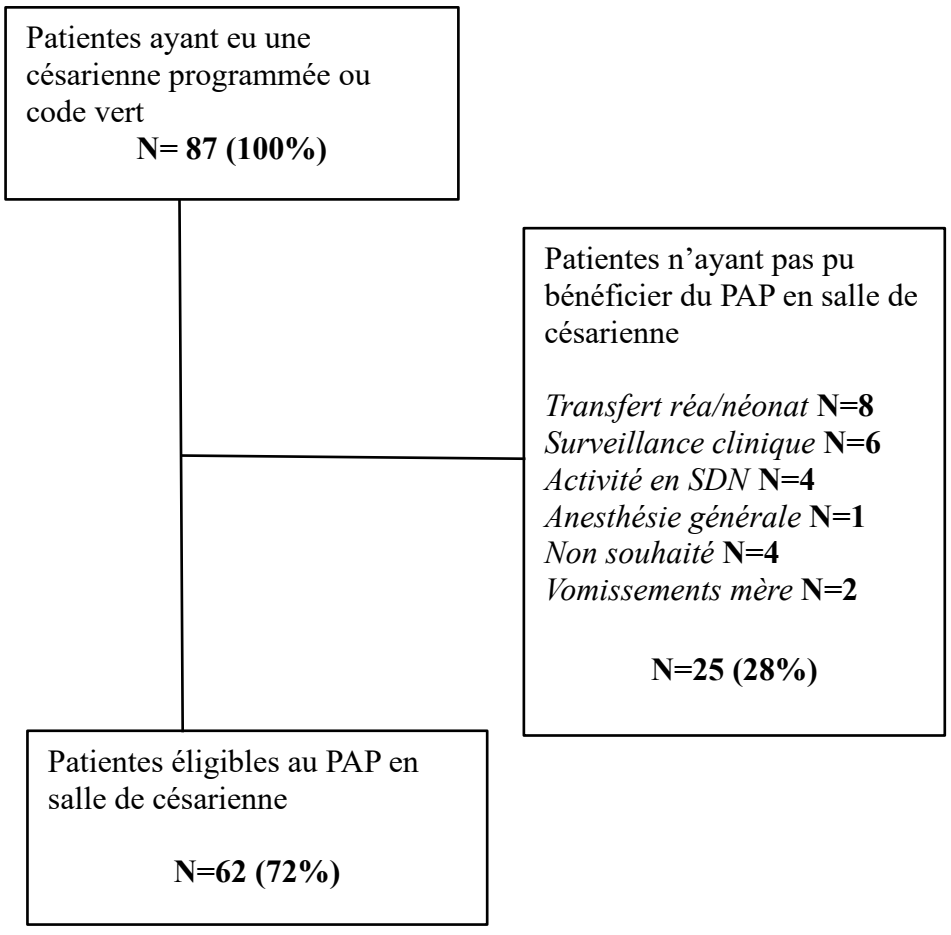
Les données étaient analysées à l'aide du logiciel Excel. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyennes, de pourcentages et d'écarts-type. Les variables qualitatives étaient sous forme d'effectifs.

Le critère de jugement principal de l'étude est le taux en pourcentage de mise en place du peau à peau en salle de césarienne concernant les césariennes programmées et codes verts.

3. Résultats

Sur les mois d'octobre à janvier 2021, 192 césariennes ont été réalisées tous codes confondus. Sur ces césariennes, 87 correspondaient à des codes verts et sur le nombre de codes verts, 41 césariennes étaient programmées. La nuance entre les codes verts et les césariennes programmées a été faite afin de pouvoir affiner les résultats et regarder si des disparités existent entre les deux.

Durant la période de l'étude, 62 patientes ont donc été incluses.



<u>Figure 1</u> : Diagramme de flux des patientes

Caractéristiques de la population

25 patientes soit 28% entrent dans les critères de non inclusion. En définitive, sur les 62 patientes éligibles, 100% ont pu bénéficier du contact peau à peau.

N=62	Césariennes programmées n (%)	Césariennes codes verts n (%)
	41 66	21 34
Age (ans)		
≤20	0 (0)	1 (4)
21-34	20 (49)	10 (48)
≥35	21 (51)	10 (48)
Moy (± ET)	34 ±6	32 ±7
Med [Min-Max]	34 [23-44]	31 [17-43]
Parité		
1	2 (5)	10 (53)
2	13 (32)	5 (24)
3	17 (43)	4 (19)
≥4	9 (22)	2 (10)
Terme		
36 SA	1 (3)	0 (0)
37SA	3 (7)	2 (10)
38 SA	7 (17)	6 (29)
39 SA	28 (68)	5 (24)
40 SA	0 (0)	3 (14)
41 SA	2 (5)	5 (24)
≥42 SA	0 (0)	0 (0)

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques de la population PAP sélectionnée

Au total, sur les césariennes inclues dans l'étude, 41 ont été programmées et 21 en code vert.

En moyenne, l'âge dans le groupe des césariennes programmées était de 34 ans contre 32 dans le groupe des césariennes codes verts. La majorité des patientes dans le groupe des césariennes programmées étaient G3P3 contre une majorité de patientes G1P1 dans le groupe des césariennes codes verts. Par ailleurs, le terme moyen des césariennes

programmées est de 39 SA, ce qui correspond aux recommandations de la HAS, et 38 SA pour les codes verts [27]. Il est à noter qu'aucune différence significative de durée de mise en peau à peau a été observée selon les termes. Une patiente était à un terme de 36SA+5j et a pu bénéficier du PAP à sa demande, d'où le choix d'inclure les termes inférieurs à 37 SA mais supérieur à 36SA.Quel que soit le terme lors d'une naissance, le score d'Apgar (Annexe VII) est systématiquement utilisé pour évaluer 5 critères permettant d'objectiver l'état clinique du nouveau-né : l'activité cardiaque, la réactivité, la coloration, le tonus et la respiration du nouveau-né à 1 minute, 5 et 10 minutes de vie. Les nouveau-nés placés en PAP ont tous bénéficié de cette cotation, puis classés en groupe « Apgar ≥ 7 » et « Apgar ≤ 7 ». Un nouveau-né présentant un Apgar ≤7 à 1 minute ne sera pas placé en PAP au bloc obstétrical.

N=62	**Césariennes programmées** n (%) 41 (66)	**Césariennes codes verts** n (%) 21 (34)
Heure de naissance		
8h-20h	41 (100)	12 (57)
20h-8h	0 (0)	9 (43)
Apgar <7 à 5 min	0 (0)	0 (0)
pH <7,15	0 (0)	0 (0)
pH <7,10	0 (0)	0 (0)
Lactates >8	0 (0)	1 (4)
Lactates ≥5	1 (2)	0 (0)
Poids (g) Moy [Med]	3394 [2564-5094]	3393 [2544-4034]

<u>Tableau 2</u> : Caractéristiques des nouveau-nés ayant bénéficié du PAP

Tous les nouveau-nés sélectionnés pour bénéficier du PAP au bloc obstétrical ont un Apgar à 1 minute supérieur ou égal à 7.

Par ailleurs, ils ont également tous eu des pH>7,15. En revanche, un lactate issu d'une césarienne programmée était à 5,3 et un à 8,6 lors d'une césarienne code vert.

Les heures de naissances ont été classées en deux catégories : par garde de jour (8h-20h) et garde de nuit (20h-8h) dans le but de constater si la variable « jour/nuit » avait un impact sur les taux de PAP.

Cependant, aucune caractéristique significative concernant les codes verts n'a été retrouvée (50% la journée et 50% la nuit également). Les césariennes programmées, quant à elles, sont toutes réalisées en journée.

Critères de surveillance du protocole

Le protocole indique que la surveillance lors du PAP doit être réalisée par un professionnel de santé d'abord dans les 10 premières minutes puis toutes les 30 minutes. De plus, elle doit être retranscrite sur une fiche de surveillance à laisser dans le dossier (Annexe V).

N=62	Césariennes programmées	Césariennes codes verts
Fiche de surveillance présente dans le dossier obstétrical	Oui	Oui
Fiche de surveillance remplie en totalité	Oui	Oui
Fréquence des surveillances respectée	Oui	Oui

<u>Tableau 3</u> : Fiche et fréquence des surveillances

Conformément au protocole, la fiche de surveillance du PAP a toujours été renseignée, remise dans le dossier obstétrical de la patiente et les fréquences ont été respectées.

N=62	Césariennes programmées n (%) 41 (66)	Césariennes codes verts n (%) 21 (34)
Présence du conjoint au bloc	28 (68)	7 (33)
Présence d'un accompagnant autre	0 (0)	0 (0)
Reprise du PAP par le conjoint en salle de réveil	13 (32)	6 (29)

Tableau 4 : Présence et rôle du coparent

Les coparents représentent la totalité des personnes accompagnantes.

En ce qui concerne les césariennes programmées, ils étaient présents au bloc dans 68% des cas contre 33% lors des césariennes codes verts.

32% des coparents ont pris le relais du PAP avec leur nouveau-né lors des césariennes programmées et 29% lors des codes verts.

