

LE PEAU À PEAU EN 2015 À LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL LOUIS MOURIER : ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES ET OBSTACLES



Pimprenelle LONG CHO, sage-femme, consultante en lactation IBCLC

**Travail réalisé dans le cadre de la formation
« Pratique du consultant IBCLC et préparation à l'examen international IBLCE »
CREFAM* 2014-2015**

*CREFAM – Dr Marchand-Lucas - 12 av du Docteur Antoine Lacroix – 94270 Le Kremlin-Bicêtre
Tel : 01 46 72 90 94 - Courriel : FORMATIONCREFAM@aol.com – <http://www.crefam.com>

Sommaire

I- Introduction	4
II- Les effets du peau à peau	4
2.1- Bienfaits pour l'enfant	4
2.2- Bienfaits pour la mère	8
2.3- Évènements indésirables survenus en peau à peau	9
2.4- Recommandations actuelles	10
2.5- Conduite pratique du peau à peau en sécurité	11
III- Présentation de l'étude	12
3.1- Les objectifs de l'étude	12
3.2- Populations de l'étude	13
3.3- Biais de l'étude	13
IV- Résultats de l'enquête auprès des mères.....	13
4.1- Description de la population	14
4.2- Conditions de l'accouchement	15
4.2- Complications ayant pu influencer sur la pratique du peau à peau.....	16
4.3- Informations prénatales sur le peau à peau.....	16
4.4- Pratique du peau à peau	17
4.4.1- Pratique du peau à peau lors des naissances par voie basse	17
4.4.2- Pratique du peau à peau par la mère lors des naissances par césarienne.....	18
4.4.3- Pratique du peau à peau par la mère en suites de couches	18
4.4.4- Pratique du peau à peau par le père.....	19
4.4.5- Initiative de la pratique du peau à peau.....	20
4.5- Informations reçues pour la pratique du peau à peau	20
4.6- Ressenti lors du peau à peau	21
4.7- Non réalisation du peau à peau.....	24
4.8- Désir de faire du peau à peau ultérieurement	25
V- Résultats de l'enquête auprès des professionnels du service	25
5.1- Profil des professionnels interrogés	25
5.2- Pratique du peau à peau en salle de naissance	27
5.3- Pratique du peau à peau en suites de couches	29
5.4- Connaissances sur le peau à peau	30
5.4.1- Bienfaits du peau à peau	30
5.4.2- Modalités d'installation en peau à peau	31
5.4.3- Consignes données aux parents	32

5.4.4- Risques du peau à peau	32
5.5- Surveillance du peau à peau.....	33
5.5.1- Critères de surveillance	33
5.5.2- Fréquence de la surveillance	34
5.5.3- Réalisation effective de la surveillance	35
5.6- Préparation à la naissance et à la parentalité	36
5.7- Besoins et attentes des professionnels sur la pratique du peau à peau.....	36
VI- Discussion	38
6.1- État des lieux des connaissances du peau à peau	38
6.1.1- Connaissances des professionnels	38
6.1.2- Connaissances des mères	39
6.2- Information prénatale.....	39
6.3- État des lieux de la pratique du peau à peau	40
6.3.1- En salle de naissance	40
6.3.2- En cas de césarienne	41
6.3.3- En suites de couches	42
6.3.4- Surveillance du peau à peau	43
6.3.5- Non réalisation du peau à peau	44
6.4- Vécu du peau à peau.....	44
6.5- Propositions pour améliorer les pratiques.....	46
VII- Conclusion.....	48
VIII- Références bibliographiques.....	49
Annexe 1 : questionnaire de l'enquête pour les mères.....	51
Annexe 2 : questionnaire pour les professionnels du service.....	54
Annexe 3 : plaquette d'information et affiche sur le peau à peau pour les parents	57
Annexe 4 : Protocole de soins sur le peau à peau pour les professionnels	61
Annexe 5 : surveillance du peau à peau (fiche du réseau périnatal du Languedoc-Roussillon)	65

Remerciements :

Je remercie toutes les patientes et leurs conjoints qui ont participé à cette étude en répondant à mon questionnaire.

Je remercie toute l'équipe de la maternité pour sa participation et ses encouragements.

Merci à mes relecteurs, Isabelle ADAM, Jade CHAUMIER, Marie-Pierre COUETOUX, Laurent GAVARD, Chloé GREGOIRE, pour leurs remarques judicieuses.

Merci aux enseignantes du CREFAM, Laure MARCHAND-LUCAS et Danièle BRUGUIERES pour leur aide pour l'élaboration de ce travail.

Merci à mes proches pour leur soutien pendant cette année chargée, plus particulièrement à mes filles et mon mari pour leur patience et leurs sourires.

I- Introduction

La deuxième moitié du siècle dernier a connu d'immenses progrès en médecine fœtale et néonatale, conduisant à une hyper médicalisation de la naissance. Les mères étaient séparées de leur enfant dès les premières minutes pour l'aspirer, le mesurer et le mettre en incubateur afin de prévenir les complications.

À la fin des années 70, on entend parler de la méthode mère-kangourou en Colombie, pour assurer la survie de grands prématurés ou de bébés hypotrophes. Alors que les incubateurs étaient plutôt rares, les mères, relayées par leur mari, en assuraient le rôle en portant leur enfant en peau à peau ventral 24 heures sur 24 grâce à un bandeau ou un châle. Les études réalisées ont montré des résultats au moins équivalents aux soins classiques, avec des bénéfices pour les bébés mais aussi pour les parents et les équipes soignantes. (1)

L'influence de Frédéric Leboyer, gynécologue-obstétricien, auteur de « Pour une naissance sans violence », à la même époque, a également permis la réintroduction progressive du peau à peau dans les salles de naissance occidentales.

Depuis, de nombreuses études ont documenté les effets du peau à peau chez l'enfant à terme. C'est ce que nous verrons dans la première partie.

Nous avons souhaité effectuer un état des lieux de la pratique du peau à peau dans la maternité de l'hôpital Louis Mourier, à Colombes, auprès des mères et des professionnels. L'analyse des résultats nous permettra de mettre en évidence les obstacles au peau à peau lors de la période clé que représentent les 24 premières heures de vie du nouveau-né. La dernière partie du mémoire nous permettra d'élaborer des pistes pour améliorer les pratiques.

II- Les effets du peau à peau

De nombreuses études ont été réalisées ces 20 dernières années pour évaluer les effets du peau à peau.

2.1- Bienfaits pour l'enfant

Comportement biologique programmé en peau à peau à la naissance :

L'analyse de vidéos d'enfants en peau à peau précoce à la naissance et ininterrompu avant la première tétée a révélé neuf étapes stéréotypées : (2)

- 1- Cri à la naissance.
- 2- Phase de relaxation, récupération : l'enfant ne fait aucun mouvement pendant moins d'une minute. Juste après la naissance, un pic de catécholamines et de beta-endorphines ainsi que la production d'ocytocine chez le bébé augmentent son seuil de tolérance à la douleur et diminuent ses réflexes.
- 3- Phase d'éveil : le nouveau-né fait des petits mouvements de la tête de chaque côté et de haut en bas, des petits mouvements des membres et des épaules, il ouvre les yeux.
- 4- Phase active : Ses yeux restent ouverts plus de 5 minutes, regardent les seins et le visage de sa mère (d'abord plus souvent le mamelon que sa mère, puis après 40-50 minutes, il regarde plus le visage que le sein). L'enfant a des mouvements de la tête et des membres plus amples, pousse sur ses membres sans se déplacer, met les mains à la bouche.
- 5- Phase de reptation : le nouveau-né pousse sur ses membres et réussit à se déplacer.
- 6- Phase de détente et d'activité orale : l'enfant se repose mais continue à faire travailler sa bouche, à téter sa main.
- 7- Phase de familiarisation avec le sein : le nouveau-né caresse le mamelon et porte la main à la bouche, puis atteint l'aréole avec sa bouche, l'effleure et la lèche. Cette période dure en moyenne 15 minutes avant de téter. Il est préférable de laisser faire l'enfant, car intervenir peut perturber la mise en route de l'allaitement. L'odeur et le goût de l'aréole excitent le bébé qui émet des sons dont on pense qu'ils ont pour finalité d'attirer l'attention et l'aide de sa mère.
- 8- Phase d'allaitement : l'enfant a le mamelon en bouche et commence à téter.
- 9- Phase d'endormissement : l'enfant ferme ses yeux.

Continuité sensorielle transnatale

Le peau à peau sur le thorax de sa mère constitue la niche naturelle du petit d'homme. Il facilite le passage de la vie intra à extra-utérine.

La mère représente une continuité entre les deux mondes.

Grâce à ses sens, le nouveau-né retrouve ses repères : le toucher, par le contact peau à peau et les caresses, l'ouïe par les bruits familiers respiratoires et cardiaques de la mère, ses paroles. L'odorat et le goût sont stimulés par des substances odorantes présentes dans le sébum, la sécrétion de glandes de Montgomery de l'aréole et le colostrum, ce dernier ayant l'odeur du liquide amniotique. (3)

La vue permet de découvrir la nouveauté de ce monde extra-utérin.

Les échanges de regards intenses et profonds participent à la reconnaissance réciproque entre une mère et son enfant, à l'instauration du lien.

Quand on laisse le nouveau-né et ses parents en peau à peau précoce après la naissance, le comportement stéréotypé de l'enfant éveille la préoccupation maternelle primaire : la mère regarde son enfant, le caresse, l'aide éventuellement à aller vers le sein, l'encourage de sa voix. Le père est dans une attitude protectrice vis à vis de son enfant et sa femme. (4)

Aide à l'adaptation à la vie extra utérine :

Le peau à peau précoce à la naissance permet une transition en douceur de la vie intra à la vie extra-utérine.

En effet, il atténue le stress de la naissance : les nouveau-nés en peau à peau à la naissance stabilisent plus rapidement leur fréquence cardiaque et le taux de cortisol salivaire (hormone du stress) est plus bas quand le peau à peau dure plus de 60 minutes. (5)

Il facilite la régulation thermique de l'enfant : Bystrova et al. ont montré en 2003 que les nouveau-nés en peau à peau avaient une température plus élevée le premier jour de vie par rapport aux bébés emmaillottés dans les bras de leur mère et plus encore par rapport aux nouveau-nés placés en berceau. (6)

Une étude menée en 1992 a constaté que, dans un groupe de nouveau-nés placés en peau à peau dès la naissance, les températures axillaire et cutanée étaient plus élevées ainsi que la glycémie capillaire à 90 minutes par rapport à un groupe d'enfants habillés et placés en berceau. On a observé également une correction plus rapide de l'acidose métabolique. Les pleurs étaient plus importants chez les nouveau-nés en berceau. Cette étude a permis de conclure que le peau à peau préserve l'énergie et accélère l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. (7)

Amélioration du bien-être :

Les pleurs du nouveau-né ont été étudiés plus en détail en 1995 en comparant trois groupes d'enfants tirés au sort et observés pendant 90 min après la naissance : les enfants du premier groupe ont été placés dans un berceau pendant 45 min puis en peau à peau contre leur mère pendant les 45 min suivantes, les enfants du deuxième groupe ont été en peau à peau ininterrompu et ceux du dernier groupe placés en berceau pendant toute la durée de l'observation. On a constaté que les nouveau-nés du premier groupe pleuraient pendant le temps de séparation et interrompaient les pleurs en peau à peau. Ce résultat est conforté par les groupes contrôle : les nouveau-nés en peau à peau pendant 90 minutes pleuraient considérablement moins que ceux du premier groupe, les pleurs les plus intenses et les plus prolongés étant notés pour les enfants du troisième groupe, séparés de leur mère pendant 90 min.

Les chercheurs concluaient que le nouveau-né humain reconnaît la séparation physique de sa mère et le manifeste par des cris de détresse. Les pleurs s'arrêtent lorsqu'il retrouve sa mère. On retrouve ces cris de

détresse liés à la séparation chez beaucoup de mammifères, qui visent à retrouver la proximité avec leur mère. Le pleur pourrait donc être génétiquement codé et le peau à peau avec sa mère, la position la plus appropriée du nouveau-né. (8)

Aide à la mise en route de l'allaitement :

Intérêt du peau à peau précoce et ininterrompu jusqu'à la première tétée :

En 1990, Righard et Alade ont comparé deux groupes : dans l'un, les nouveau-nés ont eu un peau à peau précoce et ininterrompu jusqu'à la première tétée, dans l'autre le peau à peau précoce a été réalisé pendant 20 minutes puis les nouveau-nés ont été séparés pour les soins de routine pendant 20 minutes. Les enfants du premier groupe ont rencontré beaucoup moins de difficultés à prendre le sein de façon efficace par rapport aux nouveau-nés du deuxième groupe : 24 enfants du groupe « peau à peau » ont tété efficacement sur 38, contre seulement 7 enfants sur 34 dans le groupe « séparation ». (9)

Dans une étude randomisée portant sur 60 nouveau-nés à terme placés en peau à peau immédiatement après la naissance et pendant au moins 50 min, ou séparés de leur mère dès la naissance, le peau à peau était associé à une meilleure reconnaissance de l'odeur du lait maternel comparé à d'autres substances odorantes et à une durée d'allaitement supérieure, en moyenne de 1,9 mois. (10)

La méta-analyse réalisée en 2012 par la collaboration Cochrane (Moore et al.) conclut que le peau à peau à la naissance facilite la première tétée. Elle confirme aussi un effet positif et statistiquement significatif sur les taux d'allaitement à 1 et 4 mois et sur la durée de l'allaitement (42 jours de plus en moyenne dans le groupe peau à peau par rapport au groupe contrôle). (11)

Le peau à peau ininterrompu facilite la prise du sein en salle de naissance : il permet à l'enfant de s'autoréguler en le calmant. Ainsi, celui-ci est plus apte à utiliser ses capacités à prendre le sein en mobilisant tous ses sens.

Mise en jeu des réflexes archaïques :

Les réflexes archaïques du nouveau-né semblent l'aider :

- à manifester son besoin de téter : main à la bouche, bouche ouverte, langue qui pointe ou lèche, pédalage des bras ou des jambes, flexion/extension des doigts,

- à trouver le sein :

par les réflexes moteurs : préhension palmaire et plantaire, marche automatique, reptation, enjambement, Babinski, flexion main/pied,

par les réflexes anti gravité : retour de la tête vers la médiane, extension spontanée de la tête, les 3 réflexes de foussement (mouvements horizontaux de tête, hochements verticaux de tête et le réflexe labial des points cardinaux),

- à garder le sein en bouche pour le transfert du lait : réflexe mandibulaire, succion, déglutition.

Certains de ces réflexes peuvent être des obstacles si la mère se tient assise avec le dos droit : dans ce cas, les mouvements spontanés de l'enfant l'éloignent du sein, ce qui peut vite le désorganiser. Au contraire, quand la mère est demi-assise, le corps de l'enfant est stabilisé sur celui de sa mère et tous ses mouvements l'y ramènent grâce à la gravité.

L'installation en peau à peau de l'enfant sur sa mère est similaire à la posture d'allaitement transat ou « Biological Nurturing » (BN), décrite par Susan Colson. « Biological Nurturing » signifie « proposer au bébé l'environnement dans lequel il est le plus compétent ». Il repose essentiellement sur cette inclinaison demi-assise et le corps à corps ventral. Le BN ouvre le corps de la mère, augmente les dimensions de son torse et la pente douce aide la locomotion ; il favorise également le confort maternel, la détente et les interactions mère-enfant. Ce contact ventral étroit et incliné déclenche les réflexes archaïques et facilite la prise du sein autonome seulement guidée par la mère.

Cette posture permet un usage positif de la gravité, car elle favorise une bonne application du corps du bébé à celui de sa mère, et donc une prise du sein plus profonde, par conséquent non douloureuse pour la mère. Elle adoucit par ailleurs la brusquerie des mouvements réflexes, favorisant le déplacement du nouveau-né vers le sein. (12)

Aide à la prise du sein, y compris dans les semaines qui suivent la naissance :

Le peau à peau permet de diminuer le stress et induit une relaxation thérapeutique chez la mère et l'enfant. Il augmente les sentiments maternels positifs, permet à l'enfant de retrouver ses compétences innées à téter et réduit le temps nécessaire à la résolution des problèmes de prise du sein à 1 mois de vie. (13)

Effet analgésique

Lors du peau à peau, l'échange thermique entre la mère et l'enfant réduit la dépense énergétique ou métabolique de l'enfant, apportant un bénéfice direct ou indirect sur la réduction de la douleur. (14)

En 2000, Gray *et al.* ont rapporté un effet analgésique du contact peau à peau chez le nouveau-né. Ces auteurs ont étudié 30 nouveau-nés à terme lors d'un prélèvement capillaire au talon. Cette étude randomisée a comparé des enfants soit tenus par leurs mères en contact peau à peau durant 10 à 15 minutes avant le prélèvement et durant celui-ci, soit restés dans leur berceau jusqu'au prélèvement. Les enfants ont été filmés durant le prélèvement puis des évaluations des grimaces, de la fréquence cardiaque et des pleurs ont été effectuées à partir des bandes vidéo. Les pleurs et les grimaces ont été réduits de 82 % et 65 %, respectivement, chez les enfants en peau à peau par rapport au groupe contrôle. La fréquence cardiaque a également été diminuée par le peau à peau. La conclusion des auteurs est que le contact peau à peau a un puissant effet contre la douleur des ponctions au talon chez les nouveau-nés. (15)

Colonisation par la flore commensale familiale :

Le contact peau à peau permet à l'enfant d'être colonisé par la flore familiale, en général moins virulente que la flore hospitalière. (16)

Dans un essai randomisé, une équipe brésilienne a étudié les bébés hospitalisés en néonatalogie colonisés par du staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM). Ceux qui étaient portés en peau à peau 2 fois 1 heure par jour avaient 2,35 fois plus de chance de réussir à se débarrasser du SARM que les autres, à condition que la mère ne soit pas colonisée elle aussi. (17)

Peau à peau avec le père en cas de séparation :

L'étude randomisée d'Erlandsson et al. (18) a permis d'observer que les nouveau-nés installés en peau à peau avec leur père après une césarienne pleuraient moins et s'endormaient plus rapidement que ceux placés en berceau. Ce peau à peau leur permet d'économiser leur énergie afin d'avoir un comportement de recherche du sein plus vigoureux, et d'avoir de meilleures compétences à téter lors des retrouvailles avec la mère.

Ceci explique pourquoi il faut recommander le peau à peau avec le père quand la mère est indisponible. Cette pratique peut facilement être proposée en systématique au père en cas de césarienne, ou de soins à la mère empêchant le peau à peau (prise en charge d'une hémorragie par exemple).

En outre, il favorise l'instauration du lien père-enfant.

2.2- Bienfaits pour la mère

Rôles de l'ocytocine (via les massages et la succion du nouveau-né) :

L'ocytocine joue un rôle clé dans l'allaitement maternel, puisqu'elle stimule l'expulsion du lait grâce à la contraction des cellules myoépithéliales, et que la vidange des acini stimule la production du lait. Sa sécrétion est déclenchée, entre autres, par la succion du nouveau-né.

Cette hormone est également très connue pour son rôle dans la contractilité utérine pendant le travail mais aussi dans le postpartum, entraînant l'involution de l'utérus et donc la diminution des pertes sanguines. Ces phénomènes diminuent le risque d'anémie maternelle.

D'autres actions de l'ocytocine sont moins connues :

Elle redistribue la chaleur dans le corps de la mère pour réchauffer le bébé qui tète. En particulier, elle est associée à une augmentation de la température du thorax maternel lors du peau à peau ou d'une tétée.

Elle aide le corps à rendre les nutriments disponibles et augmente la capacité à assimiler les nutriments lors de la digestion chez la mère.

Elle diminue la pression artérielle maternelle et les taux des hormones de stress (cortisol), lui apportant sérénité et apaisement (proportionnels aux taux sériques d'ocytocine).

Elle augmente le seuil de tolérance à la douleur.

Elle favorise les interactions avec autrui, rendant la mère disponible à la création de liens émotionnels avec son enfant. C'est pourquoi on la surnomme l'hormone de l'attachement.

Le contact peau à peau et les caresses du bébé stimulent la sécrétion d'ocytocine. Cela favorise l'attachement maternel. C'est pourquoi le peau à peau est aussi important pour les mères qui n'allaitent pas leurs enfants. (19)

Dans son étude, Nissen a montré qu'une pulsatilité élevée de l'ocytocine maternelle au 2^e jour après l'accouchement était associée à une augmentation de la durée de l'allaitement à 6 semaines. (20)

Influence du peau à peau sur le comportement de la mère :

Si l'enfant touche ou lèche les mamelons dans la demi-heure qui suit la naissance, les mères laissent moins leurs bébés en nursery, parlent plus à leur enfant pendant la tétée. (21)

Le peau à peau à la naissance facilite l'attention et la sensibilité de la mère aux signaux du bébé à une année de vie (22).