N=62	Césariennes programmées	Césariennes codes verts
Durée du PAP en salle de césarienne Moy (±ET)	00h28 (9)	00h29 (12)
Durée du PAP en salle de réveil Moy (±ET)	1h17 (60)	1h22 (61)
Durée du PAP au total (±ET)	1h45 (50)	1h51 (71)

Tableau 5 : Durées des PAP en salle de césarienne, de réveil et durée totale

La durée minimum du PAP en salle de césarienne est de dix minutes, soit 6 césariennes programmées (15%) et 2 pour les codes verts (9%). 55% des programmées ont des durées supérieures à 30 min contre 43% pour les codes verts. La durée maximale est de 57 minutes pour les codes verts (1 cas) et de 45 minutes pour les programmées (1 cas). La

durée moyenne de PAP est de 29 minutes pour les codes verts et 28 minutes pour les césariennes programmées.

La durée totale du PAP en salle de réveil est inférieure à 1h pour 19 patientes de césariennes programmées soit 46% et 11 patientes de codes verts soit 52%. 5 patientes issues d'une césarienne code vert et 7 d'une césarienne programmée ont eu une durée supérieure à 2h.

En moyenne, 25 patientes issues de césariennes programmées ont pu bénéficier de 1 à 2h de PAP avec leur nouveau-né contre 7 patientes pour les césariennes codes verts, et respectivement 10 et 8 patientes sont restées plus de 2h en PAP pour les programmées et codes verts en totalité avec leur nouveau-né.

Par ailleurs, aucune complication n'a été relevée lors du PAP.

La totalité des nouveau-nés avaient une température dans les normes, c'est-à-dire entre 36,5 et 37,5°C à la fin du PAP. La température moyenne des nouveau-nés est de 36,8°C, avec un minima de 36,5°C et une maxima de 37,1°C.

Plus de 85% des patientes ont pu proposer une tétée de bienvenue et moins de 15% ont donné un biberon.

Tous les nouveau-nés ont pu bénéficier d'une reprise de PAP en salle de réveil, dont 29% avec le conjoint pendant au moins 20 minutes.

Motifs des non PAP et fin des PAP

N=25	**Césariennes programmées**		**Césariennes codes verts**	
	n	(%)	n	(%)
	14	(56)	11	(44)
Transfert du NN	8	(57)	5	(45)
Refus patiente de faire du PAP	3	(21)	1	(9)
Activité en SDN	0	(0)	4	(36)
Anesthésie générale	1	(7)	0	(0)
Altération état maternel	2	(15)	0	(0)

<u>Tableau 6</u> : Raisons des non-mises en peau à peau

Le motif principal pour non-mise en PAP lors des césariennes programmées était le transfert en néonatologie (57%), tandis que les motifs les plus courants lors des codes verts étaient le transfert en néonatologie (45%) et l'activité en salle de naissance ne permettant pas aux professionnels d'assurer la surveillance adéquate (36%).

Une patiente n'a pas pu bénéficier du PAP en respectant le protocole pour cause d'anesthésie générale.

62 nouveau-nés ont donc pu bénéficier du contact PAP au bloc opératoire contre leur mère.

N=62	Césariennes programmées N=41 (66)	Césariennes codes verts N=21 (34)
	Bloc obstétrical	
Fatigue maternelle	6 (15)	1 (5)
Activité en SDN	2 (5)	1 (5)
Passage en SDR	32 (78)	18 (85)
Vomissements maternels	1 (2)	1 (5)
	Salle de réveil	
Demande de la patiente	7 (17)	3 (13)
Activité en SDN	2 (5)	2 (10)
Retour en chambre	32 (78)	14 (67)
Fatigue maternelle	0 (0)	2 (10)

<u>Tableau 7</u> : Raisons de l'arrêt du PAP au bloc obstétrical et en salle de réveil

Environ 80% des PAP ont été interrompus pour cause de passage en salle de réveil.

Deux patientes ont décidé par elles-mêmes de mettre fin au PAP après 20 minutes pour cause de fatigue et vomissements.

Environ 15% des patientes ont mis fin au PAP de leur propre choix, 4 pour raison d'activité en SDN ne permettant plus une surveillance sécuritaire et environ 70% pour cause de retour en chambre.

Questionnaire

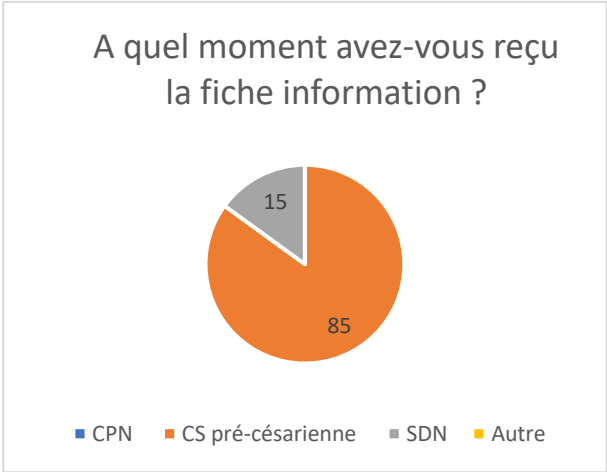
En salle de réveil, à la fin du PAP, un questionnaire a été remis aux patientes afin d'appréhender la manière dont elles ont reçu l'information du PAP en salle de césarienne ainsi que leur ressenti. 62 questionnaires ont pu être retrouvés dans le dossier obstétrical des patientes.

N=62	**Oui** n (%)	**Non** n (%)
Q1 : Avez-vous déjà entendu parler de la possibilité PAP en salle de césarienne ?	59 (95)	3 (5)
Q2 : Avez-vous reçu la fiche d'information en amont de votre césarienne ?	49 (79)	13 (21)
Q4 : Êtes-vous satisfaite de cette expérience ?	62 (100)	0 (0)

Tableau 8 : Réponses au questionnaire

95% des patientes avaient déjà entendu parler de la possibilité de PAP en salle de césarienne et 79% ont reçu la fiche information en amont de leur césarienne.

La totalité des patientes ont été satisfaites par cette expérience.



<u>Figure 2</u> : Question 3 du questionnaire

85% des 49 patientes ont reçu leur fiche information en consultation pré-césarienne et 15% directement en salle de naissance. 100% des césariennes programmées ont reçu la fiche d'information en amont. Aucune patiente n'a reçu cette fiche lors des consultations prénatales ou autre. Une patiente a répondu à la question 5 : « Comment cette pratique pourrait-être améliorée ? » en mentionnant qu'il serait judicieux de partager l'information à travers le livret d'accueil.

Une autre patiente a répondu qu'il fallait bien préciser que le PAP est possible également avec le coparent.

4.Discussion

Cette étude montre qu'il est possible d'instaurer une pratique de PAP en salle de césarienne pour les patientes issues de césariennes programmées ou codes verts. Il est cependant important de souligner que le PAP est plus fréquent lors des césariennes programmées que lors des codes verts. (66% versus 34% respectivement).

4.1. Réponses aux hypothèses

Suite au travail de Charlotte Langlet, une série d'hypothèses ont permis de faire un état des lieux sur cette pratique.

« L'information sur le PAP en salle de césarienne est donnée à toutes les patientes éligibles à travers une fiche en double exemplaire, l'une pour la patiente et l'autre dans le dossier. »

13 patientes sur 65 éligibles au PAP n'ont pas reçu la fiche information en amont de leur césarienne. Les 52 restantes l'avaient dans leur dossier obstétrical. (80%)

La communication est primordiale afin de pouvoir faire bénéficier de ce contact PAP au plus grand nombre de patiente. La diffusion de l'information reste donc un point essentiel à améliorer.

Cependant, à la question « avez-vous déjà entendu parler de la possibilité de faire du PAP en salle de césarienne ? », seules trois patientes ont répondu par la négative, ce qui sous-entend tout de même une meilleure connaissance de cette pratique depuis sa mise en place, notamment à travers l'information donnée en consultation pré-césarienne.

« Les patientes sont toutes satisfaites et demandeuses de cette pratique. »

La totalité des patientes ont répondu en être satisfaites. En effet, cette pratique permet « d'humaniser » la naissance par césarienne, en lui rendant son statut de mère. Ainsi, elle peut avoir son nouveau-né contre elle rapidement sans en être séparée.

Une mère a notamment témoigné : *« C'est une possibilité extraordinaire que je n'avais pas eu lors de ma première césarienne, j'ai l'impression d'avoir accouché normalement ».*

Cela montre qu'il s'agit d'une pratique bénéfique autant pour le nouveau-né que pour la patiente.

Par ailleurs, certaines patientes stipulaient que le relais avec le coparent était apprécié et à proposer.

4.2. Déroulement du peau à peau et critères de qualité

Il est recommandé de démarrer le PAP dès la naissance du nouveau-né et durant au minimum une heure afin que cela puisse être bénéfique.

La durée moyenne totale du PAP au bloc opératoire et en salle de réveil lors de notre étude est d'environ 1h44, ce qui correspond donc aux recommandations de l'IHAB qui considère cela comme un critère de qualité. Le nouveau-né et sa mère peuvent ainsi mettre en place un lien d'attachement précoce.