Dans une étude portant sur 37 enfants nés à terme par césarienne programmée, les interactions vocales ont été analysées selon que l'enfant était placé en peau à peau sur sa mère ou sur son père entre 5 et 30 min de vie, tous les enfants ayant été en peau à peau avec leur mère pendant les 5 premières minutes. Les interactions vocales de l'adulte réalisant le peau à peau étaient plus importantes avec l'enfant ainsi qu'avec son conjoint. (23)

Valorisation du parent dans sa capacité à apporter un soin, développement de sa capacité à être parent :

Dans une revue de la littérature sur la méthode mère-kangourou (peau à peau en continu 24 h / 24 h ou pratiqué en quasi-continu pour les enfants prématurés), l'Organisation Mondiale de la Santé rapporte qu'avec cette méthode, les mères sont moins stressées, ont plus confiance en elles et en leurs compétences ; elles sont fières d'elles-mêmes. Les pères sont plus détendus, à l'aise et satisfaits. (1)

Le peau à peau renforce la mère dans ses compétences à allaiter. Une étude randomisée menée avec 92 mères primipares a montré que le sentiment d'être capable de nourrir son enfant au sein à 1 mois de vie était significativement plus élevé chez les mères qui avaient bénéficié d'un contact peau à peau immédiat dès la naissance que chez celles dont le nouveau-né avait été pris pour les soins à la naissance et ramené enveloppé dans une couverture chaude. (24)

Importance du contact ventre à ventre :

La face ventrale présente une innervation vagale spécifique, stimulée par la proximité et le toucher. Celle-ci a probablement une grande importance pour les réactions psycho-physiologiques (20).

Toutes les études réalisées sur le peau à peau concernent des nouveau-nés installés ventre à ventre.

2.3- Évènements indésirables survenus en peau à peau

Le peau à peau est donc une pratique riche en bénéfices pour la mère, le père et l'enfant. Elle est facile à mettre en œuvre et peu coûteuse.

Selon la revue de la Cochrane réalisée par Moore en 2012, il n'y a pas de réel impact négatif. (11)

Cependant, on peut retrouver certains risques si le peau à peau n'est pas réalisé dans de bonnes conditions :

- Si l'enfant n'est pas assez couvert (bonnet et couverture chaude), on pourra observer une **hypothermie**.
- Si la mère s'endort et que l'enfant n'est pas maintenu par un bandeau, il existe un risque de **chute** du nouveau-né.

Par ailleurs, des cas de **malaises anoxiques graves** et de morts subites chez des nouveau-nés en peau à peau ont été rapportés, après une naissance normale à terme. Dans une analyse des naissances survenues en région Provence-Alpes-Côte d'Azur sur un an, Dageville et al. ont constaté une incidence de 3,2 accidents graves pour 100 000 naissances. (25)

Une étude analogue menée au Royaume-Uni a conduit à une incidence de 5 accidents graves pour 100 000 naissances (26). La mortalité y est élevée (de 36 à 100 % des cas selon les auteurs).

La cause la plus probable est l'asphyxie par obstruction des voies aériennes supérieures. Les nouveau-nés sont le plus souvent retrouvés le visage enfoui dans le sein ou le ventre maternels, le cou fléchi.

Les enfants étaient apparemment sains, et les examens complémentaires normaux (y compris autopsie en cas de décès). Il n'existe pas d'éléments prédictifs de la survenue de ces malaises. (27)

Les facteurs de risques retrouvés sont la primiparité, le peau à peau, la mère seule avec son nouveau-né en peau à peau et l'absence de surveillance (25, 26, 27, 28).

Ce type d'accident est donc exceptionnel. On peut considérer qu'il est 10 fois plus rare que la mort inattendue du nourrisson au cours des premiers mois de vie. Les facteurs de risque sont facilement repérables. Aucun auteur ne remet en cause le peau à peau en salle de naissance, pratique banale.

Le risque d'accident ne justifie donc pas que l'on renonce au peau à peau ou que l'on monitore systématiquement les nouveau-nés, mais suppose une reconnaissance des facteurs de risques, une surveillance effective et une éducation des parents à la surveillance des signes de vitalité. (25, 26, 28)

2.4- Recommandations actuelles

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise de promouvoir le peau à peau et les soins kangourous dans les 24 premières heures suivant la naissance, pour la régulation de la température. (29)

L'Initiative « Hôpital Ami des Bébé », créée par l'OMS et l'UNICEF, émet dans sa 4^e recommandation : « Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure ». (30)

L'American Academy of Pediatrics (AAP) prône que le nouveau-né à terme soit placé en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance jusqu'à la fin de la première tétée, et encourage à renouveler ce contact pendant toute la période postnatale. (31)

L'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) émet les mêmes préconisations que l'AAP. Elle propose un protocole « Gestion en péripartum de l'allaitement chez la mère en bonne santé et son enfant né à terme ». L'enfant peut être séché et le premier examen réalisé sur sa mère. La pesée, la mesure, l'administration de vitamine K, la prophylaxie oculaire et le premier bain peuvent être retardés. Il souligne que ce contact peau à peau précoce permet à l'enfant de maintenir une stabilité physiologique optimale et de lui donner des opportunités pour la première tétée. Ce portage extensif peut augmenter la durée de l'allaitement (total et exclusif) et favorise l'interaction mère enfant. (32)

En France en 2002, **l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)** cite le peau à peau dans les recommandations pour la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement dans les 6 premiers mois de vie. Elle précise que celui-ci est réalisé immédiatement à la naissance, après avoir séché le nouveau-né, même s'il n'est pas allaité. Les soins doivent être reportés « après une période de contact prolongé et ininterrompu (...) tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant ». (33)

Pour **la Haute Autorité de Santé (HAS)** (34), le peau à peau doit être abordé dès la grossesse comme condition favorisant l'allaitement maternel. En salle de naissance, il faut sécher l'enfant, le recouvrir d'un bonnet et d'un linge chaud et sec, et contrôler la température de la salle de naissance (25 à 28 °C). Les soins de routine comme la vitamine K, le collyre ou le bain doivent être différés après la première tétée. Ils interrompent le lien mère-enfant et retardent le démarrage de l'allaitement. Les objectifs des professionnels sont le maintien de la température, l'instauration du lien mère-enfant. L'objectif de la mère est de faire connaissance avec son enfant.

L'HAS rappelle les bienfaits du peau à peau : régulation thermique, adaptation métabolique du nouveau-né, renforcement des interactions mère-enfant, prise du sein à l'initiative de l'enfant grâce au réflexe de fouissement. Elle insiste également sur l'information à donner sur les intérêts du peau à peau à la mère, mais aussi sur l'importance d'informer les pères de la possibilité d'en faire.

Elle inscrit la pratique du peau à peau ininterrompu jusqu'à la première tétée parmi les critères d'évaluation des pratiques autour de l'allaitement.

2.5- Conduite pratique du peau à peau en sécurité

Le personnel de salle de naissance doit être sensibilisé au risque de malaises anoxiques graves et mettre en place une surveillance régulière adaptée. Il faut expliquer aux parents de veiller au dégagement de la face et leur apprendre à reconnaître les premiers signes de malaise.

Recommandations de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé pour la réalisation du peau à peau en salle de naissance en toute sécurité : (35)

Installez le bébé et la maman correctement :

- Mère légèrement redressée (pas à plat) *-> elle peut ainsi observer son enfant*
- Bébé à plat ventre contre sa mère *-> le contact peau à peau est plus important et prévient l'hypothermie*
- Tête tournée sur le côté *-> afin de dégager les voies aériennes supérieures*
- Visage bien visible, non enfoui
- Nez et bouche bien dégagés, non recouverts
- Cou non fléchi
- Avec une couverture sur le dos *-> prévention de l'hypothermie*

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.

Recommandations du Réseau Sécurité Naissance : (36)

Le Réseau Sécurité Naissance des pays de Loire a établi un protocole très détaillé pour la pratique du peau à peau en salle de naissance.

Celui-ci rappelle que la mise en peau à peau est un acte qui a ses indications et ses contre-indications. Une information auprès des professionnels et des usagers doit intégrer que le peau à peau peut être remis en cause à tout moment.

- Contre-indications à la mise en peau à peau en salle de naissance :

Refus de la mère,
Conditions de surveillance en salle de naissance non respectées,
Mère qui n'est pas en situation de surveiller son nouveau-né sans aide extérieure,
Nouveau-né qui n'est pas estimé « normal ».

- Modalités de mise en peau à peau :

L'information des parents avant la mise en peau à peau est primordiale. Elle permet le libre choix de la mère et du couple, l'explication des risques et des points à surveiller.

Celle-ci doit être réalisée dès la préparation à l'accouchement, et après la naissance, avant de proposer le peau à peau.

Dans le chapitre modalités d'installation, le réseau ajoute également des recommandations sur l'environnement de la salle de naissance : température ambiante entre 22 °C et 24 °C, et une luminosité suffisante pour voir la couleur du nouveau-né. Le parent doit avoir une possibilité d'appel (sonnette), et une disponibilité permanente (exemple : absence de téléphone pendant le peau-à-peau).

Il faut s'assurer que le nouveau-né ne puisse pas glisser avec risque de chute.

La surveillance nécessite un personnel présent régulièrement. Une fiche de surveillance doit être remplie par un professionnel.

La présence du père ou d'un accompagnant est souhaitable. Ils doivent avertir en cas de problème ou en cas d'absence, mais la surveillance ne repose pas uniquement sur l'entourage.

Un premier examen clinique rapide du nouveau-né est réalisé à la naissance (détresse, anomalie, malformation) par la sage-femme dans la salle de naissance, si possible sur le ventre de la mère lors de l'essuyage, avant d'installer l'enfant en peau à peau. L'examen clinique plus complet et les soins de routine peuvent être repoussés plus tard.

En cas de césarienne, il n'y a pas de différence avec l'accouchement par voie basse. Le peau à peau peut se faire en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI).

III- Présentation de l'étude

3.1- Les objectifs de l'étude

Notre hypothèse de départ était que la pratique du peau à peau entre la mère et l'enfant, à la naissance et dans les premiers jours, n'était pas suffisamment mise en œuvre dans notre service, pour contribuer sensiblement à l'adaptation du nouveau-né, la mise en route de l'allaitement et l'établissement du lien mère-enfant.

L'objectif de cette étude était donc de repérer les freins à la pratique du peau à peau tant du côté des mères, que du côté des soignants. La finalité était de trouver des pistes pour améliorer les pratiques en salle de naissance mais aussi en suites de couches.

Auprès des professionnels, nous avons étudié les modalités de la pratique du peau à peau en salle de naissance et en suites de couches, leurs connaissances, leur avis (questionnaire en annexe 1).

Auprès des mères, nous nous sommes renseignés sur les modalités de la pratique du peau à peau en salle de naissance et en suites de couches, leurs connaissances, les difficultés rencontrées (questionnaire en annexe 2).

Nous avons limité l'étude des pratiques aux 24 premières heures de vie de l'enfant, car c'est la période clé pour l'adaptation de l'enfant, l'instauration du lien et la réussite de l'allaitement.

Il s'agit d'une étude mono centrique, transversale, observationnelle et descriptive.

Elle comporte deux enquêtes réalisées simultanément entre le 7 et le 31 janvier 2015 à la maternité de l'hôpital Louis Mourier, l'une auprès des mères, l'autre auprès du personnel de la maternité.

L'enquête par questionnaire anonyme a été retenue afin d'avoir un retour d'une part des femmes accouchant à Louis Mourier et d'une part des soignants exerçant en maternité, l'anonymat pouvant favoriser la liberté d'expression dans les réponses.

3.2- Populations de l'étude

Le groupe Mères :

Nous avons interrogé les mères ayant accouché d'un enfant né en bonne santé, quelle que soit la voie d'accouchement, hospitalisé avec elles en suites de couches, quel que soit le mode d'alimentation du nouveau-né. Le questionnaire a été remis aux mères au cours de leur séjour, à partir du surlendemain de la naissance (soit J2 ou plus tard). Elles l'ont rempli seules ou avec leur conjoint et l'ont rendu à l'équipe avant la sortie de maternité.

Critère d'exclusion :

Nous avons exclu les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie ou unité kangourou, les mères mineures, les mères maîtrisant mal le français, les naissances multiples.

Le groupe Professionnels :

La deuxième enquête a concerné le personnel de la maternité travaillant en salle de naissance, et/ou en suites de couches : auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, infirmières, sages-femmes, pédiatres.

Les membres de l'équipe ont été informés oralement de l'étude en cours et les questionnaires ont été laissés à disposition dans les différentes salles de détente de la maternité.

3.3- Biais de l'étude

Biais de sélection :

Il existe un *biais de recrutement* car l'étude est mono centrique (femmes ayant accouché à Louis Mourier), et un *biais de volontariat* par le recrutement de personnels qui s'intéressent à la pratique du peau à peau.

Biais d'influence :

La distribution des deux questionnaires ayant été simultanée, les professionnels ayant déjà répondu ont pu être davantage sensibles au peau à peau et avoir modifié leur comportement au cours des 4 semaines de l'étude, entraînant des résultats peut-être différents dans les questionnaires des mères.

IV- Résultats de l'enquête auprès des mères

Cent trente-deux questionnaires ont été récupérés et 122 étaient exploitables ; 10 n'ont pas pu être analysés : 3 avaient des critères d'exclusion (mineure, grossesse gémellaire, nouveau-né hospitalisé en néonatalogie), 4 questionnaires étaient trop incomplets, 2 autres présentaient de nombreuses réponses incohérentes et une mère a répondu pour du peau à peau effectué lors d'un accouchement précédent.

Le nombre de naissances enregistrées sur la période de l'étude (du 7 au 31 janvier 2015) a permis d'estimer le taux de participation à 62 %. Les résultats qui suivent portent donc sur 122 mères.

4.1- Description de la population

Les femmes interrogées avaient entre 20 et 46 ans. La moyenne d'âge était de 30,3 ans.

On retrouve 39 % de primipares et 61 % de multipares.

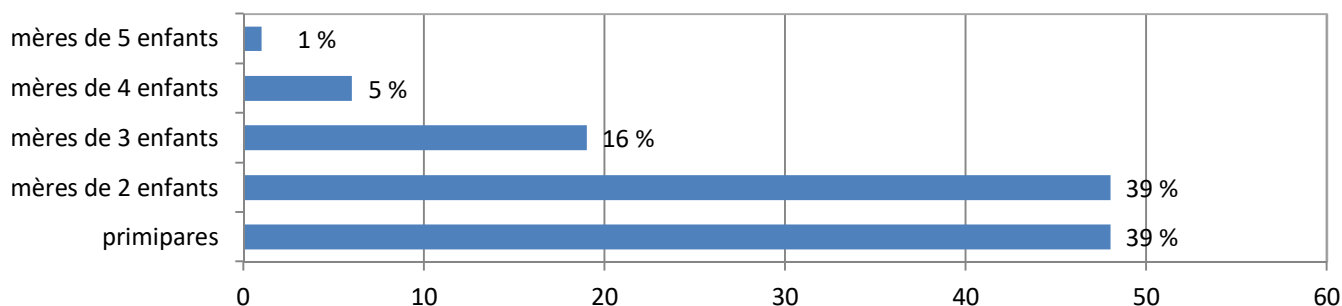


Figure 1 : répartition en nombre et en pourcentage des 122 mères de l'étude selon leur parité.

Plus de la moitié de la population étudiée a fait des études supérieures, avec une proportion plus importante chez les femmes que chez les hommes (66 % versus 50 %).

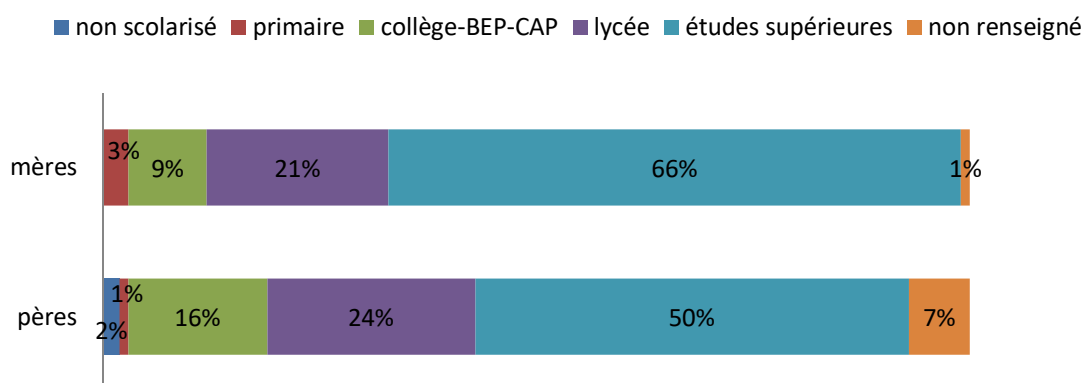


Figure 2 : répartition en pourcentage des 122 mères et pères selon leur niveau d'études.

Environ la moitié des parents, 42 % des mères et 53 % des pères, étaient dans la catégorie des employés, un quart étaient cadres ou avaient une profession intellectuelle supérieure. Un tiers des mères étaient sans profession ou au foyer.

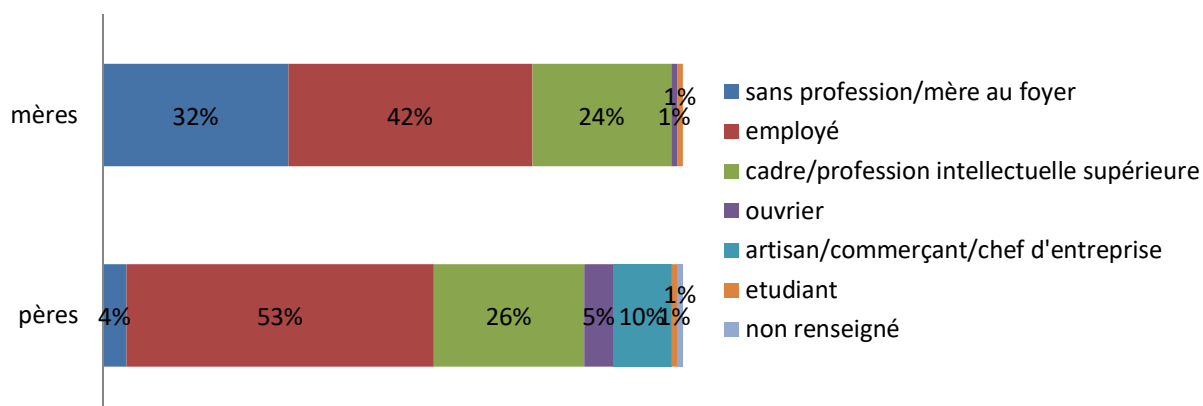


Figure 3 : répartition en pourcentage des 122 mères et pères selon leur catégorie socio-professionnelle.

La population était d'origine variée, avec une majorité de couples originaires d'Afrique du nord (38 %) et de France métropolitaine (30 %), et dans une moindre mesure d'Afrique Noire (18 %).

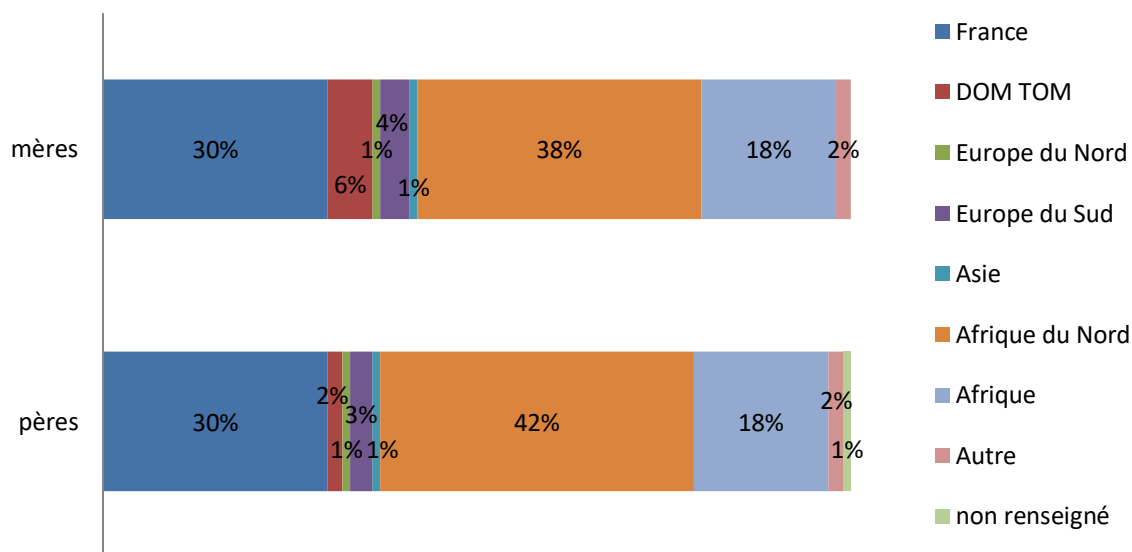


Figure 4 : répartition en pourcentage des 122 mères et pères selon leur origine géographique.