Par ailleurs, ce contact PAP est considéré comme un soin à part entière, avec une surveillance rigoureuse à effectuer pour prévenir tout type de malaise. Elle doit être effectuée par un professionnel de santé mais également en collaboration avec les parents. En effet, il est important de leur expliquer les consignes de sécurité suivantes :

-bon positionnement du nouveau-né

-dégagement des voies aériennes supérieures

-surveillance de la coloration, de la respiration et du comportement du nouveau-né.

L'ensemble des conseils sont inscrits sur la fiche information donnée aux couples en amont de la césarienne.

Le contact PAP privilégié et précoce donne l'occasion à la mère, si elle le souhaite, d'initier son allaitement ou bien de proposer une « tétée de bienvenue ». La pratique du PAP en salle de césarienne n'oblige en rien la mère à allaiter mais l'accompagne dans ses choix. Plus de 85% des patientes ayant pratiqué le PAP ont pu donner une tétée de bienvenue.

La présence du coparent ou d'une personne accompagnante choisie est également un élément important à prendre en compte. Cette personne pourra participer à la surveillance et à la qualité du PAP. Sur les 41 césariennes programmées, seuls 28 coparents ont pu assister à la césarienne soit environ 68% des cas.

D'un point de vue organisationnel, un ingénieur qualité et un groupe de travail IHAB sont présents au sein de la maternité pour suivre et adapter cette pratique en veillant à respecter les bonnes démarches afin de suivre les critères de l'IHAB.

Cette nouvelle pratique, pour la maternité, est également gage de qualité en vue de la nouvelle certification du CHU en 2021.

Enfin, il est important de souligner l'engagement des professionnels de santé car, en effet, cela demande rigueur et organisation dans le travail. Le personnel de la maternité a su s'adapter rapidement et efficacement pour mettre en place cette pratique et répondre ainsi aux attentes des patientes.

4.3. Forces et limite de l'étude

Forces :

-Cet état des lieux à distance permet de voir les avancées depuis l'instauration du PAP en salle de césarienne et de pouvoir adapter en conséquence les axes d'amélioration.

-Il s'agit d'une pratique appréciée et bénéfique pour les couples et leur nouveau-né.

-Il encourage la labellisation IHAB de la maternité.

Limite :

-Le manque de puissance de l'étude est notable car il porte sur une courte période et un effectif peu important (n=62)

4.4. Perspectives d'améliorations

4.4.1. Diffusion de l'information

Aux professionnels de santé

D'une part, un mail a été envoyé au personnel afin de rappeler les bénéfices du PAP ainsi que sa surveillance rigoureuse en citant les recommandations mondiales. D'autre part, l'explication de la mise en place de cette étude ainsi que le processus d'accréditation IHAB de la maternité ont été mis en exergue. La rédaction du nouveau protocole de PAP en salle de naissance et en salle de césarienne est également un atout en faveur de la labellisation du CHU.

Continuer à former et sensibiliser les professionnels de santé (médecins, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes) est primordial afin de garantir la sécurité et l'encadrement nécessaire aux couples.

Les devoirs de la sage-femme consistent à offrir les mêmes soins à toutes les patientes et leur nouveau-né, avec bienveillance et empathie. Le label IHAB offre aux professionnels de la maternité l'opportunité d'être formés de manière continue sur l'accompagnement global des couples quel que soit le mode d'accouchement. Une bonne dynamique a été instaurée avec du personnel motivé, ce qui est un élément indispensable pour pérenniser le peau à peau.

De plus, cette étude bien que menée sur une courte période avec un faible échantillon, sera présentée au groupe de travail de l'équipe IHAB, permettant un premier recul suite aux données tirées du mémoire de Charlotte Langlet en 2019. Par ailleurs, ce travail pourrait être présenté sous la forme d'un article et ainsi publié dans des revues

professionnelles. Sa transmission au Réseau de Santé Méditerranée permettra de diffuser et valoriser cette pratique.

Enfin, la présentation des résultats de cet état des lieux pourrait être pertinent lors de congrès afin de sensibiliser les professionnels de santé. Partager cette expérience avec les professionnels du pôle Femme-Mère-Enfant et du CHU demeure également essentiel.

Aux patientes

Comme le montrent les données de la littérature, le PAP en salle de césarienne reste une pratique encore trop peu connue. Il est crucial de continuer à diffuser l'information d'autant plus que la totalité des patientes ont répondu être satisfaites de cette expérience et en sont demandeuses.

L'information doit actuellement être diffusée via de multiples canaux d'information à l'hôpital tels que :

-le **livret d'accueil** de la maternité : remis lors des consultations prénatales, il pourrait présenter brièvement les résultats de l'étude et expliquer cette pratique du PAP au CHU de Nice, possible quel que soit le mode d'accouchement. Une majorité de patientes fréquentant l'hôpital pourrait ainsi y avoir accès.

-des **flyers**, disposés dans les couloirs des consultations prénatales ou dans la salle d'attente des urgences gynécologiques permettraient aux patientes d'avoir une information écrite et ainsi de pouvoir mener une réflexion.

-le **site internet du CHU** : le numérique étant un outil performant dans notre société, les patientes pourraient avoir un accès au livret d'accueil et aux articles en relation avec le PAP.

-des **capsules vidéo**, présentant le PAP en salle de naissance et en salle de césarienne permettraient ainsi à toutes les patientes de visualiser la pratique de façon attractive. Celles-ci seraient présentes directement sur le site internet du CHU mais également diffusées sur la télévision des consultations offrant alors l'accès à un grand nombre de patientes et leur entourage.

-des **affiches ciblées**, avec peu texte, pourraient également permettre d'attirer la curiosité des patientes en listant les bénéfices de la pratique et en la présentant de façon ludique par des icônes facilitant la compréhension quel que soit la langue maternelle. Elles pourraient également être disposées en consultation prénatale, dans la salle d'attente des urgences gynécologiques mais aussi dans toutes les salles d'accouchement, avec un QR Code que les patientes pourraient flasher les renvoyant directement aux capsules vidéo. Si la patiente ne possède pas de smartphone, un ordinateur pourra être prévu à cet effet et déplacé au gré des demandes afin qu'elle puisse les visualiser.

-des **réunions** animées par des sages-femmes en amphithéâtre se déroulent une fois par trimestre. Les capsules vidéo pourraient alors être présentées à cette occasion, accompagnées d'une présentation orale.

-les **sages-femmes libérales** et **territoriales** sont des acteurs clés car elles peuvent être présentes tout au long du parcours de soin des femmes, avant la conception jusqu'à l'accouchement et le post-partum. Elles pourraient donc informer leurs patientes de cette possibilité peu importe le mode d'accouchement attendu.

-enfin, il est bien sûr important de continuer de diffuser l'information en **consultation pré-césarienne** ou en consultation prénatale dès la consultation de la voie d'accouchement. Retrouver la traçabilité de l'information dans le dossier obstétrical demeure un gage de qualité.

4.4.2. Adaptations du peau à peau en salle de césarienne

Le peau à peau en salle de césarienne nécessite une organisation particulière. En effet, les patientes doivent être conscientes et bénéficier d'une analgésie locorégionale. Un certain ajustement du matériel doit être adopté : les électrodes de monitorages sont ainsi placées dans le dos et un bras doit être libéré. Enfin, des langes chauds sont préparés à l'avance pour envelopper le nouveau-né afin qu'il ne se refroidisse pas.

A la naissance, le nouveau-né est rapidement conduit dans la salle des premiers soins adjacente au bloc obstétrical afin d'y être séché, coiffé d'un bonnet et examiné par la sage-femme pour confirmer sa bonne adaptation à la vie extra-utérine. Enfin, le nouveau-né est placé nu contre la poitrine de sa mère pour la durée qu'elle souhaitera.

Se pose le problème de l'installation en fin de césarienne. En effet, la transition entre le bloc obstétrical et la salle de réveil se fait à ce jour en interrompant le peau à peau avec la mère.

Trois solutions seraient envisageables :

1-Retirer le nouveau-né lors du transfert de la table de césarienne vers le lit, puis le redonner immédiatement à sa mère pour continuer le PAP.

2-Placer le nouveau-né directement en PAP sur le coparent installé sur un fauteuil pour le transférer du bloc obstétrical vers la salle de réveil.

3-Placer le nouveau-né dans un bandeau PAP préalablement positionné sur la poitrine de sa mère avant la césarienne, ainsi le transfert peut se faire sans interruption.

Finalement, cette pratique du peau à peau, bien qu'au premier abord difficile à mettre en place, a su être apprivoisé par l'ensemble de l'équipe depuis son instauration. Ainsi, la majorité des patientes éligibles ont pu y accéder. Cette rencontre précoce permet à la mère d'en oublier l'acte chirurgical et de la recentrer au cœur de son

accouchement en « humanisant » la naissance par césarienne et en instaurant le lien mère-enfant le plus précocement possible.

4.4.3. Evaluation du peau à peau à distance

Enfin, comme toute nouvelle pratique, il est indispensable de constamment évaluer, former, améliorer et adapter. Pour cela, une évaluation des pratiques professionnelles devrait avoir lieu dans les six mois, dans l'optique d'être toujours au plus proche des recommandations et de la qualité des soins apportés. Cette mission pourrait être confiée à un groupe de sages-femmes.