4.2- Conditions de l'accouchement

Les mères interrogées ont accouché pour 75 % par voie basse et 25 % par césarienne.

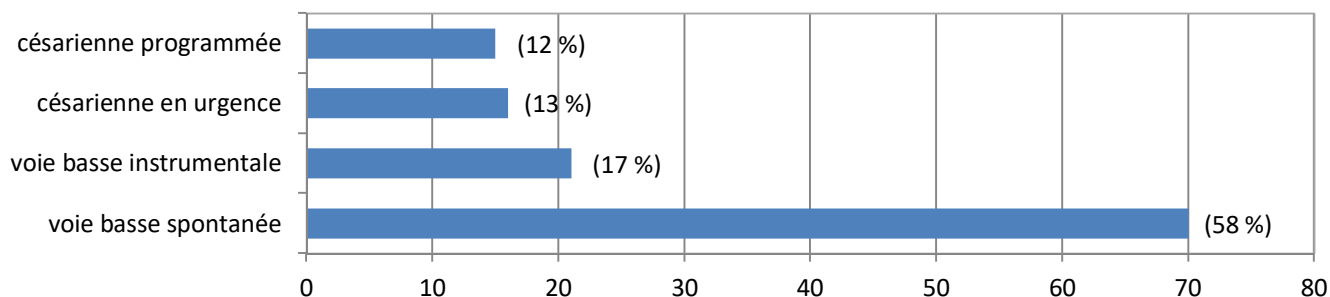


Figure 5 : répartition en nombre et en pourcentage des 122 mères selon le mode d'accouchement.

Le terme moyen d'accouchement était de 39 SA* + 4 j, allant de 35 SA + 6 j à 41 SA + 6 j.

Les poids de naissance variaient de 2000 g à 4800 g, avec une moyenne de 3316 g.

Comme l'indique la figure 6, 71 % des femmes ont eu recours à une analgésie péridurale. Douze pour cent ont eu une rachianesthésie pour une césarienne programmée, 1 mère a reçu du protoxyde d'azote et 15 (16 %) n'ont pas eu d'analgésie.

* SA = Semaines d'Aménorrhées

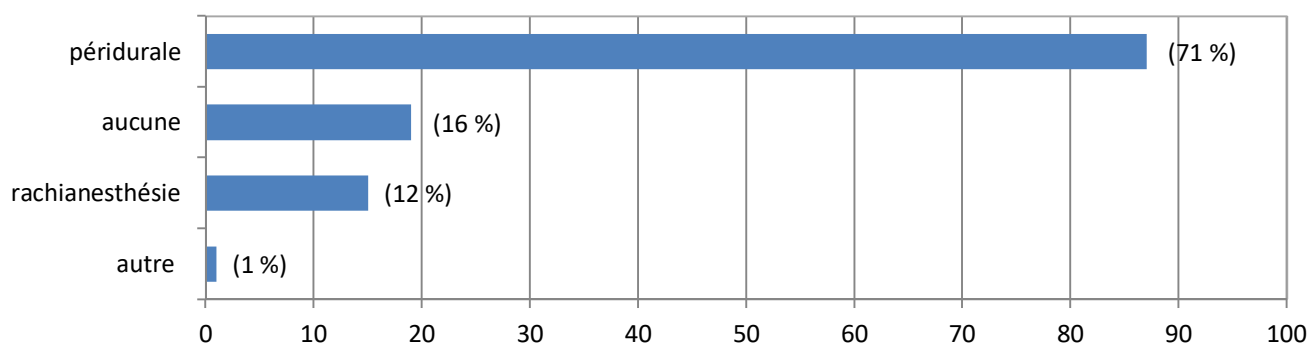


Figure 6 : répartition en nombre et en pourcentage des 122 mères selon le type d'analgésie utilisée lors de l'accouchement.

4.2- Complications ayant pu influencer sur la pratique du peau à peau

Les mères ont répondu sur les éventuelles complications qu'elles ou leur enfant ont rencontrées à la naissance et pendant le séjour en maternité. Les principales complications citées étaient la naissance par césarienne (31 mères) et l'hypotrophie du nouveau-né (12 bébés concernés). Nous avons relevé dans le tableau 1 celles qui ont pu influencer sur la pratique du peau à peau.

Nombre de mères concernées	Complications	Nombre de bébés concernés	Complications
31	césarienne	12	hypotrophie
5	révision utérine	1	prématurité
4	fièvre du postpartum	1	RGO et bosse séro sanguine
3	hémorragie du post-partum	1	ictère précoce
1	suture périnéale difficile ayant nécessité une sonde urinaire à demeure pendant 24 h		
1	dépression		

Tableau 1 : détail des complications déclarées par les mères les concernant ou concernant leur enfant.

Plus de la moitié des femmes (67, soit 55 %) n'ont déclaré aucune complication.

4.3- Informations prénatales sur le peau à peau

Presque les deux tiers des femmes (74, soit 61 %) avaient déjà entendu parler du peau à peau avant leur accouchement. Celles-ci s'étaient informées de différentes manières, la plus citée étant la préparation à la naissance et à la parentalité (42 %). Viennent ensuite internet (35 %), les livres (23 %) et l'entourage (23 %). Parmi les 16 femmes qui ont coché « autre », 7 ont été informées par la télévision (notamment avec les reportages de la série « Babyboom »), 6 avaient déjà eu l'expérience du peau à peau lors d'un précédent accouchement et 3 exerçaient un métier de la périnatalité.

Sur ces 74 femmes, 50 (soit 70 %) ont estimé que les informations qu'elles avaient obtenues en prénatal sur le peau à peau avaient été suffisantes, 9 ont jugé le contraire et 13 n'ont pas répondu.

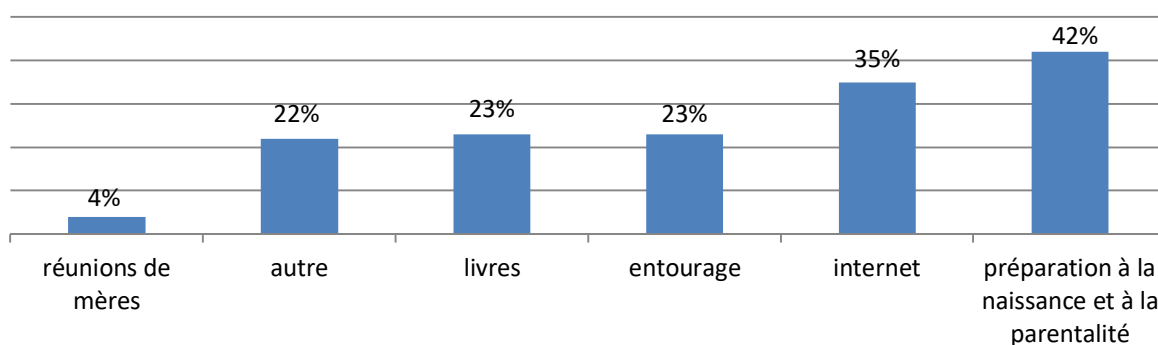


Figure 7 : moyens que les 74 femmes qui se sont informées sur le peau à peau avant la naissance, ont utilisés (plusieurs réponses possibles).

4.4- Pratique du peau à peau

Les trois-quarts de la population interrogée (91 femmes) ont pratiqué le peau à peau, toutes voies d'accouchement confondues.

Nous allons maintenant différencier les femmes ayant accouché en salle de naissance (voies basses spontanées et instrumentales) et celles ayant subi une césarienne. Puis nous verrons la pratique du peau à peau en suites de couches et avec les pères.

4.4.1- Pratique du peau à peau lors des naissances par voie basse

Sur les 91 patientes qui ont accouché par voie basse, 74 soit 81 % ont effectué du peau à peau avec leur enfant. Nous verrons plus loin les motifs de non réalisation du peau à peau.

Sur la durée du peau à peau en salle de naissance, 20 % des données n'ont pas pu être recueillies : 5 mères (7 %) ne se souvenaient plus et 10 (13 %) n'ont pas renseigné la question.

Sur les 59 femmes qui ont répondu, 47 % ont fait du peau à peau pendant 1 h ou plus, 53 % pendant moins d'1 h.

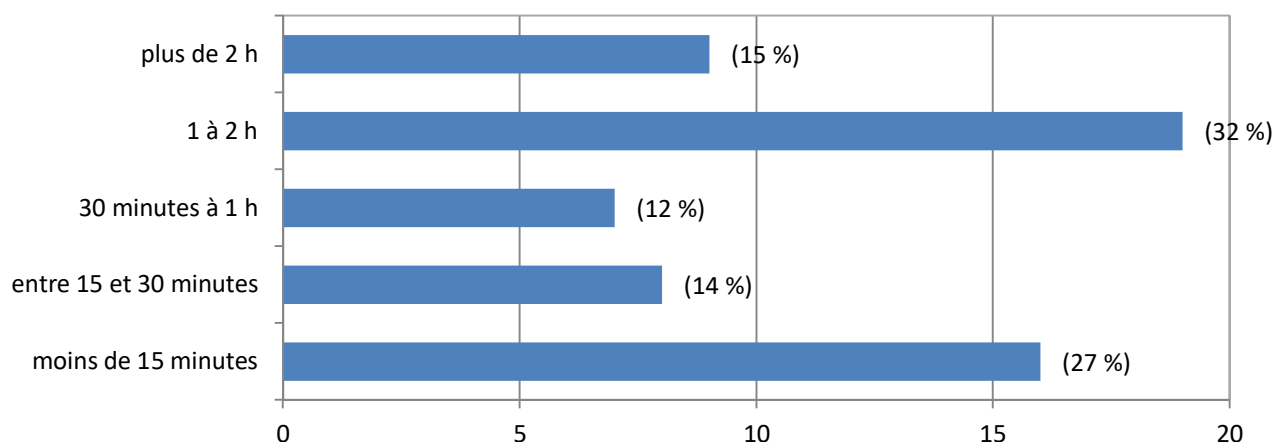


Figure 8 : réponses en nombre et en pourcentage des 59 femmes ayant accouché par voie basse, fait du peau à peau et renseigné la durée, sur la durée de ce peau à peau (15 mères sur 74 n'ont pas répondu).

Sur les 74 mères qui ont fait du peau à peau avec leur bébé, 60 souhaitaient allaiter et pour 68 % d'entre elles, soit 41 mères, le peau à peau s'est poursuivi jusqu'à la première tétée sans interruption. Trois mères n'ont pas répondu à cette question et les 16 autres ont précisé les raisons de l'interruption du peau à peau avant la première tétée, la raison principale étant la réalisation de soins à l'enfant. Certaines mères ont cité plusieurs motifs. Une mère a indiqué que le peau à peau avait été interrompu avant la température normale de son enfant, sans donner de raison précise (non repris dans le tableau ci-dessous).

Motif d'interruption du peau à peau	Nombre et pourcentage de mères concernées (N=16)
Soins pour le bébé : pesée, mensuration, habillage	9 (56 %)
Souhait du père de faire du peau à peau	6 (38 %)
Soins pour la mère	3 (19 %)
Besoin de la mère de se reposer	1 (6 %)

Tableau 2 : motifs d'interruption du peau à peau avant la première tétée pour les 16 mères ayant renseigné cet item (plusieurs réponses ont été données).

4.4.2- Pratique du peau à peau par la mère lors des naissances par césarienne

Seize pourcent des 31 femmes ayant eu une césarienne ont pu faire du peau à peau au bloc (soit 5 femmes), et 6% (soit 2 mères) en ont fait en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI). Une seule mère a eu l'occasion d'en faire à la fois au bloc et en SSPI.

Parmi ces 6 femmes qui ont fait du peau à peau au bloc ou en SSPI, 3 en ont fait moins de 15 minutes, 2 entre 15 et 30 minutes, 1 entre 30 et 60 minutes.

4.4.3- Pratique du peau à peau par la mère en suites de couches

Le questionnaire portait sur le peau à peau réalisé pendant les 24 premières de vie de l'enfant, une fois la mère et l'enfant installés en chambre.

Sur les 122 participantes, 31 femmes, soit un quart du groupe, ont fait du peau à peau en suites de couches.

Huit femmes en ont fait 1 fois, 7 en ont fait 2 fois, 7 en ont fait 3 fois, 3 en ont fait 4 fois et plus. Six n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les 31 femmes qui ont fait du peau à peau en suites de couches, 6 (19 %) en ont fait moins de 2 h, 9 (29 %) en ont fait de 2 à 4 h, 6 (19 %) en ont fait plus de 4 h. Neuf (29 %) n'ont pas répondu et 1 mère ne se souvenait plus de la durée.

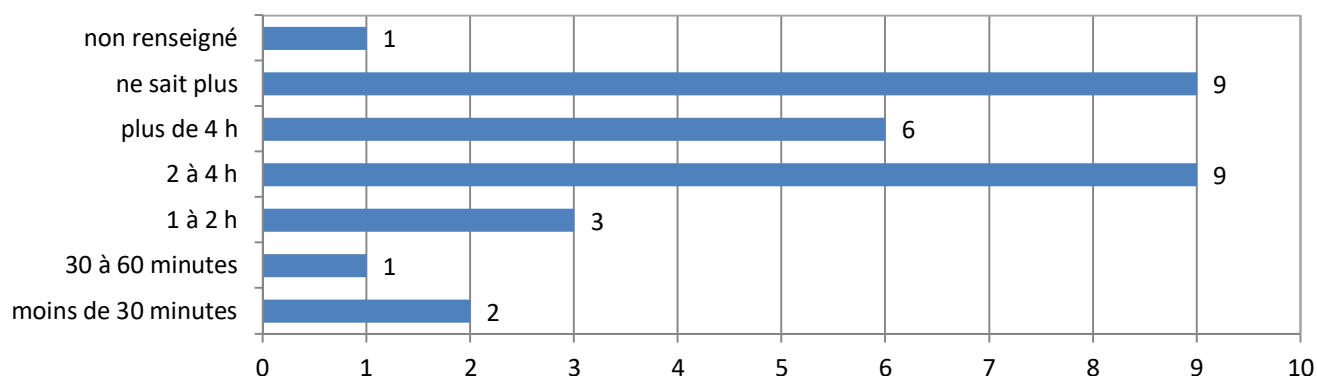


Figure 9 : répartition des 31 femmes (sur 122) ayant déclaré avoir fait du peau à peau en suites de couches dans les 24 premières heures après la naissance, selon la durée totale de peau à peau.

Le peau à peau en suites de couches a été motivé par une hypothermie pour 8 nouveau-nés, par des difficultés à prendre le sein pour 5 d'entre eux, 3 femmes ont évoqué le besoin de rassurer leur bébé, 3 autres le besoin d'établir un lien avec leur bébé, 1 femme en avait envie.

Dans 3 cas, les nouveau-nés ont été remis dans leur berceau après le peau à peau lorsque leur température était contrôlée normale. Le peau à peau a été interrompu à la fin de la tétée selon une mère, selon une autre du fait de l'examen de la sage-femme, pour 2 autres parce qu'elles étaient fatiguées, dans 3 cas pour faire des soins à l'enfant et enfin pour 2 mères, afin de prendre leur repas.

4.4.4- Pratique du peau à peau par le père

Un tiers des pères (42/122) a eu l'occasion de faire du peau à peau.

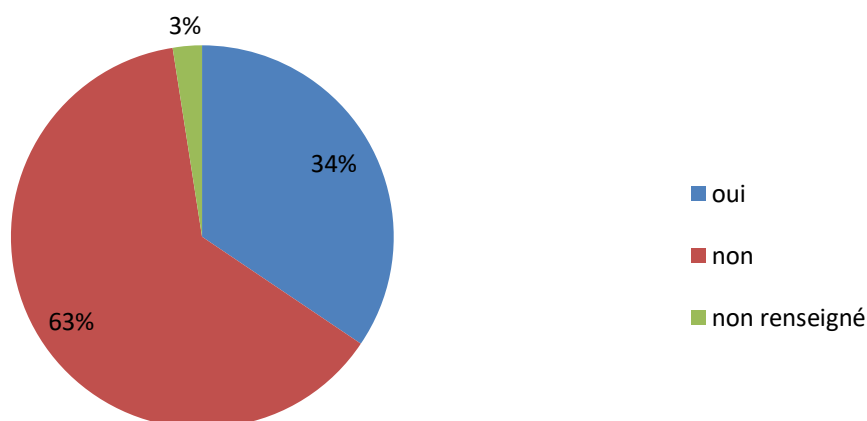


Figure 10 : répartition en pourcentage des pères en fonction de leur pratique du peau à peau dans les 24 premières heures après la naissance.

Les trois-quarts d'entre eux (76 %) l'ont fait en salle de naissance, un quart (24 %) en suites de couches.

Un seul père l'a fait à la fois en salle de naissance et en suites de couches.

Parmi les 31 bébés nés par césarienne, 17 ont fait du peau à peau avec leur père, soit 55 % de ce groupe.

4.4.5- Initiative de la pratique du peau à peau

Nous avons demandé dans le questionnaire qui avait pris l'initiative de proposer le peau à peau en suites de couches (SDC). Alors que la question concernait explicitement les suites de couches, des femmes qui ont déclaré n'avoir pas fait de peau à peau en SDC y ont quand même répondu. Nous avons décidé d'utiliser ces données en les rapportant au contexte dans lequel le peau à peau a été réalisé.

En salle de naissance, l'équipe était la principale instigatrice du peau à peau.

En cas de césarienne, l'initiative était plus partagée, mais l'effectif était beaucoup plus faible, donc non significatif.

En suites de couches, les initiatives sont relativement réparties entre les mères et l'équipe. Dans 8 cas, ces 2 catégories en sont à l'origine.

L'équipe était souvent à l'origine du peau à peau pour les pères.

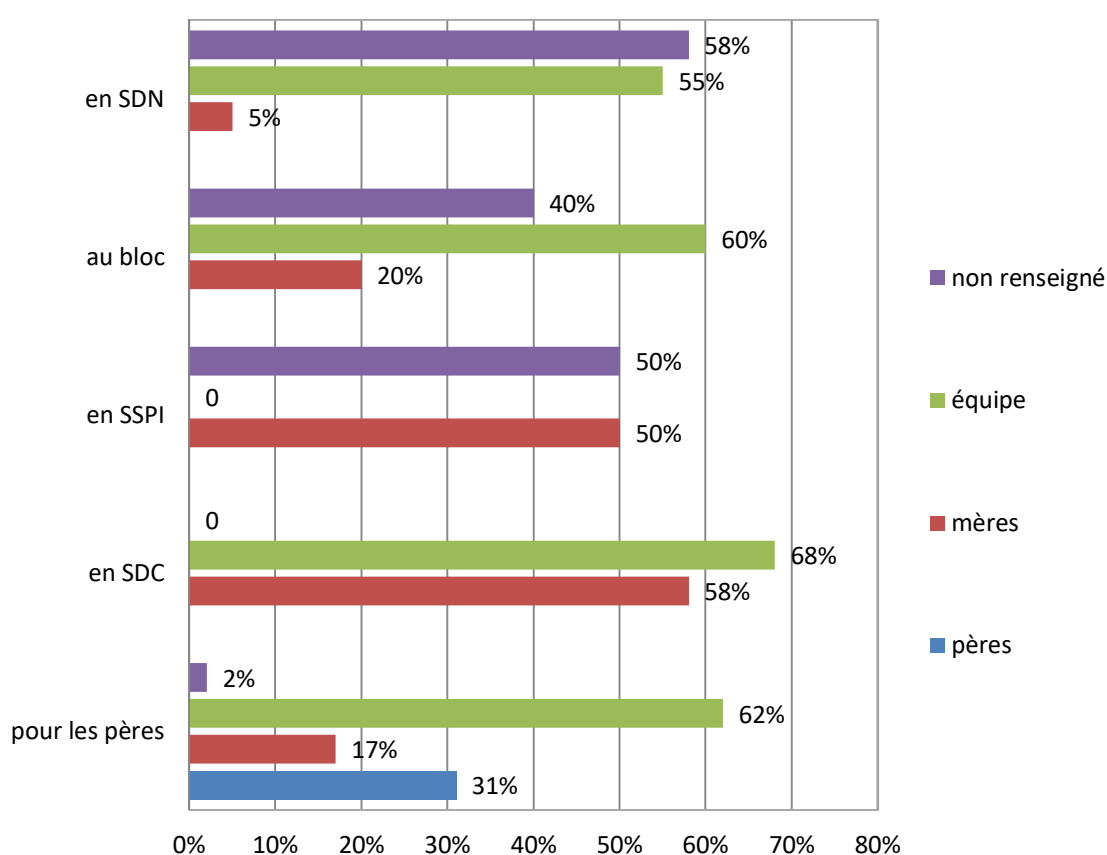


Figure 11 : Initiative du peau à peau avec les mères en salle de naissance (SDN), au bloc (pour les césariennes), en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI), en suites de couches (SDC) et avec les pères, en pourcentage (plusieurs réponses étaient possibles).

4.5- Informations reçues pour la pratique du peau à peau

Sur les 91 mères qui ont fait du peau à peau, 41 (45 %) ont reçu des conseils pratiques de la part de l'équipe : 38 les ont trouvés suffisants, 2 les ont trouvés insuffisants et auraient voulu connaître la durée ou avoir un prospectus en consultation prénatale et une mère n'a pas répondu.

Un quart des femmes (25 sur 91) ont eu des informations sur la sécurité. Toutes les ont trouvées suffisantes.

Seules 36 % des mères ont été informées des bénéfices du peau à peau.

4.6- Ressenti lors du peau à peau

Parmi toutes les femmes qui ont pratiqué le peau à peau, que ce soit à l'accouchement ou en suites de couches, les deux-tiers ont trouvé sa durée suffisante.

Près d'un quart des femmes n'en ont pas fait assez à leur goût. Un tiers d'entre elles ont eu moins de 30 minutes de pratique, et 20 % d'entre elles ont eu plus de 2 h de peau à peau. Au regard des données collectées, aucune tendance de durée ou de lieu de pratique du peau à peau ne se dégage nettement pour expliquer ce sentiment.

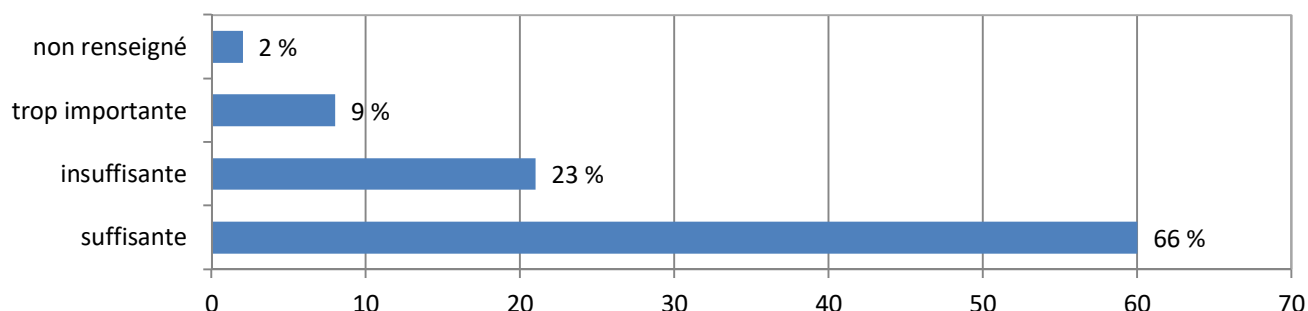


Figure 12 : répartition en nombre et en pourcentage du ressenti des mères sur la durée totale de peau à peau

Les mères ont été interrogées sur les bénéfices du peau à peau, d'une part sur ceux qu'elles avaient retenus dans les informations données par l'équipe et d'autre part, sur ceux qu'elles avaient perçus en pratiquant le peau à peau. Ces deux questions étaient ouvertes, leurs réponses ont été catégorisées.

Parmi les informations fournies par les soignants, la moitié des femmes avaient retenu l'intérêt du peau à peau pour la régulation thermique du bébé et 42 % ont cité « rassurer le bébé ».

Au cours des séances de peau à peau qu'elles ont eues avec leur bébé, les femmes ont perçu principalement 3 avantages : l'établissement du lien (46 %), « rassurer le bébé » (44 %) et le bien-être et le plaisir du contact (25 %). La régulation thermique du nouveau-né a été mentionnée par 11 % d'entre elles.

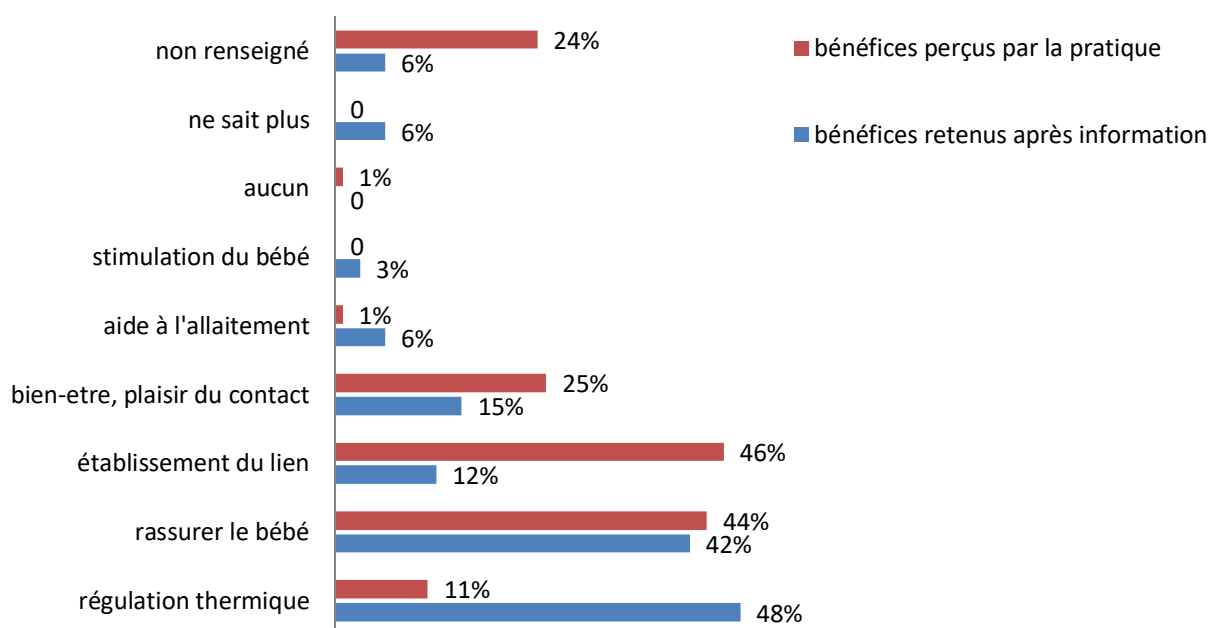


Figure 13 : comparatif en pourcentage des bénéfices du peau à peau retenus après information par rapport à ceux perçus par la pratique (plusieurs réponses étaient possibles)

Ce sont les sentiments positifs qui ont été ressentis par les patientes lors du peau à peau : le bien-être (74 %), l'émotion positive (74 %), le bonheur (71 %), l'attendrissement (56 %) et la confiance (34 %).

Parmi les 7 femmes (8 %) qui ont coché « autre », on retrouve un apaisement ou un soulagement pour 2 femmes, 2 ressentait de l'amour pour leur enfant, 1 a évoqué la disparition de ses douleurs, 2 un échange de chaleur.

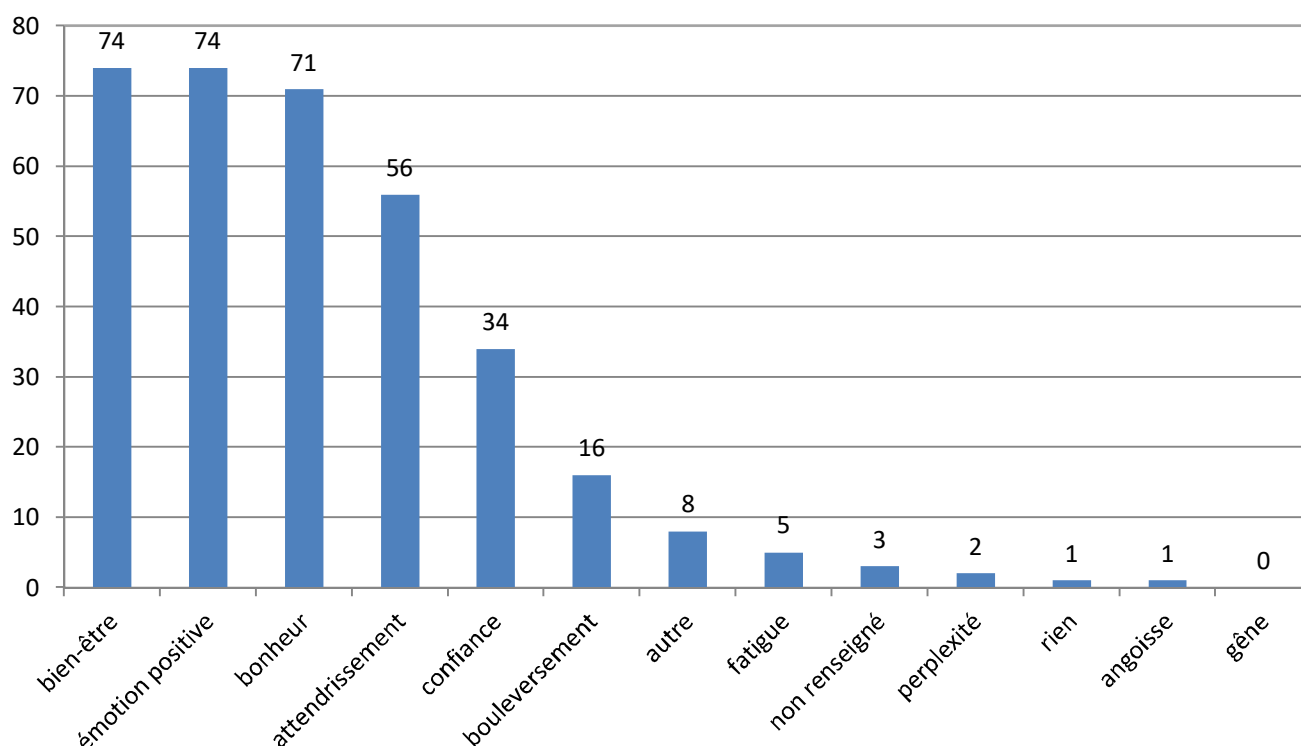


Figure 14 : ressenti des mères lors du peau à peau, en pourcentage (plusieurs réponses étaient possibles)

Les mères ont également noté les effets du peau à peau sur leur bébé.

En premier lieu, 90 % des mères ont observé l'apaisement chez leur nouveau-né en peau à peau.

Parmi les 8 femmes qui ont coché « autre » (9 %), 1 n'a observé aucun effet sur son enfant, 1 a évoqué un bien-être de l'enfant, 1 a vu de l'amour dans le regard de son enfant, 4 ont observé un contact visuel, 1 un échange de chaleur.

Au total, 90 % des mères ont perçu des réactions positives de leur enfant.

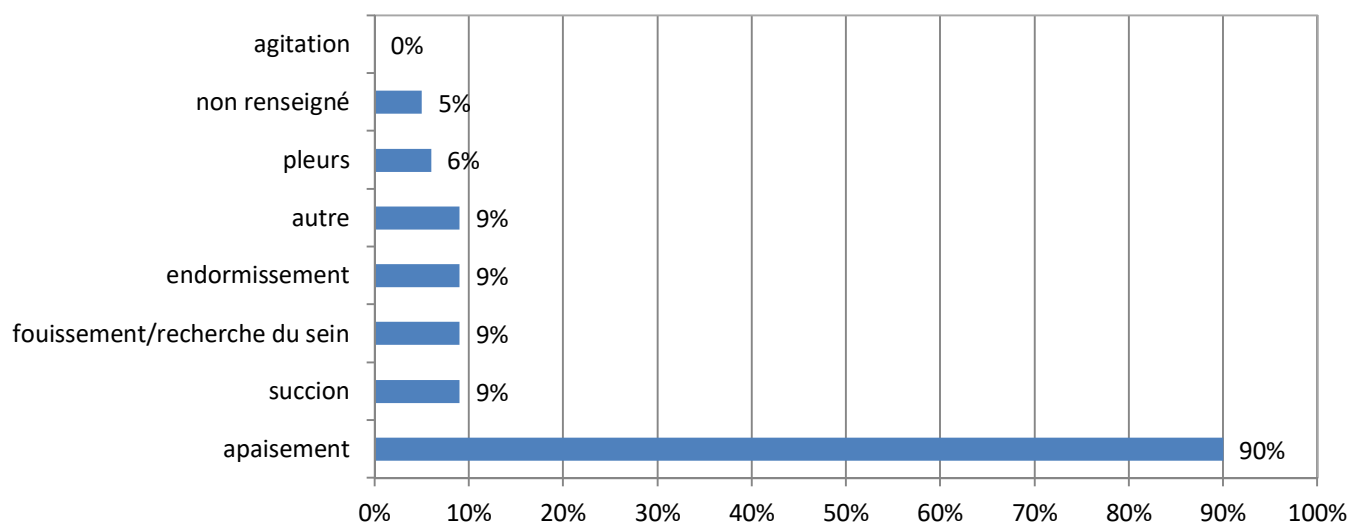


Figure 15 : effets du peau à peau perçus par les mères sur leur nouveau-né, en pourcentage (plusieurs réponses étaient possibles)

Vingt-trois femmes, soit un tiers des 72 femmes allaitantes ayant fait du peau à peau, ont observé un impact sur l'allaitement. Parmi ces 23 femmes, 5 évoquaient un effet facilitateur, 2 observaient le déclenchement du réflexe de succion chez le bébé en peau à peau, 12 se sont senties plus sereines, en confiance pour allaiter.

Parmi les 41 femmes qui n'ont pas trouvé d'impact du peau à peau sur leur allaitement, 18 femmes (soit 44 %) ont tout de même observé une succion ou des mouvements de recherche du sein chez le bébé lors du peau à peau.

On peut finalement en déduire que 57 % des femmes allaitantes ayant fait du peau à peau ont observé un effet sur l'allaitement.

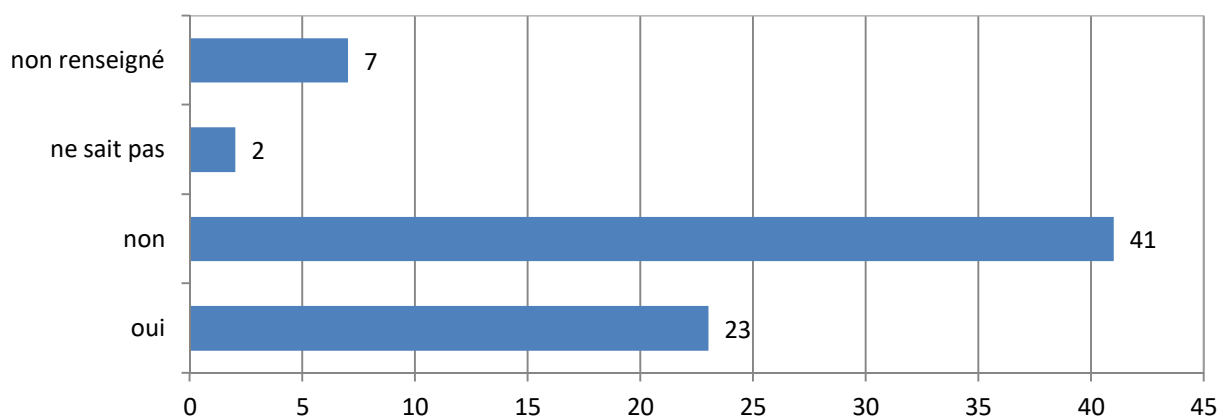


Figure 16 : impact du peau à peau sur l'allaitement perçu par les 72 mères allaitantes ayant fait du peau à peau

Douze femmes ont exprimé des réticences à mettre leur bébé en peau à peau, soit en salle de naissance (9), soit en suites de couches (8), dont 5 à la fois en salle de naissance et en suites de couches.

Ces 12 femmes représentent 10 % des 122 femmes qui ont participé à l'enquête.

En salle de naissance, au bloc ou en SSPI, parmi les 80 femmes qui ont fait du peau à peau, 9 ont eu des réticences : 2 patientes ont cité leur culture, 3 ont eu peur que le bébé glisse, 5 ont évoqué la fatigue, 2 un problème de pudeur (dont 1 en salle de réveil), 2 le fait que l'enfant ne soit pas lavé, 1 a ressenti le besoin de se retrouver, 1 estimait que son bébé n'en avait pas besoin.

En suites de couches, parmi les 31 femmes qui ont fait du peau à peau, 3 étaient gênées par les visites, 1 avait peur que son bébé glisse, une autre que son enfant s'étouffe, 1 que son bébé ait froid lors du déshabillage, 1 était gênée par le va et vient dans les chambres, 1 par sa césarienne.

Quatre pères ont exprimé des réticences lors du peau à peau : 1 était gêné par la pudeur, 2 par la peur que le bébé glisse, ou qu'il s'étouffe pour 2 autres.

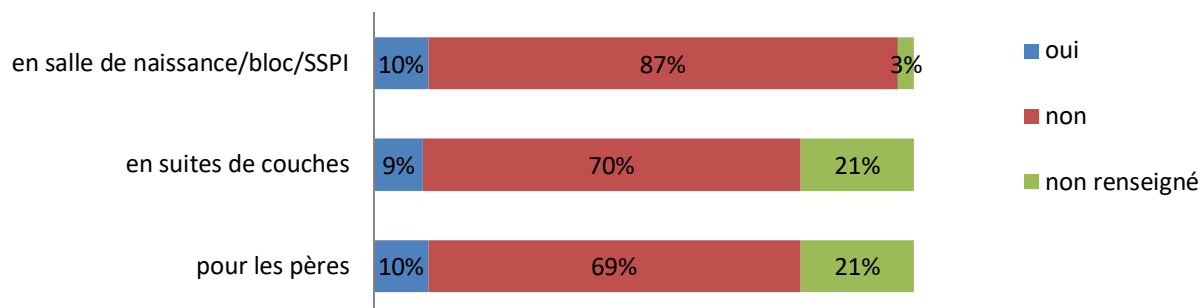


Figure 17 : réticences exprimées par les pères et par les mères selon les lieux de la pratique du peau à peau, en pourcentage

4.7- Non réalisation du peau à peau

Sur 122 femmes, 31 n'ont pas fait de peau à peau, ni en salle de naissance, ni en suites de couches.

Parmi ces 31 femmes, beaucoup ont dit que cela n'avait pas été proposé par l'équipe. Cependant nous avons repéré qu'une partie d'entre elles avaient eu une césarienne. Pour l'interprétation de nos résultats, avons donc ajouté la césarienne comme motif de non réalisation du peau à peau. Nous avons également repris les dossiers des femmes qui avaient dit que cela n'avait pas été proposé par l'équipe après un accouchement par voie basse, afin de voir si elles avaient eu une complication.

Huit femmes ne se sont pas vu proposer de faire du peau à peau, sans obstacle au peau à peau retrouvé dans le dossier.

Près des trois-quarts des 31 femmes qui n'ont pas fait de peau à peau ont rencontré des complications qui ont pu empêcher sa pratique. Quinze femmes ont eu une césarienne et parmi les 6 autres qui ont eu des complications, une a fait une hémorragie du post-partum, 2 ont subi une révision utérine, 1 a eu une suture périnéale difficile et 2 avaient de la fièvre.

Une seule patiente a refusé le peau à peau, car, a-t-elle précisé, elle tremblait trop.

La patiente qui a coché « autre » n'a pas précisé les détails.

Pour elle et quand cela n'a pas été proposé par l'équipe, l'analyse des dossiers n'a pas mis en évidence de complications ayant pu empêcher la réalisation du peau à peau. Cela représente plus du quart des femmes.