Par ailleurs, le réseau de périnatalité travaille depuis le début de l'année sur le thème du peau à peau. Peut-être est-ce un moyen de généraliser le peau à peau quel que soit le mode d'accouchement au vu des enjeux cruciaux pour la triade coparent-mère-enfant ?

5. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en exergue la pratique du PAP en salle de césarienne. Elle a pu montrer que dorénavant suite à la première étude réalisée, la pratique du peau à peau est proposée à toutes les patientes accouchant par césarienne non-réalisée dans l'urgence. Ses effets bénéfiques à court, moyen et long terme ainsi que l'absence d'effets indésirables prouvent qu'il est effectivement nécessaire de pouvoir offrir ce soin à la majorité des patientes accouchant par césarienne. Il serait même judicieux d'étendre cette pratique aux nouveau-nés prématurés lorsque les conditions le permettent, afin qu'ils puissent également profiter des avantages de ce soin : diminution du risque d'hypoglycémie, réduction du taux de transfert en soins intensifs ainsi qu'une diminution des antibiothérapies pour suspicion d'infections néonatales [28].

Il est encourageant de constater le nombre croissant d'études portant sur ce sujet [29], ce qui montre une avancée certaine, grâce aux labels tels que l'IHAB qui a instauré des critères de qualité des naissances en prenant en compte cette pratique mais aussi grâce à l'évolution des pratiques des professionnels en accord avec la demande des patientes.

La réalisation d'un contact peau à peau immédiat est donc possible bien que souvent considéré comme difficile à mettre en place. Les axes d'amélioration ou perspectives restent réalisables et sont basés sur la communication, la formation et l'amélioration des organisations.

L'ensemble de cette réflexion est source d'inspiration et de modèle pour adapter nos pratiques dans le but de prodiguer et d'offrir des soins de qualité à toutes les patientes tout en donnant la possibilité aux professionnels de santé de les réaliser.

Bibliographie

1. Pignol J., Lochelongue V., Fléchelles O. Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. Spirale, févr 2008. [internet] [cité le 18/07/2020] Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-2-page-59.htm

2. Vamour.C, De Jonckheere.J, Mestdagh.B, Storme.L, Richart.P, Garabedian.C, Rakza.T. Impact of skin-to-skin contact on maternal comfort in patients with elective caesarean section : A pilot study. Oct 2019 ;48(8) : 663-668

3. Girard L. Peau à peau… et vous, dans votre équipe, vous en êtes où ? les Dossiers de l'Obstétrique, [internet] [cité le 11/11/2020] févr 2015 ; disponible sur :https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents ihab/do_445_publication_l_girard.pdf

4. INSERM - Enquête nationale périnatale, rapport 2016, Octobre 2017. [internet] [cité le 08/11/2020] Disponible sur : http://www.epopéinserm.fr/wpcontent/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf

5. HAS - Césariennes programmées à terme ; [internet] [cité le 12/01/2020] juillet 2016 ; disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201610/cesariennes_programmees_a_terme_rapport_court_2016-10-13_10-54-47_923.pdf

6. Langlet C. L'accueil du nouveau-né bien portant en salle de césarienne au CHU de Nice : mise en place du PAP précoce et prolongé. Ecole sage-femme de Nice,2018.

7. Revue Contact Sages-femmes - n°58 avril-mai-juin 2019. P20. Maternité labellisées IHAB : pour un partenariat bienveillant entre parents et soignants autour des nouveau-nés.

8. Dugravier.R, Barbey-Mintz. A. Origines et concepts de la théorie de l'attachement [internet] [cité le 10/11/2020]. Févr 2015 Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-2-page-14.htm

9. Davrieux L. Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance. [mémoire] 2012. Ecole Beaudelocque (Paris Descartes).

10. INSERM – Comprendre le rôle du microbiote intestinal [internet] [cité le 10/11/2020]. Disponible sur : https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/microbiote-intestinal-flore-intestinale

11. Butel et al., Journal of Developmental Orignis od Health and Disease 2018 [internet] [cité le 10/11/2020] Disponible sur : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27475754/

12. Dominguez-Bello et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborn. PNAS. 29 June 2010 ; 107 (26) : 11971–11975

13. Backhed et al. Dynamics and stabilization of the human gut microbiome during the first year of life, Cell Host & Microbe. 13 May 2015 ; 17 (5):690-703

14. Rytayisire et al. The mode of delivery affects the diversity and colonization pattern of the gut microbia during the first year of infants : a systematic review, BMC Gastroenterology. 30 July 2016 ; 16(1) :86

15. Hedvig E Jakobsson. Decreased gut microbiota diversity, delayed Bacteroidetes colonisation and reduced Th1 responses in infants delivered by caesarean section, Gut. Apr 2014 ; 63(4):559-66

16. Butel et al. Journal of Developmental Origins of Health and Disease, 2018 [internet] [cité le 10/11/2020] Disponible sur : https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-developmental-origins-of-health-and-disease

17. Neu & Rushing. Cesarean versus Vaginal Delivery : Long term infant outcomes and the Hygiene Hypothesis, Clin Perinatol. 2011 June ; 38(2):321–331

18. Renz-Polster H, David MR, Buist AS, et al. Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood, Clin Exp Allergy. 2005 ; 35(11):1466-72

19. Wen.L, Duffy.A. Factors influencing the gut microbia, inflammation, ans type 2 diabetes, J Nutr. Jul 2017 ; 147(7) :1468S-1475S

20. Vidal - Les conséquences de la césarienne pour le bébé. 2015 [internet] [cité le 12/11/2020] Disponible sur : https://eurekasante.vidal.fr/enfants/accouchement/cesarienne.html?pb=consequences-bebe

21. Romero A. et al. Postcesarean Section Skin-to-skin Contact of Mother and Child, Journal of Human Lactation. 2014 ; 30 (3) : 283-286

22. Zwedberg S., Blomquist J., Sigerstad E. Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: fighting an uphill battle, Midwifery. Jan 2015 ; 31(1) :215-220

23. Frederick A.C. et al. Exploring the skin-to-skin contact experience during cesarean section, Journal of the American association of nurse practitioners. 2014 ; 28 (1) :31-38

24. Nolan A. et Lawrence C. A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. Journal of Obstetric, Gynecologie and Neonatal Nursing. Jul 2009 ; 38(4) :430-442

25. Initiative Hôpital Amis des Bébés - [internet] [cité le 12/11/2020] Disponible sur : https://www.i-hab.fr/

26. Combes Guerin A., Chamayou M. J., CH Emile Brodel Saint-Afrique. Procédure : Organisation de l'accueil du nouveau-né en salle de césarienne et de réveil. 2014 [internet] [cité le 12/11/2020] Disponible sur : http://nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/ReferentielPereSalNaiss.pdf

27. HAS - Indications césarienne programmée. [internet] [cité le 18/01/2021] Disponible sur :

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201203/indications_cesarienne_programmee_-_fiche_de_synthese_-_indications.pdf

28. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants, Cochrane Database Syst Rev. Apr 2014 [internet] [cité le 22/01/2021] Disponible sur : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24752403/

29. Luu P, Mestdagh B, Barré-Drouard C, Richart P, Courtecuisse-Vamour C, Rakza T, Garabedian C, Subtil D. Impact of skin-to-skin contact on maternal comfort in patients with elective caesarean section : a pilot study, Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie. Oct 2019 ; 48(8) : 363-368

30. Score d'Apgar - Campus Cerimes. [internet] [cité le 22/01/2021] Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/vie_extrauterine/site/html/7.html

Annexe I : Protocole code couleur césarienne

Centre Hospitalier Universitaire de Nice

Hôpital Cimiez
4, Avenue Reine VICTORIA – CS 91 179
06003 NICE Cedex 1

Césariennes codes couleurs

ORG-GEN-PT-007 **VERSION 002**

Mots clés	
Urgences, Césarienne, SDN	
Rédaction	
Katia BOUJNAIAH (FME Sage-Femme Coordinatrice - Pôle FME\Gynéco/Obst/Reprod)	[date signature étape 1]
Vérification	
Cynthia TRASTOUR (FME Médecin - Pôle FME\Gynéco/Obst/Reprod)	[date signature étape 2]
Approbation	
Jerome DELOTTE (FME Chef de Pôle - Pôle FME)	[date signature étape 3]

Diffusion	
Emetteur :	**Destinataires du document :**
Clara AMMENDOLA	

Date d'application	Date limite de validité
07/12/2020	07/12/2022

Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

Césariennes codes couleurs

Procédure applicable aux parturientes dont l'état maternel ou fœtal nécessite une extraction par césarienne.

Les situations sont données à titre indicatif.
Il incombe à l'obstétricien responsable de décider du code.

Personnels impliqués :
Sages-femmes, internes et seniors d'obstétrique de garde en salle de naissance, aides-soignantes.
Internes et seniors d'anesthésie, infirmier(e)s anesthésistes.

Principes d'application :
Classification de Lucas modifiée appliquée aux césariennes urgentes et/ou en cours de travail.

Tenue des dossiers :
Afin de faciliter l'évaluation des pratiques, devront apparaître dans le dossier (partogramme) **ET** sur le compte rendu de césarienne (cf CROP type CNGOF) :

- Le code couleur de la césarienne.
- L'heure de décision de la césarienne.
- L'heure d'incision.
- L'heure de naissance.