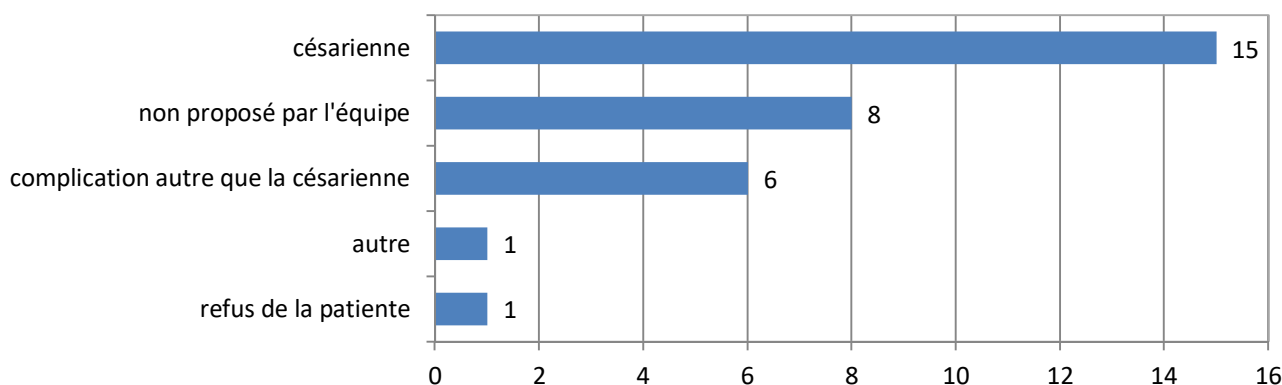


Figure 18 : répartition en valeur des motifs de non réalisation du peau à peau selon les réponses des 31 mères concernées et l'analyse des dossiers

4.8- Désir de faire du peau à peau ultérieurement

Soixante-huit pour cent des mères et 36 % des pères souhaitaient faire ou refaire du peau à peau en suites de couches.

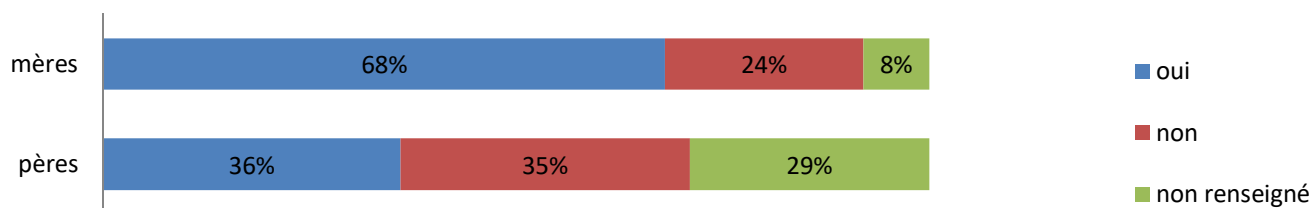


Figure 19 : pourcentage des mères et des pères souhaitant faire du peau à peau pendant le séjour en suites de couches

Quatre-vingt-un pour cent des mères et 55 % des pères souhaitaient faire ou refaire du peau à peau après le retour à domicile.

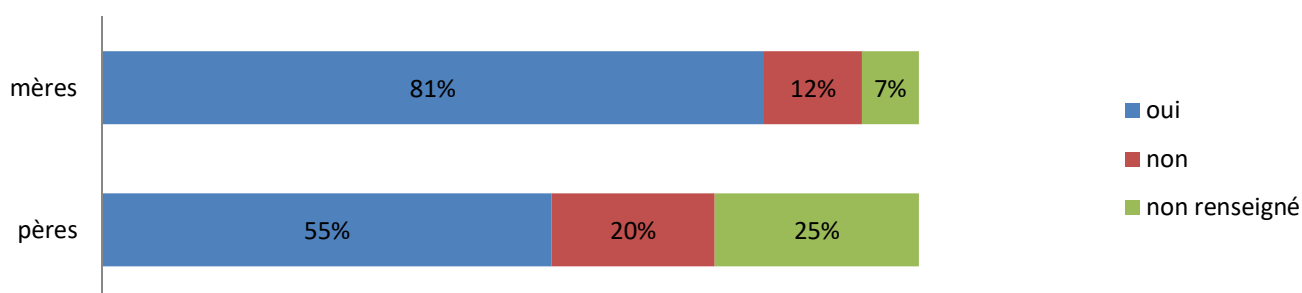


Figure 20 : pourcentage des mères et des pères souhaitant faire du peau à peau au domicile

V- Résultats de l'enquête auprès des professionnels du service

Soixante-douze questionnaires ont été récupérés : 68 ont pu être interprétés, 4 étaient inexploitable car trop incomplets.

5.1- Profil des professionnels interrogés

Les taux de participation ont été de 7 % chez les aides-soignantes, 24 % chez les auxiliaires de puériculture, de 29 % chez les infirmières, de 66 % chez les sages-femmes et de 50 % chez les pédiatres.

Parmi les professionnels qui ont répondu, 40 % étaient sages-femmes, 29 % infirmières, 24 % auxiliaires de puériculture, 4 % pédiatres et 3 % aides-soignantes.

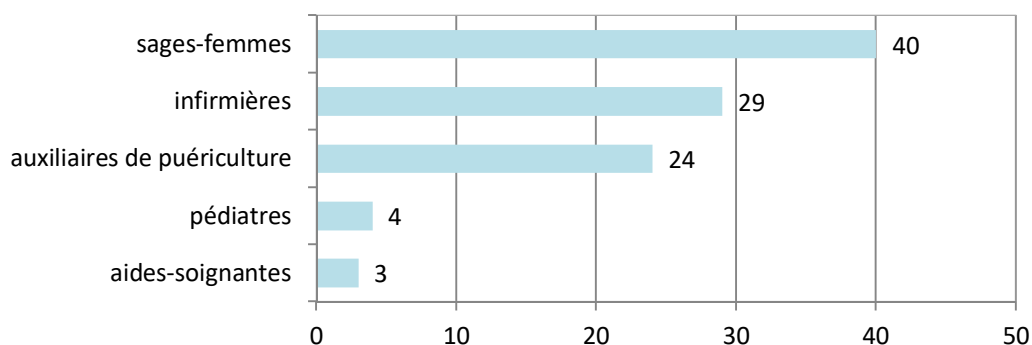


Figure 21 : répartition en pourcentage des 68 professionnels selon leur profession.

Plus de la moitié des personnes interrogées avait moins de 5 ans d'expérience et un quart, moins de 2 ans. Cette observation peut s'expliquer par la part importante de jeunes professionnels au sein de l'équipe.

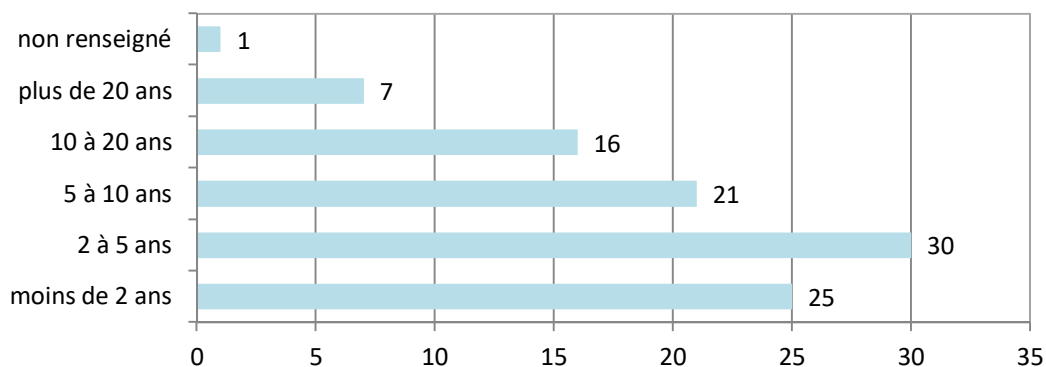


Figure 22 : répartition en pourcentage des 68 professionnels selon le nombre d'années d'expérience en maternité.

Onze soignants sur 68 (16 %) ont déclaré avoir suivi une formation sur le peau à peau, 46 (soit 68 %) n'en avaient pas suivi, et onze n'ont pas répondu.

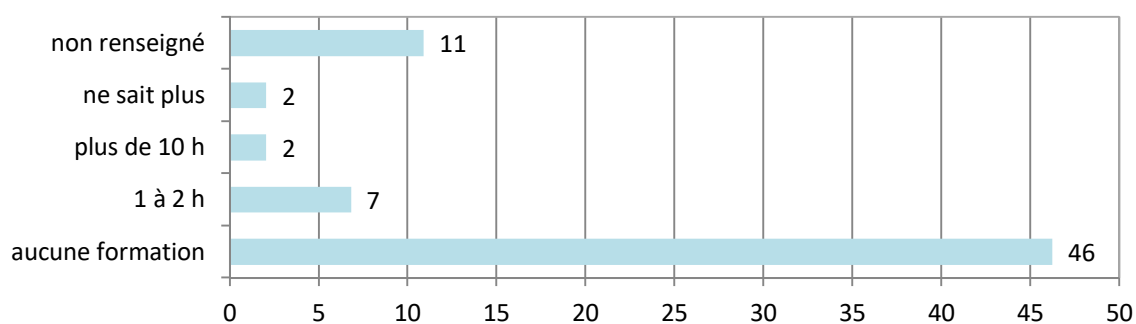


Figure 23 : réponses des 68 soignants interrogés sur les formations suivies sur le peau à peau et la durée de la formation.

Un quart des professionnels interrogés a été formé sur le peau à peau dans leur cursus initial. Il s'agit essentiellement de sages-femmes.

Seize (soit 23 %) ont été informés sur le peau à peau par compagnonnage. Environ la moitié des soignants (31 sur 68, soit 46 %) n'a pas répondu à la question.

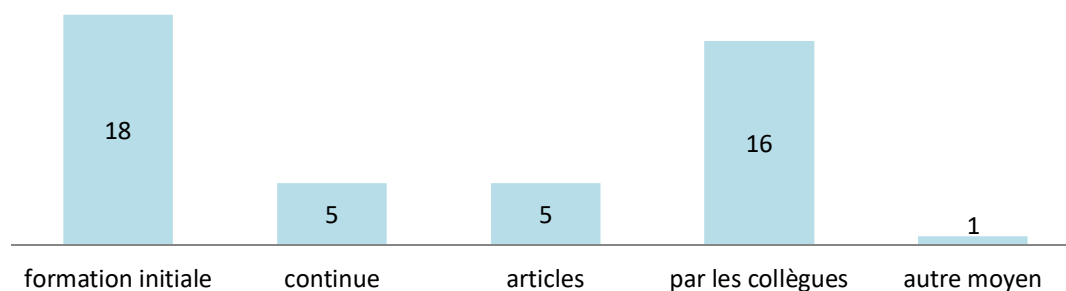


Figure 24 : moyens par lesquels les 37 soignants (sur 68) ayant répondu, ont déclaré avoir des informations sur le peau à peau (plusieurs réponses étaient possibles).

5.2- Pratique du peau à peau en salle de naissance

Sur les 68 professionnels interrogés, 6 n'exerçaient jamais en salle de naissance. Les questions suivantes ont donc été traitées par 62 soignants.

Une très grande majorité de soignants, (54 sur 62, soit 87 %) déclaraient proposer le peau à peau en salle de naissance à la mère toujours ou presque toujours. Le peau à peau était souvent proposé au père par 28 soignants (44 %).

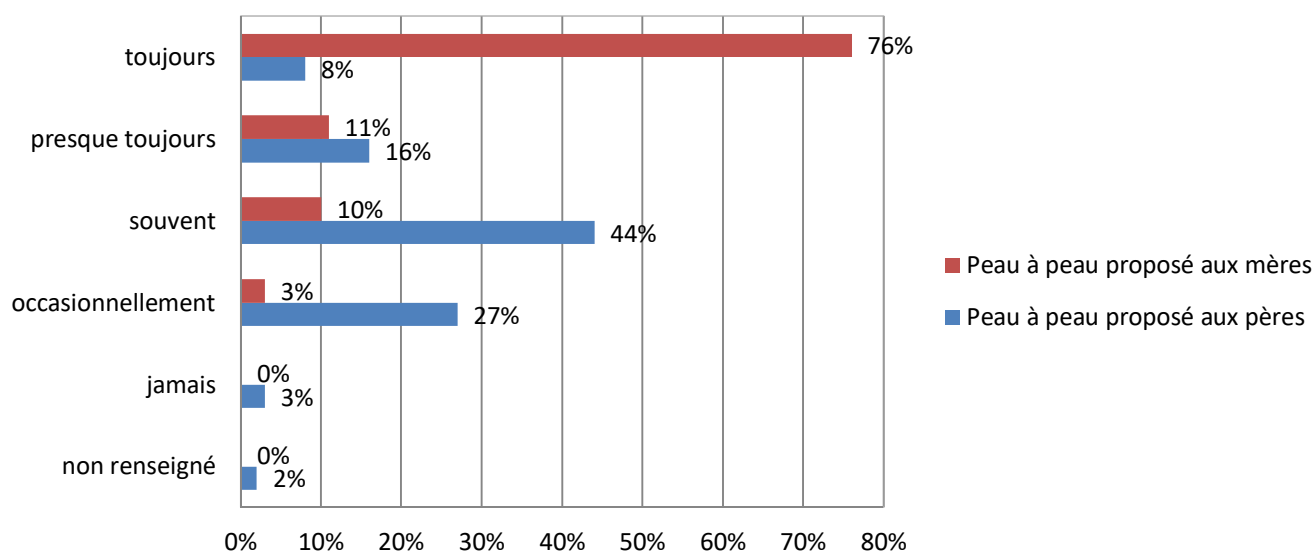


Figure 25 : fréquence avec laquelle les 62 soignants travaillant en salle de naissance proposaient le peau à peau à la mère et au père.

Près de la moitié des professionnels interrogés (29 sur 68, soit 47 %) ont déclaré interrompre presque toujours ou souvent le peau à peau avant la première tétée.

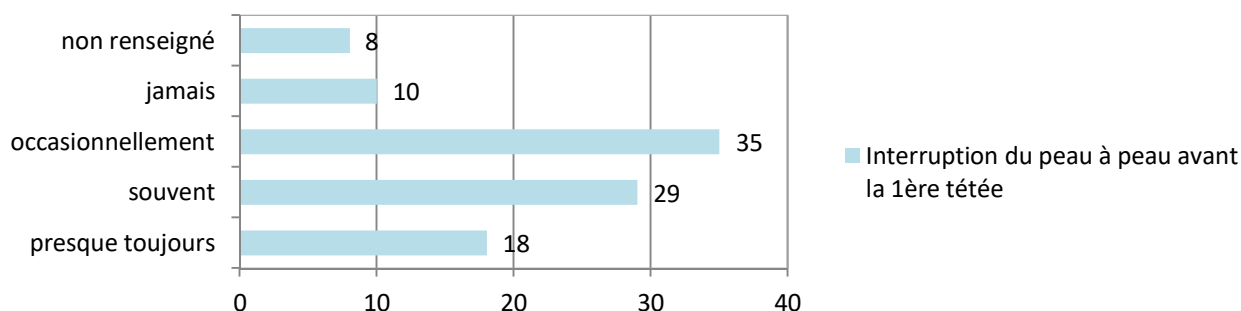


Figure 26 : fréquence avec laquelle le peau à peau était interrompu avant la 1^{ère} tétée, pourcentage des réponses des 62 soignants travaillant en salle de naissance.

Il a été demandé aux professionnels quels étaient les motifs pouvant les inciter à interrompre le peau à peau avant la 1^{ère} tétée. Quand on analyse les résultats, on peut distinguer trois groupes de réponses :

- Pour plus des trois quarts des soignants, l'urgence néonatale et la nécessité de pratiquer une aspiration ou un prélèvement gastrique étaient des raisons d'interrompre le peau à peau.
- Réaliser l'examen clinique de l'enfant, le peser et prendre ses mensurations ont été citées par un peu plus que la moitié des professionnels. Interrompre le peau à peau à la demande de la mère a été cité par 55 % des soignants.
- Enfin, d'autres interventions ont été mentionnées moins fréquemment (par 12 à 27 % des soignants) : réalisation d'un prélèvement sanguin, des soins du cordon ou d'un dextro, administration de vitamine K. Mener un examen clinique de la mère a été cité par un professionnel sur 5. Le peau à peau pouvait aussi être interrompu en attendant la délivrance, en cas de charge de travail importante ou si la surveillance de la mère et de l'enfant s'avérait impossible.

Deux professionnels n'ont pas répondu.

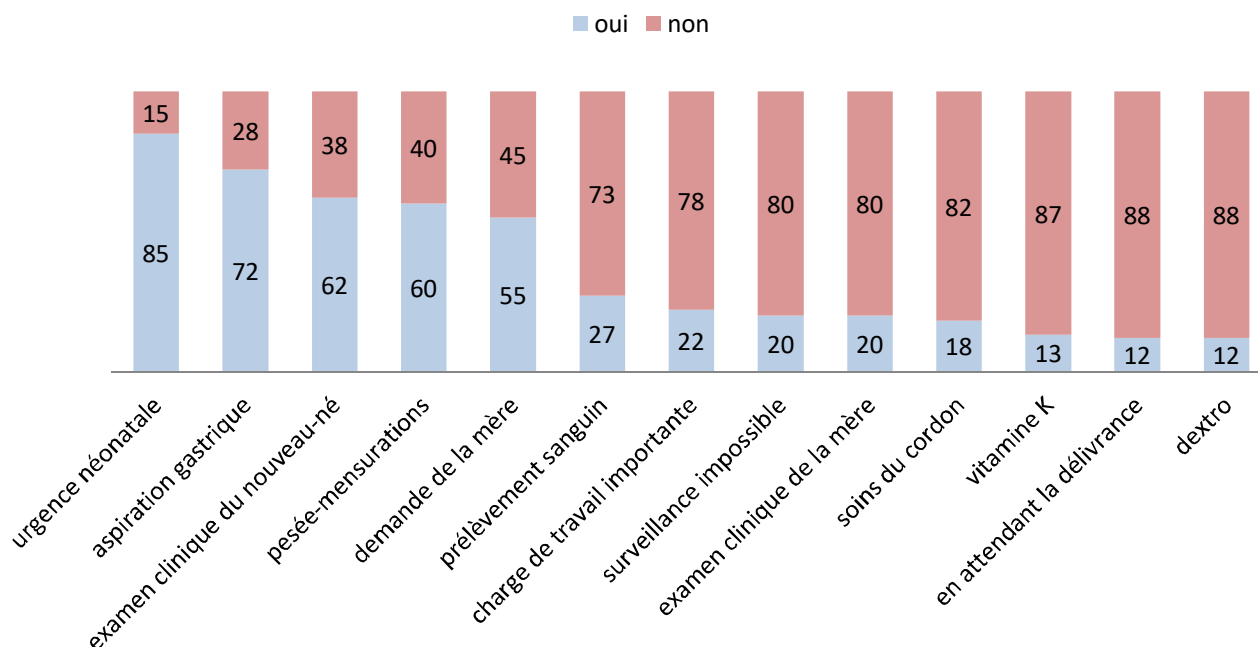


Figure 27 : fréquence des raisons pouvant entraîner une interruption du peau à peau avant la 1^{ère} tétée (plusieurs réponses étaient possibles).

La première cause d'interruption du peau à peau était l'urgence néonatale pour près de la moitié de l'échantillon ; 30 % n'ont pas renseigné cette question qui était incluse dans la question précédente sur les motifs d'interruption.

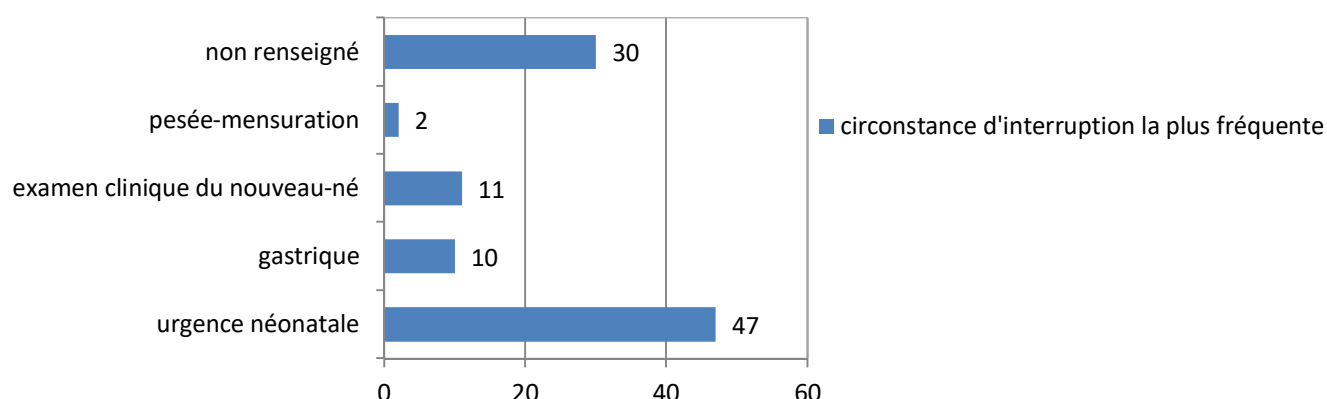


Figure 28 : Circonstance d'interruption avant la 1^{ère} tétée la plus fréquente, pourcentage des réponses des 62 soignants travaillant dans ce secteur.