⚠ L'heure de décision devra apparaître sur l'enregistrement cardiaque fœtal.

Césariennes non urgentes « Code VERT » = Naissance non urgente.

Nécessité d'une naissance prochaine mais sans menace à court terme.
Le délai décision / naissance doit tendre vers une naissance dans un délai de 1h
(Mais peut dépasser 1h dans certains cas)

-

- Echec de déclenchement
- Stagnation de la dilatation ou de la descente de la présentation
- Présentations dystociques
- Patientes admises en travail spontané ayant une césarienne programmée et dont l'épreuve du travail est contre-indiquée

Césariennes urgentes « Code Orange » = Naissance urgente.

Menace à court terme du pronostic maternel ou fœtal.
Le délai décision / naissance doit tendre vers une naissance dans un délai de 30min.

- Etat fœtal non rassurant (ARCF en dehors d'une bradycardie)
- Dégradation de l'état maternel (pré-éclampsie)
- Echec d'extraction instrumentale sans bradycardie

Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

Césariennes codes couleurs

Césariennes urgentes « Code Rouge » = Naissance dès que possible.

Menace immédiate du pronostic vital maternel ou fœtal.

Le délai décision / naissance doit tendre vers une naissance dans un délai de 15 minutes

- Bradycardie fœtale
- Suspicion d'hématome rétroplacentaire avec altération grave du RCF
- Placenta praevia avec hémorragie maternelle abondante
- Suspicion de rupture utérine avec ARCF grave, ou pronostic vital engagé
- Procidence du cordon
- Eclampsie avec ARCF grave, ou pronostic vital engagé
- Arrêt cardiaque maternel avec fœtus viable

Se reporter au protocole spécifique pour la conduite à tenir.

Mise en place :

Une césarienne code rouge peut être décidée par une SF ou un obstétricien

Objectif : Délai entre décision / naissance < 15 minutes.
Pratique : Marquer d'un trait rouge sur le monitoring le moment de l'appel et de la décision.

Organiser le passage au bloc-césarienne sans délai

1. Appel de l'équipe selon la procédure d'extrême urgence : Bip 00000
   - ✓ Senior et interne d'obstétrique, senior et interne d'anesthésie, infirmier d'Anesthésie +/- pédiatre.
   - ✓ Toute l'équipe se rend au bloc-césarienne sans répondre au BIP.
   - ✓ Si APD déjà en place : réinjection sans tarder d'une dose césarienne

2. Passage au bloc-césarienne immédiat ou en salle de travail
   - ✓ Aucun geste ne retarde le passage.
   - ✓ Toutes les personnes présentes participent au transfert sous la direction de la sage-femme responsable de la patiente.
   - ✓ Ablation dynamap et monitoring. Electrodes laissées en place si présentes.
   - ✓ PAS de tonte (après la décision de césarienne)
   - ✓ Sondage à demeure.

3. Organisation du personnel pendant le transfert:
   - ✓ Les aides-soignantes aident au transfert de la patiente au bloc-césarienne.
   - ✓ La sage-femme responsable de la patiente participe au transfert.
     Si aucune autre sage-femme n'est disponible, elle va au bloc-césarienne pour préparer la table, la boite césarienne code-rouge et habiller un des membres de l'équipe chirurgicale afin qu'il prépare la table sans délai.
   - ✓ Si disponible, une 2ème sage-femme se rend au bloc pour la préparation (la 1ère aidant au transfert).
   - ✓ Internes et senior d'obstétrique se rendent au bloc-césarienne.

Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

Césariennes codes couleurs

Une fois la patiente transférée au bloc
PAS de préparation cutanée.

1. **L'équipe Chirurgicale :**
   - ✓ Désinfection des mains et des avant-bras par une friction simple avec une solution hydro-alcoolique pendant 30 secondes.
   - ✓ Le senior habille l'interne qui prépare la table et les instruments en ne sortant que le contenu du 1er panier de la boite code rouge.
   - ✓ Le senior est habillé par une sage-femme, voire l'externe.
   - ✓ L'antisepsie du champ opératoire est réalisée par le senior ou l'interne s'il a terminé la table. (Un seul passage de Bétadine jaune ou Chloraprep)
   - ✓ Incision dès le feu vert anesthésique.

2. **La (les) Sage(s)-femme(s) :**
   - ✓ Responsable de l'installation de la patiente sur la table opératoire.
   - ✓ Ouvre la boite de césarienne « code rouge » (Cf. Annexe).
   - ✓ Habille l'obstétricien senior.
   - ✓ Branche le tuyau d'aspiration et bistouri électrique.
   - ✓ Prépare la table de réanimation néonatale.

3. **L'équipe d'Anesthésie :**

- ✓ Au moins un des membres de l'équipe se rend immédiatement au bloc pour préparer l'anesthésie (Si APD déjà en place : réinjection sans tarder d'une dose césarienne avant le passage au bloc sans retarder ce passage).
- ✓ Si besoin : l'interne ou l'IADE peuvent se rendre disponible pour le transfert ou l'installation de la patiente.
- ✓ Préparation du mode d'anesthésie : AG recommandée si pas de temps pour une LR efficace.
- ✓ Prépare Syntocinon / Pabal en fonction de la demande
- ✓ Réalisation de l'antibioprophylaxie : à faire au clampage du cordon.

Matériel nécessaire et boite de césarienne Code Rouge

Matériel à ouvrir impérativement par la sage-femme :

1 Pack de césarienne standard.

- 1 bistouri jetable.
- 1 Lame de bistouri électrique.
- 1 Paquet de 10 compresses radio-opaques.
- 2 Seringues à prélèvement pH avec trocart vert.
- 1 Canule d'aspiration et son tuyau.
- 2 cupules en plastique et en remplir 1 de Bétadine jaune (en l'absence d'allergie)
- Fils de suture : déjà au minimum 2 décimales 3,5 en tressé (type polysorb)

Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

Césariennes codes couleurs

Boite de Césarienne Code Rouge :
Cette boite est distinguable des autres boites étiquetées sur ses 2 petites faces latérales.
Elle doit toujours être stockée en tête de la rangée.
Elle est toujours placée à la même rangée (colonne de droite, 3e ligne en partant du haut). Son contenu est séparé en 2 paniers, le 1er ne contenant que les instruments nécessaires jusqu'à la naissance de l'enfant.

Puis brancher le bistouri électrique avec la plaque sur la patiente et le tuyau d'aspiration

Puis donner :
- 1 seringue de 10 ml avec 1 trocart rose si prélèvement au cordon nécessaire
- 1 fil (ou 2 selon le senior) polysorb 2/0,
- 2 fils polysorb 1,
- 1 agrafeuse (ou 1 fil monocryl 3/0 selon senior)

Organisation de la boite code rouge :

Panier 1 :
- 1 Bistouri électrique.
- 2 Pinces Kocher.
- 1 Kelly.
- 1 Valve sus-pubienne.
- 2 Ecarteurs de Faraboeuf.
- 1 Pince à disséquer longue
- 1 paire de Ciseaux à disséquer.

Panier 2 :
- 1 Valve longue.
- 2 Pinces Kelly.
- 2 Pinces en cœur.
- 1 Ecarteur de Gosset.
- 1 Pince à disséquer longue
- 2 Porte-aiguilles longs
- 1 paire de Ciseaux à fils.

+ Un plateau à fermeture avec :
- 2 Ecarteurs de Faraboeuf.
- 1 Porte-Aiguille court
- 2 Pinces à disséquer courtes
- 1 paire de Ciseaux à fils.

Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

Annexe II : Protocole PAP en SDN et au bloc obstétrical

MC17 Pôle FEMME-MERE-ENFANT	**Page 1 sur 14**
Accueil du nouveau-né bien portant et peau à peau	
PFME-POL-PT-005	**VERSION 001**
Mots clés	
Peau à peau ; accueil du nouveau-né; indications ; surveillance	
Rédaction	
Katia BOUJNAIAH (FME Sage-Femme Coordinatrice - Pôle FME\Gynéco/Obst/Reprod) Florence LACROIX (FME Sage-Femme - Pôle FME\Gynéco/Obst/Reprod)	16/12/2020 09/12/2020
Vérification	
Sandrine MARIOLI (FME Médecin - Pôle FME\Gynéco/Obst/Reprod)	21/12/2020
Approbation	
Jerome DELOTTE (FME Chef de Pôle - Pôle FME) Sandrine MARIOLI (FME Médecin - Pôle FME\Gynéco/Obst/Reprod)	05/01/2021 21/12/2020
Diffusion	
Emetteur :	**Destinataires du document :**
Clara AMMENDOLA	
Date d'application	
07/01/2021	

GENERALITES

Beaucoup de gestes sont pratiqués systématiquement sur le nouveau-né, dès sa naissance. Pour un certain nombre d'entre eux, des études cliniques convaincantes ont démontré qu'ils étaient inutiles et même délétères.

Le phénomène d'attachement entre un nouveau-né et sa mère fait intervenir, pour chacun d'eux, quatre ordres de facteurs intriqués : programmation comportementale innée, stimuli sensoriels, sécrétions hormonales et échanges émotionnels.

Les interventions médicales face à un processus aussi complexe doivent être particulièrement prudentes.

Il est démontré que l'attachement mère-nouveau-né passe d'abord par le corps de l'un et de l'autre ; il en résulte que toute intervention sur le corps de l'un des deux ou toutes interférences dans leur relation de corps à corps initiale peut troubler le processus.

De nombreux arguments font penser que le respect du peau à peau précoce (dès les premières minutes) et prolongé (au moins une heure) favorise l'attachement mère/nouveau-né et la mise en place et la réussite de l'allaitement. A l'inverse, leur séparation précoce perturbe ces deux phénomènes.

Par ailleurs, il est démontré que le contact physique étroit entre la mère et son nouveau-né renforce la production maternelle d'ocytocine, diminue le risque d'hémorragie de la délivrance, facilite l'involution utérine, atténue les phénomènes douloureux et diminue le stress maternel.

Chez le nouveau-né, il permet la continuité sensorielle transnatale, favorise la thermorégulation, la stabilité cardiorespiratoire, l'adaptation métabolique, la colonisation par la flore familiale. Le peau à peau a un effet analgésique.

A partir de ces connaissances scientifiques, nous proposons un protocole d'accueil du nouveau-né présumé bien portant en salle de naissance avec trois objectifs :

1) Favoriser le "peau à peau" précoce et prolongé entre la mère et son enfant,

2) Faire les gestes médicaux nécessaires au moment où ils perturbent le moins la relation mère-enfant,

3) Renoncer aux gestes médicaux inutiles.

La pratique du peau à peau ne doit pas être imposée à la mère qui doit pouvoir le refuser ou l'interrompre à tout moment.

La pratique du peau à peau n'est pas réservée aux mères qui souhaitent allaiter. Lorsqu'une mère préfère un allaitement artificiel, ce choix n'est pas contradictoire, si elle le désire, avec une première et unique tétée du sein par le nouveau-né, appelée "tétée d'accueil". L'information aux familles sur les bénéfices et la sécurité du peau à peau, notamment dès la période anténatale, est fondamentale pour en saisir tout l'importance et faire un choix éclairé. Cette information peut être délivrée au cours des séances de préparation à la naissance.

DEFINITION DU NOUVEAU-NE PRESUME BIEN PORTANT

Les nouveau-nés présumés bien portants dès la naissance :

- ✓ ne présentent pas de risque prévisible de décompensation brutale:
- ⇨ Analyse du dossier de grossesse

- ✓ ne présentent pas d'anomalie malformative évidente:
  - Inspection à la naissance,

 sont indemnes de toute détresse :

⇨ 4 critères :

- Vigueur du premier cri
- Mouvements respiratoires amples et réguliers,
- Installation rapide d'une coloration rose,
- Bonne réactivité à la stimulation.

a) ***Situation avec contre-indications certaines à la pratique du peau à peau :***

 Décompensation brutale et précoce et prolongé

La pratique du peau à peau est contre indiqué pour les nouveau-nés porteurs d'une malformation à risque de décompensation brutale et précoce. Ceux-ci naissent généralement en maternité de niveau III.

Par contre la présence d'une malformation non menaçante immédiatement ne doit pas être considérée comme une contre-indication à un accueil non médicalisé.

b) ***Situations représentant des contre-indications à analyser au cas par cas :*** Les nouveau-nés présentant un contexte particulier :

- Terme inférieur à 36 SA,
- Liquide amniotique méconial,
- Anomalies profondes et prolongées du rythme cardiaque fœtal associées à un score d'Apgar < 7 à 1 mn,
- Chorio-amniotite probable ou certaine,
- Imprégnation maternelle chronique par un ou des produits potentiellement dépresseurs respiratoires : ce sont principalement les benzodiazépines et les morphiniques,
- Traitement maternel par ß-bloquants si la fréquence cardiaque du nouveau-né est inférieure à 120/mn.

c) ***Certaines situations ne représentent pas, par elles-mêmes, des contre-indications en l'absence de détresse associée :***

- hypotrophie, macrosomie,
- nouveau-nés à risque d'hypoglycémie,
- nouveau-nés à risque infectieux,
- césarienne,
- extraction instrumentale, ...

LES GESTES ET TRAITEMENTS INUTILES OU UTILES MAIS A DIFFERER

Il n'y a pas d'indication à aspirer les fosses nasales, la bouche ou le carrefour aéro-digestif.

La vérification de la perméabilité des choanes à l'aide d'une sonde est inutile (elle est réservée aux nouveau-nés asphyxiques). Une atrésie unilatérale des choanes doit être dépistée à distance de la naissance par une technique non invasive (on repère le souffle expiratoire en plaçant devant chacun des orifices narinaires soit une fine mèche de coton qui est frémit au passage de l'air soit un miroir sur lequel se condense l'humidité expirée).

La vérification de la perméabilité de l'œsophage :

- Est obligatoire lorsqu'il existe un signe d'appel prénatal (hydramnios) ou S1 le nouveau-né présente une hypersalivation mousseuse,
- Elle doit être différée après la période de peau à peau,
- La technique consiste à introduire par la bouche une sonde gastrique ou une sonde d'aspiration fine (diamètre 6F), réchauffée pour l'assouplir, et à vérifier qu'elle atteint l'estomac par un test à la seringue.

La mesure de la glycémie capillaire chez le nouveau-né à risque d'hypoglycémie n'a pas d'indication pendant cette période.

La mesure de la température se fait après la période de peau à peau ; lorsqu'elle est mesurée en rectal, elle permet en même temps la vérification de la perméabilité anale.

L'administration de collyre est inutile après une naissance par césarienne à membranes intactes; elle est systématique dans les autres cas et différée à la fin du peau à peau.

L'administration de vitamine K est obligatoire (2mg) ; elle doit être déposée dans la bouche ; le geste est pratiqué après la période de peau à peau et répété le lendemain.

L'examen clinique complet n'est pas urgent : si un examen clinique minimum ne décèle aucune détresse ou malformation importante à la naissance, il doit être différé.

Les mensurations du nouveau-né doivent être pratiquées à distance de la naissance, la pesée à la fin de la période de peau à peau, la mesure de la taille et du périmètre crânien dans les jours qui suivent. En dehors du bain iodé indiqué immédiatement après la naissance dans le cadre des mesures de prévention de la transmission des virus Herpes et VIH, la seule raison de donner un bain au nouveau-né le jour de la naissance est une demande maternelle.

Le nouveau-né est placé dans le bandeau de peau à peau sur sa mère pour son transfert en maternité ou habillé, selon le souhait de la mère, après la période de peau à peau. Durant tout le séjour en maternité, ce contact privilégié pourra être renouvelé.

PREPARATION AU PEAU A PEAU

Du linge chaud doit être prêt, ainsi qu'un bonnet et le bandeau de peau à peau. Idéalement, la température de la salle de naissance doit être supérieure à 20° et la mère ne doit pas être exposée directement au souffle d'une ventilation. La lumière doit être douce mais la pénombre est à proscrire.

a) L'accueil en salle de naissance :

Après naissance par voie basse :

A la naissance, l'enfant est posé immédiatement sur le ventre de sa mère, nu contre la peau de sa mère, visage tourné pour être facilement visible et nez bien dégagé :

- Il est séché avec des linges chauds,
- Le clamp de Barr est mis en place sur le cordon,
- Un examen clinique minimum est pratiqué pour confirmer l'absence de malformation évidente ou de détresse :
  - vigueur du premier cri,

o mouvements respiratoires amples et réguliers,

o installation rapide d'une coloration rose;

o bonne réactivité à la stimulation.

Sa tête est recouverte d'un bonnet.

o Une couverture est installée pour le protéger du froid, sans recouvrir son visage.

o Pendant ce temps, les actes obstétricaux (délivrance artificielle, révision utérine sous anesthésie loco-régionale, suture du périnée) peuvent être pratiqués.

Par la suite :

- L'intimité de la mère et de l'enfant doit être préservée,
- Le nouveau-né doit être libre de gagner par lui-même le sein de sa mère et celle-ci est libre de l'aider à son grès ; il ne s'agit pas d'une mise au sein active faite par le personnel et aucun soignant ne doit interférer pendant cet échange sauf demande contraire de la mère, la tête du bébé doit être tournée sur le côté, le visage doit être bien visible, non enfoui le nez et la bouche bien dégagés, le cou ne doit pas être fléchi.
- La mère est installée confortablement, semi-assise (45°), la sonnette à portée de main
- La durée de cette période de peau à peau est fonction du désir de la mère ; à titre indicatif, 60 à 90 minutes sont souhaitables.

Départ pour la maternité :

Le bébé est placé en peau à peau avec le bandeau, le corps maintenu au chaud par un linge. Le transport de la maman et du bébé se fait en chaise anatome ou brancard, en position confortable semi-assise (permettant une respiration plus aisée du bébé).

Après naissance par césarienne :

Les organisations locales de la surveillance en salle de réveil d'une femme après césarienne diffèrent d'une maternité à l'autre ; de ce fait, il n'est pas possible de proposer un protocole uniforme applicable à toutes les situations.