5.3- Pratique du peau à peau en suites de couches

Parmi les 68 professionnels interrogés, 5 n'exerçaient jamais en suites de couches. Les réponses aux questions qui suivent concernent donc 63 soignants.

En suites de couches, 27 soignants sur 63 (soit 43 %) proposaient souvent, presque toujours ou toujours le peau à peu à la mère. Il n'y avait pas de différence sensible dans les réponses selon la profession.

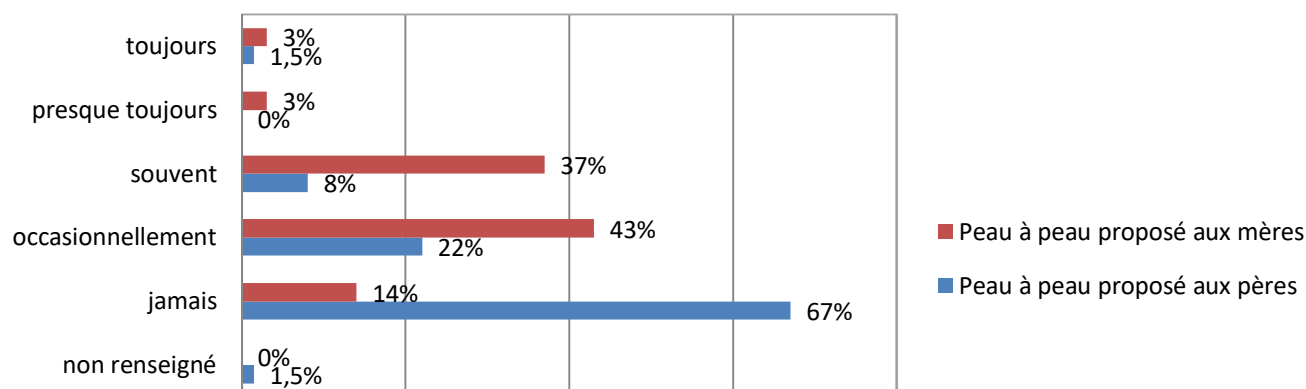


Figure 29 : fréquence avec laquelle le peau à peau était proposé en suites de couches au père et à la mère, pourcentage des réponses des 63 soignants travaillant dans ce secteur.

Dans la majorité des cas, le peau à peau n'était pas proposé en suites de couches car les professionnels n'y pensaient pas (59 %). Le manque de temps était également fréquemment cité (41 %), ainsi que le manque de réceptivité chez les parents (36 %), soit du fait des visites, de la fatigue...

Aucun professionnel ne pensait que le peau à peau est dénué d'intérêt, pour la mère comme pour le père.

Dans les autres raisons de ne pas proposer le peau à peau aux mères, un soignant a évoqué les visites, un autre, la fatigue de la mère et 3 infirmières IDE ont déclaré ne pas s'occuper des bébés.

De même, pour les pères, 5 professionnels, dont 3 ont précisé travailler de nuit, ont cité l'absence des pères à leur passage et 2 infirmières IDE ont déclaré ne pas s'occuper des bébés.

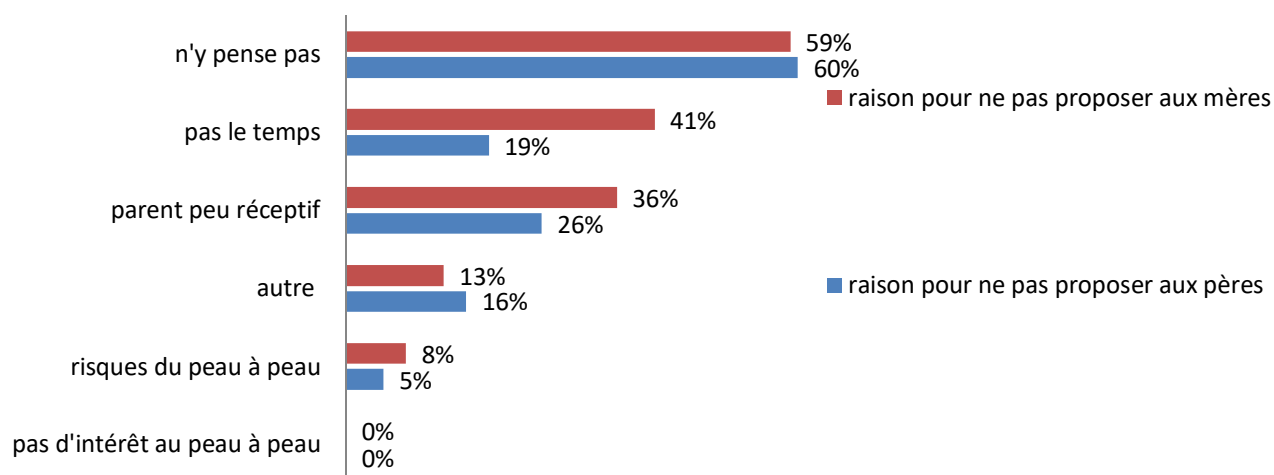


Figure 30 : fréquence des raisons de ne pas proposer le peau à peau aux mères et aux pères en suites de couches, pourcentage des réponses des 63 soignants travaillant dans ce secteur.

Les motivations des soignants pour proposer le peau à peau étaient différentes selon les circonstances : en salle de naissance c'est le lien et la régulation thermique qui étaient mis en avant, en suites de couches c'est la correction de l'hypothermie et l'aide à l'allaitement.

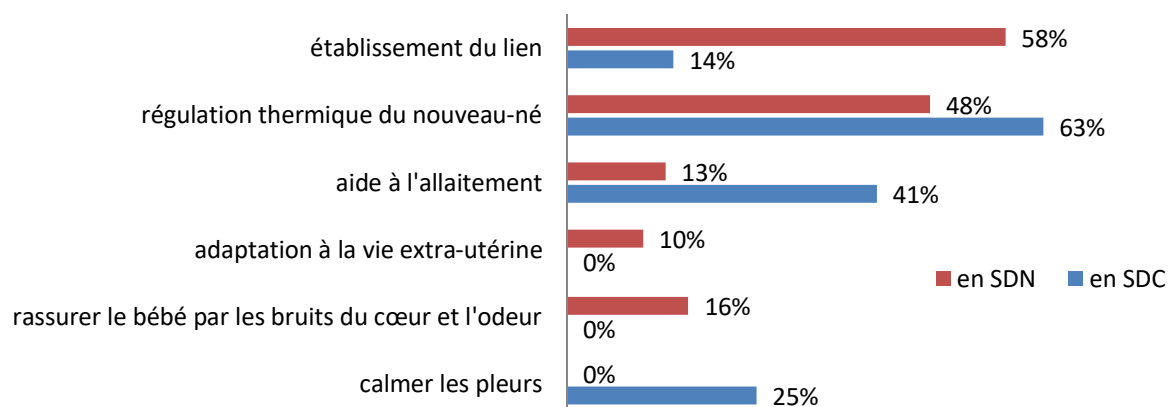


Figure 31 : réponses en pourcentage des 68 soignants interrogés sur les motivations pour proposer le peau à peau en salle de naissance (SDN) et en suites de couches (SDC).

5.4- Connaissances sur le peau à peau

5.4.1- Bienfaits du peau à peau

Les bienfaits du peau à peau ont fait l'objet d'une question ouverte dont les réponses ont été catégorisées en mot-clé lors de l'analyse.

Les bienfaits les plus cités étaient la régulation thermique (90 %) et l'établissement du lien (78 %).

L'aide à l'allaitement (46 %), l'apaisement (36 %) et la réassurance du nouveau-né (30 %) ont été moins fréquemment évoqués. Trois soignants, soit 4 %, n'ont pas répondu à cette question.

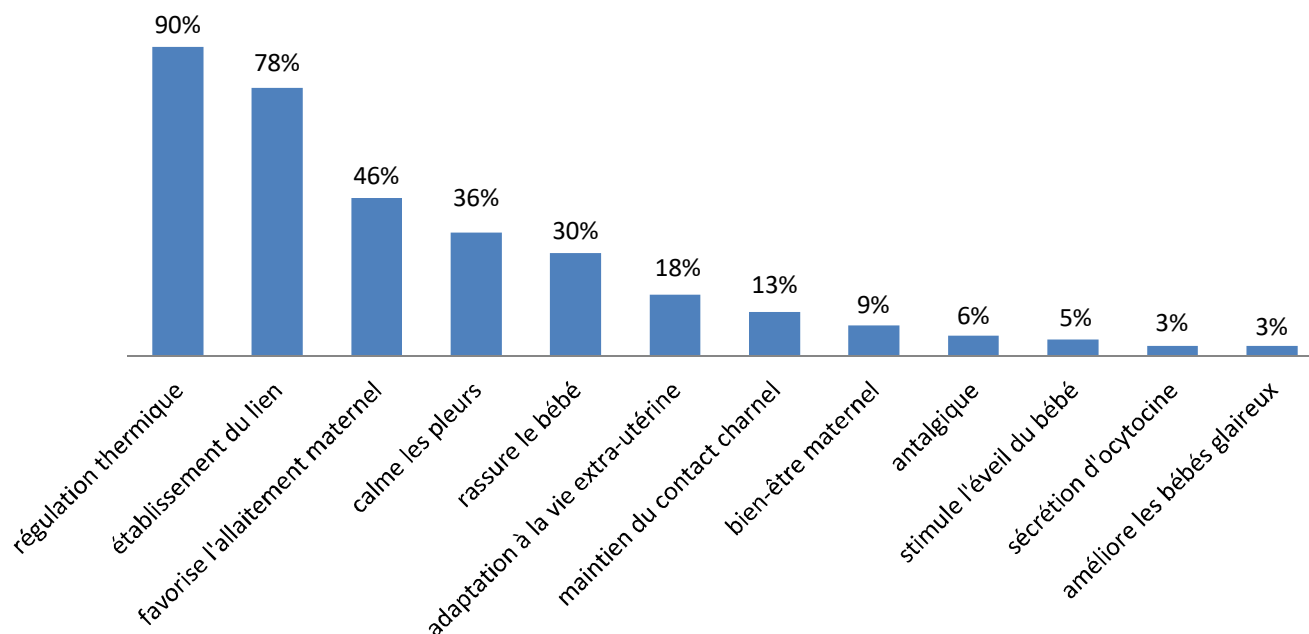


Figure 32 : réponses en pourcentage des 68 soignants interrogés sur les bienfaits du peau à peau en salle de naissance ou en suites de couches (question ouverte).

5.4.2- Modalités d'installation en peau à peau

Les soignants ont été interrogés sur les modalités d'installation du peau à peau, que ce soit en salle de naissance ou en suites de couches. Il s'agissait également d'une question ouverte dont les réponses ont été catégorisées en mot-clé lors de l'analyse.

Dix soignants, soit 15 % de l'effectif, n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les points importants pour l'installation en peau à peau, les voies aériennes supérieures dégagées, la position ventre à ventre et l'enfant nu recouvert d'un linge chaud ont été cités par environ la moitié des professionnels interrogés. La posture semi-assise de la mère a été notée par 5 soignants (soit 7 %).

Vingt professionnels ont donné des précisions sur la position du bébé en peau à peau : 6 l'installaient en position madone, 4 sur le côté, 1 en ballon de rugby. Pour 4 soignants, l'enfant était placé sur le côté, pour un autre, il était placé dos contre le ventre de sa mère. Un soignant a mentionné la mise en place de la barrière de sécurité.

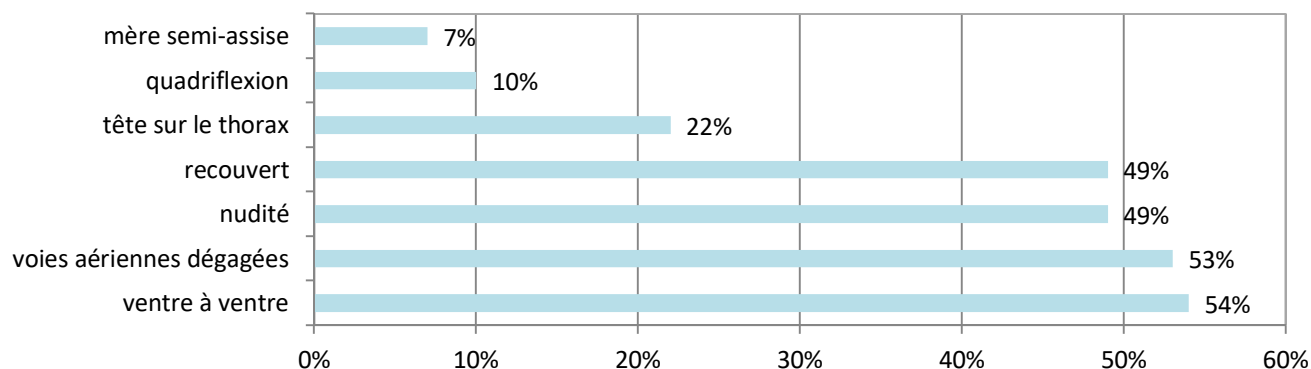


Figure 33 : réponses en pourcentage des 68 soignants interrogés sur les modalités d'installation de la mère et de l'enfant en peau à peau (question ouverte).

5.4.3- Consignes données aux parents

La moitié des professionnels interrogés informait les parents de veiller à ce que les voies aériennes supérieures (VAS) soient dégagées, 20 % environ demandaient au parent de surveiller son enfant ou de le reposer si lui-même devenait somnolent.

D'autres réponses ont été données : des informations sur les bienfaits du peau à peau et l'intérêt de favoriser le contact ont été cités 2 fois. Demander l'accord à la mère, informer sur la surveillance du père, rappeler que la durée du peau à peau est fixée à 1 h, préciser que le peau à peau peut être refait si les parents le souhaitent et les encourager à profiter du moment ont été indiqués chacun par un soignant.

Vingt et un soignants soit 31 % n'ont pas répondu.

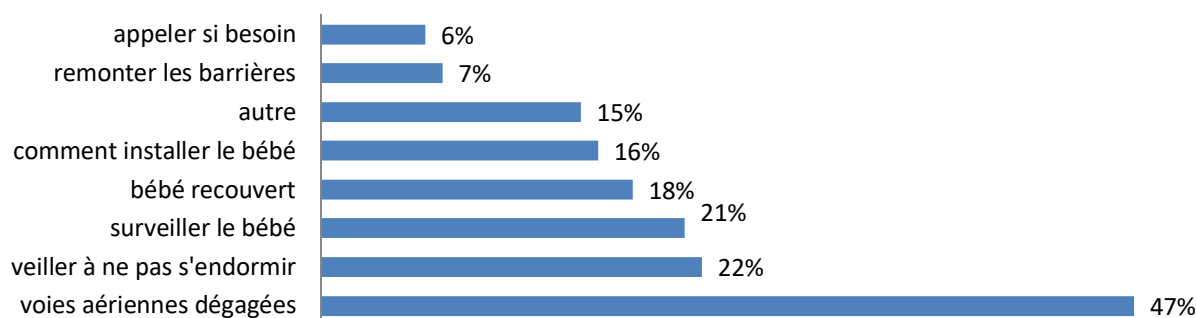


Figure 34 : réponses en pourcentage des 68 soignants interrogés sur les consignes données aux parents lors du peau à peau (question ouverte).

5.4.4- Risques du peau à peau

Près de la moitié des professionnels interrogés connaissaient le risque d'étouffement. Le risque de chute était cité par 20 % des professionnels. L'hyperthermie est mentionnée par un quart des soignants. Enfin, 20 % pensaient que le peau à peau est une pratique dénuée de risque.

Deux soignants ont signalé le risque de problèmes de circulation pour le bébé si on n'est pas vigilant sur la position de ses membres. L'angoisse a été citée une fois, le risque pour la mère d'être fusionnelle avec son bébé, également une fois. Enfin, un professionnel a indiqué qu'il n'y avait pas de complication si le peau à peau est bien réalisé.

Un soignant n'a pas répondu à cette question.

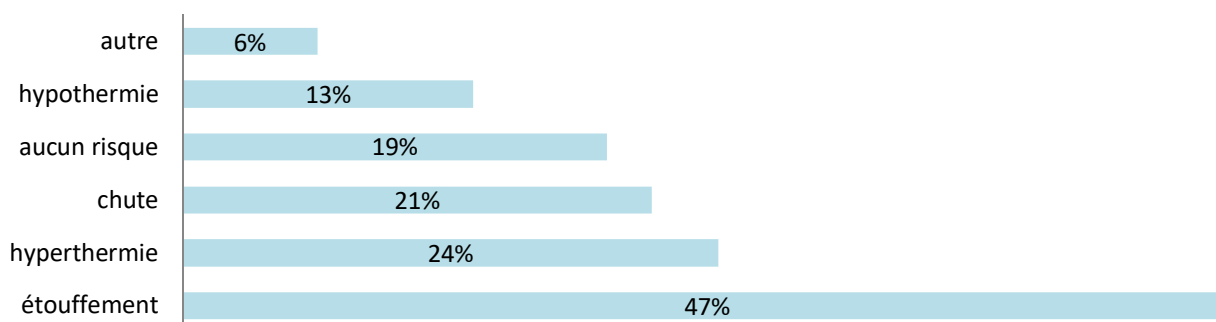


Figure 35 : réponses en pourcentage des 68 soignants interrogés sur les risques du peau à peau (question ouverte).

Un tiers de l'équipe connaissait les bandeaux de peau à peau. Parmi ceux qui les connaissaient, un quart en parlait aux parents en les présentant comme un outil d'aide au peau à peau.

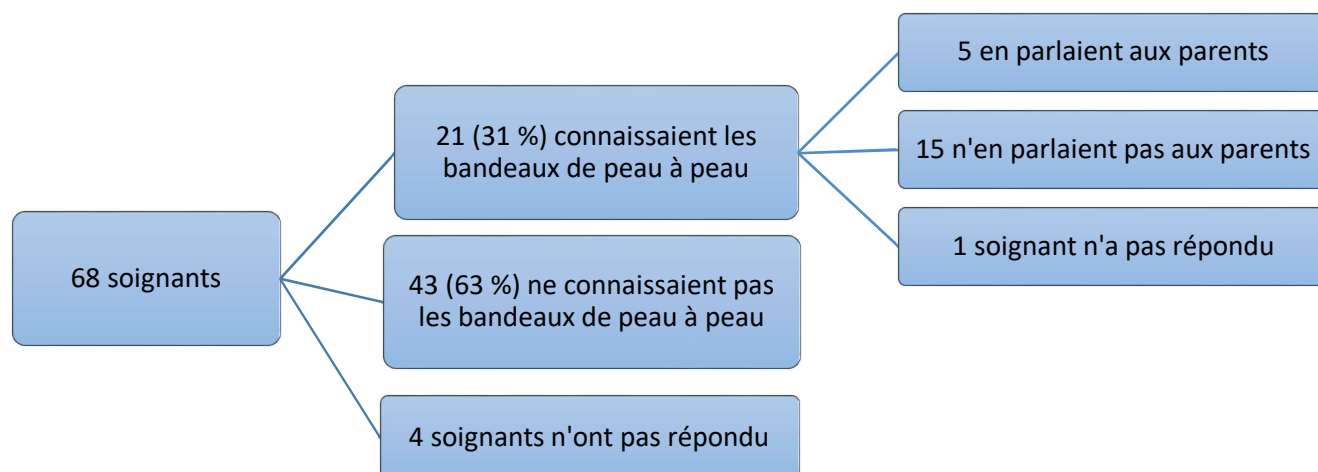


Figure 36 : connaissance des 68 soignants sur les bandeaux de peau à peau.

5.5- Surveillance du peau à peau

5.5.1- Critères de surveillance

Il s'agissait d'une question à choix multiple.

En salle de naissance :

Parmi les 68 professionnels interrogés, 6 n'exerçaient pas en salle de naissance : 5 n'ont pas répondu à ces questions, 1 a tout de même répondu (sage-femme actuellement sur un poste de consultation).

En suites de couches :

Cinq personnes n'ont pas répondu car elles n'exerçaient pas en suites de couches.

L'infirmière qui proposait le scopage des enfants en peau à peau a exercé en néonatalogie.

Quel que soit le lieu, la plupart des professionnels interrogés citait 4 critères de surveillance du peau à peau : les voies aériennes supérieures dégagées (78 - 88 %), la coloration du nouveau-né (52 - 71 %), la position de la dyade parent-enfant (65 - 71 %) et la vigilance de la mère (66 - 73 %). Ces critères étaient cités par un plus grand nombre de soignants pour la salle de naissance que pour les suites de couches, sauf pour la vigilance de la mère.

Pour la surveillance en salle de naissance, les réponses fournies à la rubrique « autre » étaient la présence d'une sonnette pour 4 soignants et la survenue de geignements pour un autre. En suites de couches, la sonnette était également évoquée par un soignant et la vérification que l'enfant est bien couvert pour un autre.