Seuls quelques principes peuvent être énoncés :

- La naissance par césarienne n'implique pas, par elle-même, la nécessité de recourir à plus de gestes invasifs pour le nouveau-né (aspiration par exemple) que la naissance par voie basse
- La naissance par césarienne n'est pas, en soi, une contre-indication à la pratique du peau à peau
- Il n'y a pas de contre-indication, a priori, à installer un nouveau-né auprès de sa mère au bloc de césarienne et en salle de réveil polyvalente
- La pratique du peau à peau peut être proposée au père si la mère n'est pas accessible ou disponible ; cependant, cette pratique ne répond pas à la même logique et aux mêmes objectifs que le peau à peau mère-enfant ;
- Le peau à peau avec la mère peut être différé ; il demeure bénéfique
- La surveillance obligatoire de l'état respiratoire du nouveau-né après césarienne peut être effectuée alors que celui-ci est installé en peau à peau ; une surveillance avec oxymétrie de pouls est à envisager selon la qualité de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine.

La surveillance :

Une lumière douce mais suffisante est indispensable.

La surveillance est réalisée par les soignants avec la collaboration de la mère et l'implication de la personne accompagnante. Ainsi, la sécurité du peau à peau atteint un niveau très élevé.

Cependant, la surveillance par les parents ne doit jamais se substituer à la surveillance des soignants.

La mère est sensibilisée sur l'importance du bon positionnement de son bébé, informée sur les critères à surveiller : coloration, respiration, comportement.

Elle est avertie qu'elle doit signaler si elle se sent fatiguée, ou se retrouve seule. La présence d'un accompagnant est vivement recommandée pendant toute la durée du peau à peau. Cette personne reçoit les mêmes informations de vigilance et sécurité que la maman L'équipe soignante évaluera régulièrement la coloration, le tonus et l'activité spontanés du nouveau-né (cf. feuille surveillance SDN et SDC).

Cette surveillance doit être consignée sur un document écrit et cette fiche de surveillance doit être émargée à chaque fois par le soignant qui a effectué l'évaluation.

En cas de doute sur une anomalie du comportement de l'enfant, une stimulation douce est possible pour vérifier sa réactivité.

La surveillance doit être renforcée :

- Pour les mères primipares,
- Pour toutes les mères non accompagnées lorsqu'elles s'assoupissent,
- Dans les situations mentionnées au chapitre 1.

Sauf cas particulier, il n'y a pas d'indication à utiliser un dispositif de mesure de la Sp02.

La fièvre maternelle, la fatigue, la sédation sont des contre-indications maternelles au peau à peau.

Cas particulier des nouveau-nés de faible poids de naissance :

Le faible poids de naissance n'est pas une contre-indication au peau à peau, bien au contraire.

Par contre, il impose certaines précautions particulières.

- La pesée et l'examen par le pédiatre doivent être effectués précocement, pour pouvoir décider d'un transfert éventuel en néonatologie,
- Le premier repas doit avoir lieu au cours de la première heure et, en cas d'allaitement au sein, un complément doit être proposé.

Dans ces conditions, et même dans l'attente d'un transfert, l'enfant peut être mis en peau à peau.

La détresse respiratoire est à priori une contre-indication au peau à peau.

Une exception à cette règle peut être faite :

- Si le score de Silverman est inférieur ou égal à 2,
- Et si la Sp02 est supérieur ou égale à 85% en air ambiant,
- Et si l'état clinique reste stable.

En pratique, cette exception concerne le nouveau-né à terme présentant une détresse respiratoire modérée en rapport avec un retard de résorption du liquide pulmonaire secondaire à une césarienne.

Dans ce cas particulier la surveillance de l'oxymétrie de pouls est indispensable.

c) *L'accueil en maternité :*

Les nombreux bénéfices du peau à peau en maternité, tant pour le nouveau-né que pour ses parents, justifient de le proposer fréquemment.

Il sera envisagé pour :

- faciliter la thermorégulation, l'adaptation métabolique du nouveau-né

- faciliter la résorption des glaires
- assurer la sécurité émotionnelle et affective
- limiter les épisodes de pleurs et leur durée
- favoriser l'éveil et la succion efficace au sein comme au biberon
- optimiser la mise en place de l'allaitement maternel
- modérer la perte de poids
- limiter la prise de compléments non justifiés médicalement
- diminuer les manifestations douloureuses

Et sera proposé pour :

- favoriser le processus d'attachement parental
- développer et renforcer le sentiment de compétences des mères - augmenter la sécrétion d'ocytocine chez la mère allaitante

Les études montrent que le peau à peau permet une durée d'allaitement maternel augmentée, et à 1 mois, un allaitement facilité, une plus grande confiance en soi des mères, un besoin d'accompagnement moindre.

 Installation en peau à peau en sécurité :

- ✓ La mère est confortablement installée, en position semi-assise 45°
- ✓ Le bébé est placé nu, à plat ventre contre sa mère
- ✓ La tête du bébé est tournée sur le côté, visage bien visible, non enfoui
- ✓ Le nez et la bouche sont bien dégagés
- ✓ Le cou n'est ni fléchi, ni en extension
- ✓ Le bébé peut être maintenu par le bandeau de peau à peau et le corps gardé au chaud par une couverture

Ne pas laisser la mère et son bébé seuls si elle s'endort ou risque de s'endormir.

 Surveillance :

Elle se fait en étroite collaboration entre le père ou la personne accompagnante et l'équipe soignante.

L'observation attentive des signes de bien-être du bébé est expliquée clairement au papa : coloration, respiration, tonicité, visage dégagé.

Il participe ainsi activement et est valorisé dans son rôle de père.

Une fiche explicative est distribuée lors de l'installation en peau à peau, elle sert alors de support.

Si le père ou la personne accompagnante doivent s'absenter, l'équipe soignante doit en être avertie. La situation devra alors être réévaluée selon l'état de fatigue de la maman, les conditions de sécurité du peau à peau. La surveillance par l'équipe soignante se fait dans les 10 premières minutes après l'installation puis toutes les 30 minutes. Une fiche de traçabilité est postée sur la porte extérieure de la chambre de la mère permettant une vigilance et une participation de tous.

ANNEXES

Annexe 1 : Surveillance d'un nouveau –né avec sa mère ou parent en salle de naissance :

Nom ou numéro de salle :
Prénom Nouveau-Né :

Surveillance faite par SF.AP .AS .ASH sous la responsabilité de la Sage-Femme référente de la patiente.

En cas d'anomalie, prévenir la sage-femme responsable de l'enfant.

Date : **Heure de début de la surveillance : …..h…..**

Heure de passage	….h….	….h….	….h….	….h….	….h….	….h….	….h….
Mère seule : oui/non							
Coloration rose ?: oui/non							
Respiration ? oui/non							
Tête dégagée ? oui/non							
Tonicité ?: oui/non							
Action engagée ?: …….							
Nom de l'agent							
Signature							

Annexe 2 : Peau à peau en maternité :

Heure de passage	….h….	….h… +10.	….h…. +30	….h…. +30	….h… +30.	….h….	….h….
Mère seule ? : oui/non							
Coloration rose ?: oui/non							
Respira-tion ? oui/non							
Tête dé-gagée ?: oui/non							
Tonicité ?: oui/non							
Action en-gagée ?							
Nom de l'agent							
Signature							

Numéro chambre
Prénom Nouveau-Né

Consignes sécurité expliquées :

- A la maman
- A l'accompagnant

Surveillance faite par SF.AP .AS .ASH sous la responsabilité de la Sage-Femme référente de la patiente.

En cas d'anomalie, prévenir la sage-femme responsable de l'enfant.

Date :

Heure de début de la surveillance : …..h…..

Annexe III : Fiche information destinée aux parents

Fiche d'information sur le peau à peau en salle de césarienne, destinée aux futurs parents

Vous allez accoucher par césarienne et vous souhaitez faire du peau à peau (PAP) lors de la rencontre avec votre bébé. Voici les principales informations utiles à savoir.

La mise en place du PAP peut se faire directement en **salle de césarienne** (bloc opératoire), en salle de réveil et durant les 2h de surveillance si les conditions le permettent et si les anesthésistes et les gynécologues obstétriciens y consentent.

Vous êtes bien sûr **libre** de ne pas accepter le PAP. Vous pouvez y mettre fin à n'importe quel moment.

Le peau à peau : ses bénéfices

Il possède de nombreux **bénéfices** pour vous et votre nouveau-né :

√ Renforcement du lien d'attachement mère/enfant par le contact physique précoce
√ Meilleure adaptation métabolique et comportementale du nouveau-né à la vie extra-utérine
√ Développement et éveil des sens du nouveau-né
√ Mise en place favorisée de l'allaitement maternel

Il est important de souligner que la pratique du PAP concerne toutes les mamans, peu importe le mode d'allaitement choisi.

Si la présence de votre conjoint au bloc opératoire est **acceptée** par les médecins (anesthésistes/gynécologues-obstétriciens), il pourra y entrer une fois la pose de l'anesthésie réalisée. Il sera alors habillé d'une tenue de bloc opératoire, d'une charlotte, d'un masque et de sur-chaussures. Il pourra ensuite aller s'asseoir **auprès de vous**, du côté des anesthésistes afin de ne pas interférer avec l'acte chirurgical.