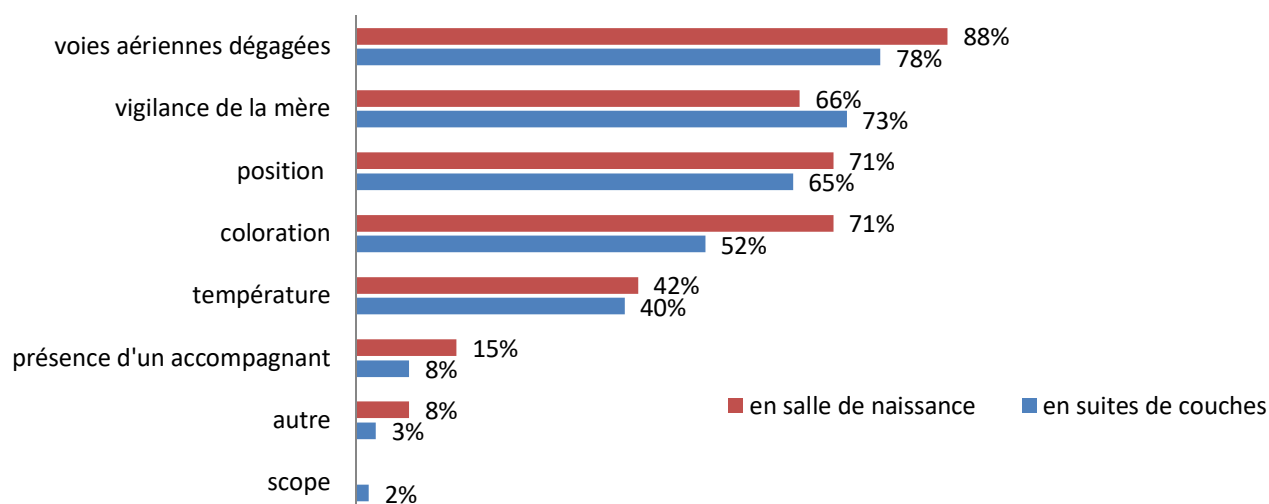


Figure 37 : réponses en pourcentages des 68 soignants sur les critères de surveillance du peau à peau en salle de naissance et en suites de couches (plusieurs réponses possibles).

5.5.2- Fréquence de la surveillance

En salle de naissance :

Il s'agissait d'une question ouverte, nous avons catégorisé les réponses.

Plus du tiers des professionnels interrogés (37 %) proposaient une surveillance régulière toutes les 10 à 30 minutes.

Cette fréquence de surveillance était de 45 à 60 min pour 16 % des soignants.

Trois professionnels (4 %) ont déclaré ne pas savoir répondre à cette question.

Dans les réponses « autre » : 2 soignants ont noté une surveillance si besoin ; pour 8 autres, la surveillance avait lieu à l'installation en peau à peau ; pour 2 soignants, cette surveillance dépendait de la charge de travail ; enfin, pour 1 soignant, elle était gérée par la mère.

Cette question n'a pas été renseignée par 16 % des soignants.

En suites de couches :

Il s'agissait d'une question ouverte, nous avons catégorisé les réponses.

Pour la surveillance du peau à peau en suites de couches, 28 % des soignants ont donné un intervalle de temps (toutes les 10 à 60 minutes).

Dans les réponses « autre » : 2 professionnels ont indiqué surveiller le peau à peau régulièrement sans donner d'indication de fréquence ; 2 soignants réalisaient la surveillance lors du tour dans les chambres, 6 autres s'en occupaient à l'installation et à la fin du peau à peau, 6 effectuaient une surveillance en cas de besoin ; 1 soignant a indiqué qu'elle dépendait de la charge de travail, 1 autre a déclaré n'effectuer aucune surveillance.

Plus du tiers des professionnels interrogés n'ont pas répondu à cette question, 5 % ne savaient pas.

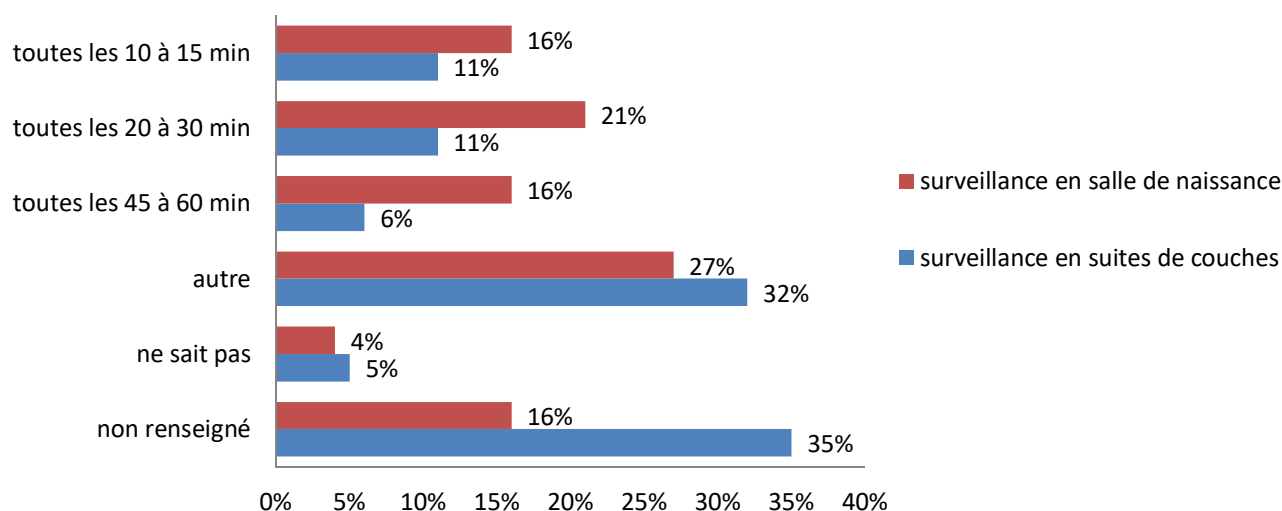


Figure 38 : réponses en pourcentage des 68 soignants sur la fréquence de surveillance du peau à peau en salle de naissance et en suites de couches (question ouverte).

5.5.3- Réalisation effective de la surveillance

En salle de naissance :

La surveillance du peau à peau était toujours ou presque toujours réalisée pour 25 soignants soit 37 % de l'ensemble du groupe. Elle l'était souvent pour un quart des professionnels (17 personnes).

Parmi les 11 soignants qui réalisaient toujours la surveillance, 3 intervenaient toutes les 10 à 30 minutes, 5 ne surveillaient qu'à l'installation et les 3 autres surveillaient plus rarement que toutes les 45 minutes.

Parmi les 17 soignants qui surveillaient le peau à peau occasionnellement ou jamais, 10 avaient évoqué la charge de travail et le manque de temps dans les raisons de ne pas proposer le peau à peau.

Parmi les 23 professionnels qui proposaient une surveillance toutes les 10 à 30 minutes, 7 la réalisaient toujours ou presque toujours, 7 la réalisaient souvent et 7 occasionnellement. Les soignants des deux dernières catégories ont précisé que cela dépendait de la charge de travail ou qu'ils partageaient la surveillance avec les collègues présents.

En suites de couches :

Une surveillance du peau à peau était toujours ou presque toujours effectuée pour 20 soignants, soit 29 % du groupe.

Huit professionnels évoquaient le manque de temps ou la charge de travail, 2 déclaraient donner plus d'autonomie à la mère en suites de couches et lui demandaient d'effectuer la surveillance.

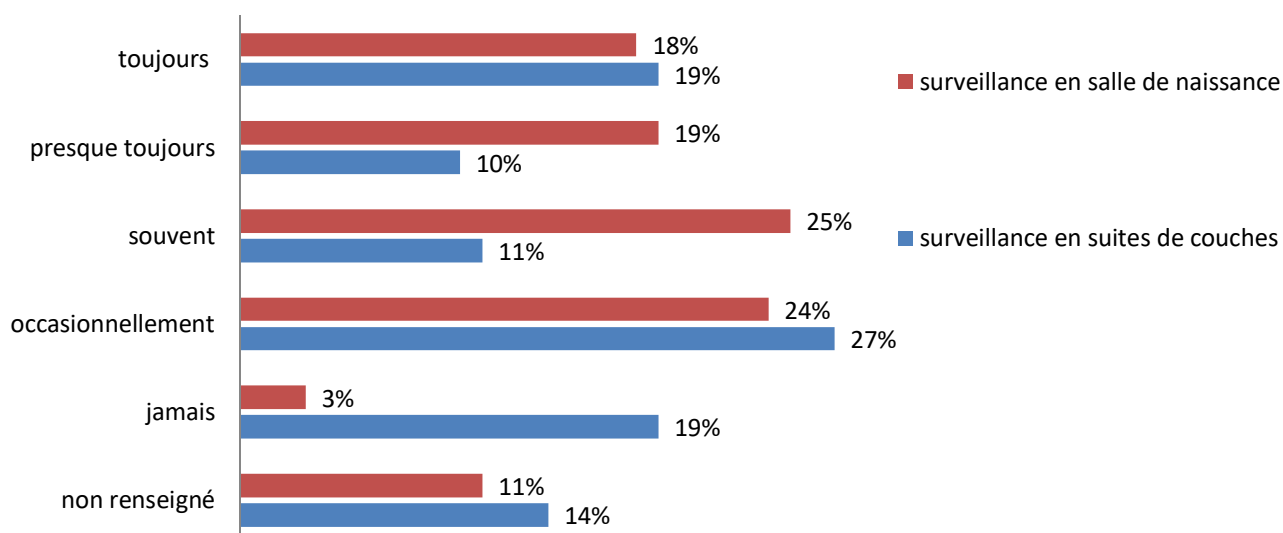


Figure 39 : réponses en pourcentage des 68 soignants sur la fréquence avec laquelle ils réalisaient une surveillance du peau à peau en salle de naissance et en suites de couches.

5.6- Préparation à la naissance et à la parentalité

Onze sages-femmes ont répondu à cette partie du questionnaire.

Sur ces 11 sages-femmes en charge de la préparation à la naissance et à la parentalité, 9 évoquaient toujours le peau à peau, les 2 autres en parlaient souvent. Elles l'abordaient au cours de la session sur le post-partum immédiat et en présentaient les bénéfices.

5.7- Besoins et attentes des professionnels sur la pratique du peau à peau

Les trois quarts des soignants souhaitaient proposer le peau à peau plus souvent, en raison de ses bénéfices, et notamment en suites de couches. Parmi les 8 professionnels ayant répondu par la négative, 4 disaient le proposer déjà systématiquement, et 4 évoquaient le manque de temps pour la surveillance. Neuf personnes (13 %) n'ont pas répondu à la question.

C'est le manque de temps et la possibilité de surveillance qui, pour les professionnels interrogés, semblent être les obstacles au peau à peau les plus fréquents. Le manque de connaissance était également cité par plus du quart des professionnels.

L'item « manque d'intérêt » a été cité par 9 professionnels, soit 13 % du groupe.

Il s'agissait d'une question à choix multiple.

Dans la réponse « autre », 3 soignants ont évoqué les visites en suites de couches et les points suivants ont été cités chacun une fois :

- les soins urgents à faire à la mère,
- la fièvre ou les maladies dermatologiques contraindiquant le peau à peau,
- les convictions des parents,
- l'organisation du service,
- le froid au bloc opératoire et l'accord de l'anesthésiste à obtenir.

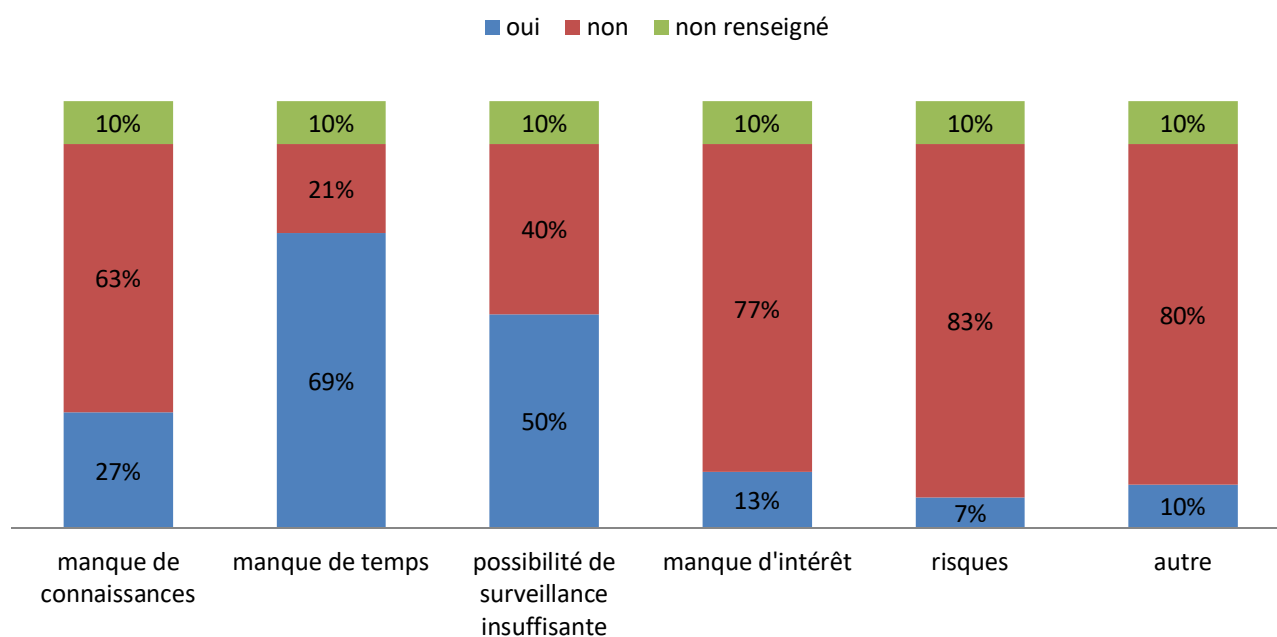


Figure 40 : réponses des 68 soignants sur les obstacles au peau à peau (plusieurs réponses étaient possibles).

Plus de la moitié des professionnels (59 %) souhaitait une formation sur le peau à peau. Il s'agit de 75 % des auxiliaires de puéricultures, 50 % des aides-soignantes, 70 % des IDE, 44 % des sages-femmes et 33 % des pédiatres.

Ils étaient intéressés par les bienfaits et les modalités pratiques du peau à peau.

Quatre professionnels n'ont pas répondu à cette question.

La plupart des soignants (91 %) souhaitaient un support soit pour les professionnels comme un dépliant ou une information numérique, soit un dépliant pour les parents. Quatre professionnels n'en souhaitait aucun et deux n'ont pas répondu à cette question.

VI- Discussion

6.1- État des lieux des connaissances du peau à peau

6.1.1- Connaissances des professionnels

Une proportion limitée des 68 professionnels interrogés avait acquis des connaissances sur le peau à peau par le biais de la formation. Seul un quart d'entre eux - principalement des sages-femmes - a cité la formation initiale, ce qui est extrêmement faible compte tenu de la fréquence de cette pratique en péri-partum. Deux tiers des soignants ont déclaré n'avoir suivi aucune formation sur le sujet.

Néanmoins, environ la moitié des professionnels connaissaient l'intérêt du peau à peau pour la régulation thermique et l'établissement du lien. L'aide à l'allaitement, l'apaisement et la réassurance du nouveau-né, primordiaux dans les premiers jours de l'enfant, étaient moins connus (par moins de la moitié des professionnels interrogés).

Bien que très bénéfique pour la mère et l'enfant, comme cela a été détaillé dans la première partie de ce travail, le peau à peau est une pratique qui nécessite des précautions pour éviter des accidents. La moitié des professionnels interrogés connaissaient le risque d'étouffement. Le risque de chute n'était cité que par 20 % des professionnels dans le cadre d'un endormissement du parent pratiquant le peau à peau sans surveillance.

En revanche, l'hyperthermie était mentionnée par un quart des soignants alors qu'elle n'est pas retrouvée dans la littérature. D'après les commentaires des professionnels qui l'ont citée, ces cas d'hyperthermie de nouveau-nés ont pu être observés lors de peau à peau avec des mères fébriles.

Enfin, 20 % pensaient que le peau à peau est une pratique dénuée de risque. Dans la mesure où un professionnel a indiqué qu'il n'y avait pas de complication quand le peau à peau est bien réalisé, il est possible que ce soit aussi l'avis de certains d'entre eux.

Ces connaissances partielles se retrouvent dans l'information délivrée aux parents. Quand ils ont décrit l'installation en peau à peau, seulement la moitié des professionnels questionnés ont cité les voies aériennes supérieures dégagées, la position ventre à ventre et l'enfant recouvert d'un linge chaud.

La posture semi-assise de la mère, importante pour le confort de la mère et de l'enfant et pour l'échange de regards n'est notée que par 7 % des soignants. Cela explique que cette donnée ne soit pas du tout rapportée par les parents parmi les informations reçues des professionnels.

Environ 20 % des professionnels demandaient au parent de surveiller son enfant et de le reposer s'il se sent somnolent. Ces consignes paraissent insuffisantes pour éviter les risques d'étouffement ou de chute du nouveau-né.

Toutefois, il faut remarquer que nous avons fait le choix de laisser les questions de connaissances ouvertes pour ne pas influencer les professionnels. De ce fait nos résultats peuvent être biaisés. Il est possible que les professionnels n'aient pas mentionné ce qui leur paraissait évident.

Ce défaut de connaissance sur la surveillance du peau à peau ou ses risques se vérifie avec la pratique du peau à peau en salle de naissance : la plupart des professionnels interrogés surveillait les voies aériennes supérieures, afin qu'elles soient dégagées, ainsi que la coloration du nouveau-né, la position de la dyade parent-enfant et la vigilance de la mère, mais ces chiffres n'atteignent jamais 100 %. Seuls 36 % des professionnels interrogés proposaient une surveillance régulière et rapprochée toutes les 10 à 30 minutes. La surveillance proposée par plus de la moitié des professionnels interrogés est insuffisante au regard des recommandations émises par IHAB France ou le Réseau Sécurité Naissance.

Un tiers de l'équipe connaissait les bandeaux de peau à peau, plus fréquemment utilisés dans les services de néonatalogie. Parmi ceux qui les connaissaient, seulement un quart en parlait aux parents comme outil d'aide au peau à peau pour le confort et la sécurité. De fait, le bandeau permet de maintenir le bébé en contact tout en le couvrant et en libérant les mains du parent. Celui-ci peut alors s'assoupir en toute sécurité dès lors qu'il est demi-assis. En effet, cette position de sécurité du peau à peau empêche le parent de se tourner et d'écraser son bébé. Le risque de chute n'est alors plus à craindre.

On pourrait donc prévenir ce type d'événement indésirable en systématisant l'utilisation du bandeau de peau à peau pour la pratique du peau à peau. Certaines maternités ont investi dans des rouleaux de pansements tubulaires compressifs tg®grip à découper pour faire des bandeaux, ou proposent aux parents d'apporter un débardeur extensible pouvant faire office de bandeau pendant le séjour (le débardeur est noté sur la liste de maternité).

Un point très positif est que beaucoup des professionnels interrogés (59 %) étaient demandeurs d'une formation, notamment sur les bienfaits et les modalités pratiques du peau à peau. Cela laisse penser qu'une grande majorité des professionnels, en particulier les auxiliaires de puériculture, était consciente du besoin de compléter leurs connaissances. Pourtant, sur la question des obstacles au peau à peau, seuls 27 % des soignants ont cité le manque de connaissances, la réponse la plus fréquente étant le manque de temps. Il est possible que le manque de temps leur paraisse l'obstacle majeur.

Il faut par ailleurs relever que seulement 7 % des aides-soignantes ont participé à l'étude. Les retours informels que nous avons pu avoir sont qu'elles avaient très peu de connaissances sur le peau à peau et ne se sentaient pas concernées par l'étude.

Même si le peau à peau est plus souvent proposé par les auxiliaires de puériculture ou les sages-femmes en suites de couches, il pourrait être intéressant que les aides-soignantes puissent valoriser cette pratique lors de leurs contacts avec les parents et donc d'en discuter en équipe pour identifier les moyens de les sensibiliser.

6.1.2- Connaissances des mères

Seulement un peu plus d'un tiers des femmes avait déjà entendu parler du peau à peau avant leur accouchement, le plus souvent lors de cours de préparation à la naissance et à la parentalité ou sur internet. Une première expérience de peau à peau avec un aîné, les livres, l'entourage, la télévision ont également contribué à faire connaître cette pratique. Pour deux tiers de ces mères, l'information a été suffisante.