Immédiatement après sa naissance, votre bébé sera conduit dans une salle de premiers soins adjacente au bloc opératoire où il sera séché, coiffé d'un bonnet, et couvert d'un premier **lange chaud**. Un clamp de Bahr sera mis en place sur le cordon de votre bébé.

Un **premier examen clinique** est réalisé par la sage-femme afin de confirmer la bonne adaptation à la vie extra utérine de votre bébé.

Puis, il vous sera **le plus rapidement** ramené et placé contre votre peau par la sage-femme, **visage tourné** pour être facilement visible, et **nez bien dégagé**.

Vous pourrez à n'importe quel moment choisir d'**interrompre** ce contact si vous le souhaitez. Lorsque vous déciderez d'y mettre fin, le PAP pourra être proposé à votre **conjoint** accompagnant.

Surveillance du peau à peau

Les professionnels de santé effectueront une surveillance **active** de l'adaptation de votre nouveau-né à la vie extra utérine. Cette surveillance sera **régulière** et consignée sur un **document écrit**.

Vous et votre conjoint pourrez participer à cette surveillance active en prenant connaissance des **différents signes** à repérer pour le bon déroulement du PAP, à savoir :

-Votre bébé est bien **à plat ventre** contre vous

-Son visage est **visible**, **non enfoui**

-Son nez et sa bouche sont **bien dégagés**, non couverts

-Votre bébé porte un, voire plusieurs **langes** sur son dos afin de ne pas se refroidir

-Sa peau est bien **rose**

-Bébé est en état d'**éveil**, de **pleurs**, de **sommeil**, ou en train de **téter**

-Son **bonnet** est toujours bien en place sur sa tête

Nous vous demanderons de répondre en salle de réveil à un questionnaire sur vos impressions, afin de voir si des axes pourraient être à améliorer sur cette pratique.

Date de remise de l'information :

Signature patiente (obligatoire) : Signature conjoint :

NB : 1 exemplaire est à classer dans le dossier obstétrical de la patiente, 1 autre est à remettre à la patiente.

Annexe IV : Fiche information destinées aux professionnels de santé

Fiche d'information destinées aux professionnels de santé de la Salle de de Naissance du Pôle FME CHU de Nice – Hôpital Archet 2

Comme vous le savez, le peau à peau possède de nombreux bénéfices **néonataux** ainsi que **maternels**. Il fait partie des recommandations françaises qui reposent sur de multiples arguments dont : favoriser le **processus d'attachement** durant les premières heures et, si la mère le souhaite, démarrer **l'allaitement**.

L'objectif de cet état des lieux est de **faire un bilan** de la pratique à l'Archet 2, d'analyser les points **positifs** et les points **à améliorer**, afin d'optimiser et de faciliter le PAP en salle de césarienne pour le personnel soignant et les couples.

Par ailleurs, des études auraient montrées que la pratique du peau à peau après la naissance est si bénéfique au développement des nouveaux nés à court, moyen et long terme qu'il est probable « que l'on considère sous peu l'absence de ce soin comme une perte de chance pour les nouveaux nés vulnérables ».

Du côté **maternel** il est intéressant de noter que le contact physique étroit entre la mère et son nouveau-né renforce la production maternelle d'ocytocine et ainsi **atténue les phénomènes douloureux**.
Il est important de préciser que ce PAP est de plus en plus demandé par les couples !

La mise en peau à peau doit néanmoins être soumise à des impératifs de **sécurité** : s'assurer de la liberté des voies aériennes supérieures du nouveau-né, grâce à une surveillance **active** et **régulière** de la part de la sage-femme.

De plus, cette pratique entre dans les critères de qualité de l'**IHAB** (Initiative Hôpital Ami de Bébés) auxquels le CHU devrait répondre dans sa démarche de qualité.

Pour toutes ces raisons, il paraît intéressant de proposer cette pratique aussi souvent que les conditions le permettent, afin **d'augmenter la fréquence** du peau à peau en salle de césarienne à l'Archet.

Annexe V : Fiche de surveillance du PAP

Fiche de surveillance de PAP du nouveau-né bien portant en salle de césarienne

Date : / /

Heure de naissance : Gestité : Parité : Code couleur césarienne :

Heure de mise en peau à peau : Présence du conjoint :

APGAR =

Heure surveillance	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...	...h...
Coloration rose							
Tonicité							
Activité spontanée							
Tête dégagée							
Mise au sein							
Nom + signature de l'agent							

Heure d'arrêt du PAP **au bloc** : **Motif** de l'arrêt :

Relais du PAP avec le **conjoint** : → en SDN ou salle de réveil (entourer) ?

Reprise du PAP en **salle de réveil** avec la mère : oui non →Heure : **Température** du NN à la fin du PAP :

Complication lors du PAP :

Si absence de mise en place du PAP, spécifiez le motif :

Annexe VI : Questionnaire

Questionnaire sur le peau à peau en salle de césarienne à destination des couples.

Voici un questionnaire très succinct nous permettant de connaître votre point de vue sur cette **expérience** que vous venez de vivre. Vos réponses nous seront précieuses afin de permettre une **amélioration continue** de cette pratique.

Partie information *: entourer la réponse correcte*

1-Aviez-vous déjà entendu parler de la possibilité de faire du peau à peau en salle de césarienne ?

Oui Non

Si oui, de quelle façon :

2-Avez-vous reçu la fiche d'information en amont de votre césarienne ?

Oui Non

3-A quel moment avez-vous reçu la fiche d'information ?

En consultation prénatale En consultation pré-césarienne En salle de naissance

Partie expérience

3-Êtes-vous satisfaite de cette expérience ?

Oui Non

Si non, pourquoi :
……
……..

4-Selon vous est-ce que cette pratique pourrait être améliorée ? De quelle manière ?
……
……

Annexe VII : Score d'Apgar [30]

	0	1	2
Coloration	Tronc bleu ou pâle	Tronc rose Extrémités bleues	Tronc et extrémités roses
Respiration*	Aucune	Superficielle	Cri vigoureux
Tonus	Flasque	Moyen	Vigoureux
Réactivité**	Aucune	Faible	Vive
Fréquence cardiaque	0	< 100	> 100

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS-FACULTE DE MEDECINE
ECOLE DE SAGE-FEMME DE NICE – Année 2021

Titre : Etat des lieux sur la pratique du peau à peau en salle de césarienne au CHU de Nice.

RESUME

Objectif : L'objectif de cette étude est de quantifier la pratique du peau à peau au CHU de Nice et de s'assurer du respect des critères de qualité énoncés dans le protocole, en réalisant un état des lieux sur les césariennes programmées et codes verts d'octobre 2020 à janvier 2021.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive, les critères d'inclusion concernaient toutes les césariennes codes verts y compris les césariennes programmées, incluant des nouveau-nés avec un terme supérieur à 36 SA et bien portants dès la naissance.

Résultats et perspectives : Durant l'étude, 192 césariennes ont été réalisées tous codes confondus dont 87 codes verts. 62 patientes ont pu être incluses et bénéficier du contact peau à peau en respectant le protocole satisfaisant toutes les patientes. L'information a été systématiquement donnée en consultation pré-césarienne, et plus ponctuellement en salle de naissance. La diffusion de l'information (livrets d'accueil, affiches, capsules vidéo) et la continuité de la formation des professionnels de santé restent prépondérantes. Une évaluation des pratiques devra être envisagée dans les six mois.

Conclusion : Ce travail a permis de mettre en exergue la pratique du PAP en salle de césarienne. Elle a montré que dorénavant, elle doit être proposée à toutes les patientes accouchant par césarienne non-réalisée dans l'urgence. La demande des patientes ainsi que les nombreux bénéfices nécessitent de pouvoir offrir ce soin à la majorité de celles accouchant par césarienne.

Mots-clés : peau à peau, césarienne, critère de qualité, surveillance, sage-femme

---

Tittle : Status report on the skin-to-skin pratice in the cesarean room at the University Hospital Centre of Nice.

ABSTRACT

Objective : This study aims to quantify the skin-to-skin practice at the CHU of Nice, and check the practice that meets the quality criteria enunciated in the protocol by conducting an inventory of the scheduled cesarean sections and the green codes from October 2020 to January 2021.

Materials and Methods : This study is a retrospective and a descriptive analysis, all code green cesareans were concerned, especially scheduled cesareans, including newborns with a terme greater than 36SA and healthy from birth.

Results and outlooks : During the study, 192 cesareans were performed, including all codes over all these cesarean sections, 87 corresponded to green codes. And 62 patients were included and benefited from the skin-to-skin practice respected the protocol satisfied all the patients. The information was systematically given in pre cesarean consultation, and more occasionally in the delivery room. The diffusion of information (welcome booklets, posters, videos clips) and the continuity of training for health professionals remain permanent. An evaluation of the practices should be considered within six months.

Conclusion : This study highlights the benefits of the skin-to-skin practice in the cesarean unit. It shows that, the skin-to-skin practice is offered to all patients giving birth by the no-emergency cesarean section. The demand of patients as well as the many beneficial efforts make it necessary to be able to offer this treatment to the majority of patients giving birth by cesarean.

Keywords : skin-to-skin, cesarean section**,** quality standard, monitoring, midwife