Moins de la moitié des femmes ayant pratiqué le peau à peau a reçu des conseils pratiques, un quart a reçu des informations sur la sécurité, un tiers sur ses bénéfices. Ces chiffres paraissent bas, même si certaines femmes ont pu oublier ce qui leur a été dit. D'une part, cela peut être dû à un manque de temps ou de connaissances du professionnel ayant pris en charge la mère, d'autre part cela renforce l'importance de l'information prénatale en cours de préparation ou lors du travail.

6.2- Information prénatale

Le peau à peau était presque toujours évoqué par les sages-femmes qui donnent les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Il était abordé dans la partie post-partum immédiat, et le discours portait principalement sur les bénéfices. Cependant à peine 25 % des patientes de la maternité bénéficient de ces cours. Il faut donc trouver d'autres moyens d'information afin de toucher plus de femmes.

Comme nous l'avons vu en première partie, les recommandations de l'HAS insistent sur l'importance de l'information prénatale. Cette information préalable sur le peau à peau permet d'expliquer aux parents l'intérêt de cette pratique, de ses risques et donc des modalités de sa réalisation en toute sécurité.

Si cette information était plus systématique en prénatal, le discours des professionnels serait mieux intégré par les parents au moment du peau à peau en salle de naissance, comme un rappel de cette information prénatale. Les parents pourraient également être davantage acteurs en pratiquant par eux-même le peau à peau en toute autonomie, notamment en suites de couches ou à domicile, puisqu'ils en saisiraient tout l'intérêt.

6.3- État des lieux de la pratique du peau à peau

Notre échantillon de mères a été comparé avec la population qui a accouché sur la période de l'étude. Il est tout à fait représentatif en termes d'âge, de mode d'accouchement, d'analgésie, de terme et de poids de naissance.

Toutefois la proportion des différentes origines des patientes est particulière, ainsi que la proportion de femmes mères au foyer qui est supérieure au taux national (32 % vs 20 %, données INSEE 2011), notre population n'est donc pas forcément comparable à la population générale en France.

Les trois-quarts des mères interrogées ont pu pratiquer le peau à peau dans les 24 h suivant la naissance, soit au bloc obstétrical, soit en suites de couches. Ce chiffre, bien qu'élevé, pourrait être supérieur du fait de la facilité de réalisation de cette pratique. Nous allons revoir en fonction de chaque situation la réalité de cette pratique.

6.3.1- En salle de naissance

Le peau à peau était pratiqué en salle de naissance par la grande majorité des mères accouchant par voie basse (74 sur 91, soit 81 %). L'équipe y est très sensibilisée, notamment pour la régulation thermique du nouveau-né et l'instauration du lien mère-enfant.

Néanmoins, seules 28 femmes sur 59 soit 47 % ont fait plus d'une heure de peau à peau en salle de naissance. C'est la durée minimale préconisée par l'Initiative « Hôpital Amis des Bébé » dans sa 4^e recommandation, tous modes d'alimentation confondus.

Il est intéressant de constater que, sur les 60 mères qui ont fait du peau à peau et qui souhaitent allaiter, 41, soit 68 % l'ont pratiqué sans interruption jusqu'à la première tétée. Ceci peut s'expliquer par le fait que certains nouveau-nés ont pris le sein au cours de leur première heure de vie.

Nous avons vu en première partie que l'interruption du peau à peau avant la première tétée peut avoir une incidence négative sur le déroulement de la première tétée en salle de naissance. Or celle-ci est déterminante pour la suite de l'allaitement (11).

Dans notre enquête, près de la moitié des professionnels interrogés déclarait interrompre presque toujours ou souvent le peau à peau avant la première tétée. C'est également ce qu'ont rapporté 32 % des femmes allaitantes. Cette pratique est courante : par exemple, une étude australienne réalisée en 2004 auprès des sages-femmes rapporte qu'un tiers d'entre elles interrompaient le peau à peau avant la première tétée pour les soins de routine (37).

Il est possible que les professionnels de la salle de naissance, tout en ayant conscience de l'importance du peau à peau, ne soient pas sensibilisés à l'intérêt de le proposer sans interruption jusqu'à la première tétée. Cette question mériterait d'être débattue dans l'équipe et reprise en détail dans une formation du personnel.

Les motifs d'interruption cités le plus souvent par les professionnels étaient une urgence néonatale ou la réalisation d'un prélèvement gastrique. Le premier motif est clairement inévitable.

En ce qui concerne le prélèvement gastrique, on peut imaginer plusieurs moments de réalisation du prélèvement. Soit il y a une suspicion d'infection possible (fièvre maternelle, rupture prolongée des membranes...), alors le gastrique doit être fait au plus vite car le résultat va déterminer la conduite à tenir ultérieure, soit le prélèvement est fait de manière systématique avec une suspicion faible (liquide méconial isolé par exemple) et alors le prélèvement peut attendre juste avant la première tétée pour être fait. Mais vaut-il mieux interrompre le premier peau à peau rapidement pour faire le gastrique, puis remettre l'enfant jusqu'à la tétée, ou le laisser jusqu'à la tétée et lui faire subir le prélèvement juste avant ? C'est discutable car dans ce dernier cas, il n'aura pas le temps de se rassurer avant de devoir téter, et tétera peut-être plus mal.

Le respect de la physiologie implique de laisser le nouveau-né dérouler sa séquence comportementale, exprimer ses compétences et faire sa première expérience orale au sein. On a vu en première partie l'intérêt de cette pratique sur les taux et la durée de l'allaitement, sur le sentiment de compétence maternelle et sur l'interaction mère-enfant à court et long terme. Il importe donc de fixer l'urgence du prélèvement gastrique par rapport au bénéfice d'un peau à peau précoce et ininterrompu jusqu'à la première tétée. En France, certaines équipes privilégient la tétée avant le prélèvement, considérant que les quelques millilitres de colostrum ingérés par le nouveau-né ne vont pas perturber l'analyse bactériologique du contenu gastrique. Par ailleurs, il est peu probable qu'une aspiration gastrique après la 1^{ère} tétée affecte le bol gastrique, du fait que ces mêmes millilitres de colostrum vont plutôt tapisser les muqueuses et ne pas vraiment remplir l'estomac. Ce point nécessiterait d'être étudié avec les équipes médicales afin de limiter les situations justifiant une interruption du peau à peau pour réaliser un prélèvement gastrique.

La demande de la mère de reprendre son bébé pour le mettre dans un berceau doit, quant à elle, être respectée. Cela a été le cas pour une femme de l'étude.

En revanche, l'examen clinique, la prise des mensurations et autres soins au nouveau-né ont été cités par 9 patientes qui ont fait du peau à peau en salle de naissance et qui souhaitent allaiter. Hormis l'examen rapide l'enfant à la naissance qui peut être pratiqué sur le ventre de la mère, ces soins pourraient être reportés après la tétée, d'autant que celle-ci ne modifiera pas notablement le poids de naissance. Obtenir ce changement de pratique nécessite que les professionnels soient bien informés des risques associés à une interruption précoce du peau à peau et qu'il y ait un travail collectif pour définir une organisation des soins en salle de naissance centrée sur les besoins de la mère et de l'enfant.

Les pères se voyaient moins souvent proposer de mettre leur enfant en peau à peau en salle de naissance : 42 pères sur 122 l'ont fait. C'est un résultat cohérent dans la mesure où le premier peau à peau est à privilégier avec la mère, à la fois pour la réassurance sensorielle de l'enfant et pour la première tétée. C'est plus fréquent quand il y a séparation mère-enfant, lors d'une hémorragie du post-partum ou pour donner des soins d'urgence à la mère par exemple.

En cas d'allaitement maternel et s'il n'y pas de séparation mère-enfant, il paraît toutefois adapté de ne pas interrompre le peau à peau avec la mère avant la fin de la première tétée.

6.3.2- En cas de césarienne

Une minorité des 31 femmes ayant subi une césarienne ont pu faire du peau à peau : 16 % au bloc opératoire et 6 % en SSPI (soit 5 et 2 femmes sur 31), le plus souvent pour une durée très courte.

Les professionnels n'ont pas été interrogés sur la pratique du peau à peau avec la mère en cas de césarienne. Mais la plupart disent habituellement proposer au père de pratiquer le peau à peau lors de la séparation mère-enfant. Dans l'étude, 55 % des pères en ont fait en cas de césarienne (17 sur 31).

Une étude suédoise, parue en 2014, rapporte l'expérience de 8 sages-femmes sur la pratique du peau à peau le premier jour après une césarienne. Les obstacles évoqués sont le fait d'emmener l'enfant dans une autre pièce

pour les soins, les réticences du personnel non habitué au peau à peau, leur manque de temps et d'effectif. Du côté des parents, c'est leur manque de connaissances sur le peau à peau et leur réticence à déshabiller l'enfant (38).

Les professionnels du bloc opératoire et de la SSPI de notre maternité n'ont pas été interrogés. Il serait intéressant de connaître leur point de vue. Cela permettrait d'identifier les actions à entreprendre pour favoriser le peau à peau après une naissance par césarienne avec la mère ou à défaut avec le père.

6.3.3- En suites de couches

Les résultats des deux enquêtes sont cohérents sur la pratique du peau à peau en suites de couches dans les 24 premières heures : seul un tiers des femmes l'a pratiqué et les professionnels déclaraient proposer nettement moins le peau à peau aux mères, et très rarement aux pères.

Les motifs de proposition les plus fréquents étaient la correction de l'hypothermie et l'aide à l'allaitement. L'établissement du lien n'était évoqué que par 14 % des professionnels interrogés. Pourtant, ce lien est encore très fragile lors du séjour.

Dans la majorité des cas, le peau à peau n'était pas proposé en suites de couches car les professionnels n'y pensaient pas. Le manque de temps était également fréquemment cité, ainsi que le manque de réceptivité chez les parents, du fait des visites, de la fatigue...

Pour les pères, leur présence intermittente était évoquée comme un obstacle spécifique.

On peut penser que la méconnaissance des bienfaits n'est pas le frein principal à la faible proposition du peau à peau en suites de couches, puisque cette pratique était majoritaire à la naissance. Il est possible que ce soit plutôt le manque d'habitude de poursuivre la pratique du peau à peau après la salle de naissance.

Le fait que l'enfant soit habillé a été évoqué par une mère qui avait peur que son enfant ne prenne froid lors du déshabillage. Il s'agit là d'un obstacle certain au peau à peau en suites de couches, qui peut être diminué si l'on informe les parents de l'intérêt de cette pratique justement pour la régulation de la température. La température ambiante en suites de couches doit également être adaptée, entre 22 et 24 °C.

Les parents souhaitant faire du peau à peau en suites de couches étaient bien plus nombreux que ceux qui en ont réellement fait en suites de couches (68 % vs 34 % pour les mères et 36 % versus 24 % pour les pères). Cela pose donc des questions sur la réalité des obstacles à la réalisation du peau à peau, perçus par les professionnels. Ce résultat pourrait encourager l'équipe à revoir ses pratiques en proposant activement le peau à peau en suites de couches et en informant les parents de ses bénéfices.

Par ailleurs, nous avons vu dans les résultats que les parents souhaitent davantage refaire du peau à peau au domicile plutôt qu'à la maternité. Cela peut s'expliquer par le fait que les questionnaires ont été distribués à J2 et plus, donc tout près de la sortie, mais aussi par l'intimité du domicile.

Pour ces deux dernières questions, il manque davantage de données pour les pères que pour les mères (29 vs 8 % pour le peau à peau en SDC et 25 vs 7 % au domicile). On peut penser que les mères n'ont pas pu interroger leur conjoint lorsqu'elles ont rempli le questionnaire.

Dans leurs remarques, certains parents ont regretté que l'équipe ne leur ait pas proposé d'en faire, ou qu'elle ne l'ait pas proposé spécifiquement au père. J'ai pu constater que les parents n'osent pas dire aux professionnels ce qu'ils souhaitent, c'est probablement un héritage de la médecine traditionnelle paternaliste, où les « blouses blanches » décident pour les malades.

À l'heure actuelle, les gens ont facilement accès à un grand nombre d'informations, mais ils doivent, pour beaucoup, se réapproprier leur droit à disposer de leur corps, et donc s'il leur paraît important de faire du peau à peau avec leur enfant, ils pourraient le faire de leur propre chef, en toute autonomie. C'est alors aux professionnels de les avoir informés en amont pour qu'ils puissent le pratiquer de façon adaptée, en toute sécurité. On peut donc leur expliquer comment installer leur enfant, ce qu'il faut surveiller et quand appeler, mais également les encourager à être autonomes.

D'autres parents ne pourront pas faire une demande au professionnel s'ils n'ont pas été informés au préalable des bienfaits du peau à peau, d'où, à nouveau, l'importance de l'information en anténatal.

L'étude suédoise que nous avons déjà évoquée (38) suggère également que les parents ont l'image de l'enfant dormant dans son berceau. Culturellement en Occident, les parents ne sont pas préparés aux besoins de contact du nouveau-né. Et l'entourage familial peut être un obstacle si ce concept ne lui est pas familier et heurte ses représentations.

Avec les femmes issues d'autres cultures, les sages-femmes suédoises avaient du mal à faire passer l'idée que l'enfant serait mieux réchauffé nu contre sa mère en peau à peau, qu'habillé.

6.3.4- Surveillance du peau à peau

L'analyse des réponses sur les critères et la fréquence de surveillance du peau à peau en salle de naissance a montré que la plupart des professionnels identifiait un nombre trop réduit de critères (8 % d'entre eux seulement citaient la présence d'un accompagnant dans les critères). Un tiers seulement des soignants déclaraient surveiller la mère et l'enfant toutes les 30 minutes ou plus fréquemment. La charge de travail était le plus souvent évoquée comme la difficulté principale pour réaliser cette surveillance.

Les recommandations émises suite aux cas de malaises grave en peau à peau rappellent l'importance de la surveillance par les professionnels dans les premières heures de vie. Le réseau Naître et Grandir en Languedoc Roussillon préconise une surveillance clinique et écrite toutes les 15 minutes (feuille de surveillance en annexe 5), en complément de la surveillance par les parents. Une feuille de ce type pourrait être remplie au moment de la vérification du globe utérin maternel, lors de la surveillance du post-partum immédiat.

Il est essentiel que tous les soignants connaissent l'ensemble de critères retenus aujourd'hui pour permettre une surveillance appropriée de ce premier peau à peau et que l'équipe discute des moyens de faire face aux situations de grande activité en salle de naissance afin que les conditions de sécurité soient respectées.

Dans l'ensemble, la surveillance était davantage réalisée en salle de naissance qu'en suites de couches : 3 % ne la réalisaient jamais en salle de naissance contre 19 % en suites de couches. En outre, deux fois plus de professionnels n'ont pas répondu à cette question pour les suites de couches, par rapport à la salle de naissance (35 % contre 16 % respectivement).

La fréquence proposée et la réalisation de la surveillance en suites de couches étaient très variables. Certains professionnels évoquaient le manque de temps ou la charge de travail, d'autres donnaient plus d'autonomie à la mère en suites de couches et lui demandaient d'effectuer la surveillance. Il n'y a pas de recommandations retrouvées dans la littérature sur la pratique du peau en suites de couches pour les nouveau-nés à terme en bonne santé. Cette surveillance doit s'adapter à la mère en fonction de sa compréhension des points de surveillance et de sa vigilance.

6.3.5- Non réalisation du peau à peau

Parmi les patientes qui n'ont pas fait de peau à peau, les trois-quarts ont rencontré des obstacles médicaux à la pratique du peau à peau, entraînant une séparation mère-enfant, comme la réalisation d'une césarienne, ou d'une révision utérine... Cependant la réalisation d'une césarienne ou d'une révision utérine est-elle un motif incontournable pour ne pas réaliser de peau à peau ? Dans ces situations, la surveillance en salle de naissance ou en salle de réveil est prolongée et le peau à peau pourrait être proposé une fois le soin terminé. Un professionnel a évoqué la température trop fraîche du bloc opératoire pour y rester plus longtemps avec l'enfant, ou l'anesthésiste perturbé par la situation où le peau à peau est prolongé au bloc. Cela implique d'en parler avec lui avant la césarienne, pour voir comment cette pratique pourrait être réalisée sans le gêner dans son travail. Plus systématiquement, il serait utile de voir collectivement, avec tous les professionnels concernés, comment organiser le travail de chacun pour permettre le peau à peau avec la maman en bloc et en salle de réveil dans des conditions acceptables pour tous. Il existe des publications décrivant ce processus dans d'autres services (19).

Parmi les femmes n'ayant pas fait de peau à peau, il n'y avait pas de raison médicale expliquant une séparation mère-enfant pour un quart d'entre elles. Une seule femme a déclaré avoir refusé de faire du peau à peau et pour 8 autres, cela n'a pas été proposé par l'équipe. Dans la mesure où une majorité de professionnels déclaraient proposer le peau à peau toujours ou presque toujours en salle de naissance et en connaissaient certains bénéfices, nous ne pouvons que faire des suppositions sur les raisons qui ont conduit à ne pas le proposer à ces 8 mamans : peut-être était-ce la charge de travail ou bien un manque de connaissance des bienfaits de certains professionnels ? Pour mieux comprendre ces situations peu fréquentes, il serait utile d'avoir une fiche remplie pour chaque accouchement afin de pouvoir ensuite analyser le contexte qui n'a pas permis la réalisation du peau à peau.

6.4- Vécu du peau à peau

6.4.1- Effets ressentis

Parmi toutes les femmes qui ont pratiqué le peau à peau, que ce soit à l'accouchement ou en suites de couches, les deux-tiers ont trouvé sa durée suffisante.

Près d'un quart des femmes n'en ont pas fait assez à leur goût. Au regard des données collectées, aucune tendance de durée ou de lieu de pratique du peau à peau ne se dégage nettement pour expliquer ce sentiment. Cela dépend donc de chaque dyade mère-enfant.

Parmi les 8 femmes qui ont coché « durée trop importante », 7 souhaitent refaire du peau à peau à l'avenir. On peut donc penser que ces réponses sont biaisées par une formulation inadaptée de la question et qu'elles ont trouvé le peau à peau capital. Il aurait sans doute mieux valu formuler cet item par « durée trop longue ». En outre, le fait de trouver qu'elles en ont trop fait ne signifie pas forcément qu'elles n'ont pas apprécié et qu'elles ne sont pas prêtes à recommencer. Cela veut peut-être juste dire qu'elles se seraient contentées d'une durée plus restreinte de peau à peau.

Une femme n'a rien ressenti lors du peau à peau, deux évoquaient de la perplexité et une de l'angoisse. Toutes les autres ont évoqué des sentiments positifs. Le Dr Bouloumié avait retrouvé dans son étude (39) que 97 % des mères n'avaient ressenti aucune inquiétude pendant le portage peau à peau, ce qui est comparable avec nos résultats. Nous pouvons donc affirmer que très peu de femmes trouvent la pratique du peau à peau pénible.

Cependant, il y a des femmes pour qui le corps à corps avec leur enfant est difficilement acceptable, et peut conduire au refus du peau à peau ou de l'allaitement. Il y a certainement une implication psychologique, culturelle ou sociale qui peut constituer un frein à cette pratique. C'est pourquoi il faut d'abord le proposer, et respecter le choix des femmes de ne pas mettre leur enfant en peau à peau ou d'interrompre la séance.

Le Dr Bouloumié a montré dans sa recherche que les mères ayant fait du peau à peau à J0, J1 et/ou J2 laissaient moins longtemps leur nouveau-né en pouponnière la nuit que les mères n'ayant pas fait de peau à peau. (Ceci est comparable aux résultats de l'étude Widström et al. (22), selon laquelle les mères confiaient moins souvent leur bébé à la nursery si celui-ci avait touché leur mamelon dans les 30 premières minutes de vie.) De plus 60 % des professionnels trouvaient les enfants plus calmes et les mères plus confiantes dans le groupe peau à peau.

Les comportements observés par les mères de notre étude chez les enfants en peau à peau étaient eux aussi très positifs : 90 % étaient apaisés. Aucun n'était agité. Seuls 6 % des bébés en peau à peau ont pleuré, ce qui est faible. De plus, on ne sait pas combien de temps ils ont pleuré.

Un tiers des femmes allaitantes ont observé un impact positif sur l'allaitement. Parmi les 41 femmes qui n'ont pas trouvé d'impact, 18 ont tout de même observé une succion ou des mouvements de recherche du sein chez le bébé lors du peau à peau. On peut finalement en déduire que 57% des femmes allaitantes ayant fait du peau à peau ont observé un effet positif sur l'allaitement. Cela confirme les données de la littérature.

Nous n'avons pas interrogé les pères sur leur ressenti, mais 86 % de ceux qui en ont fait voulaient réitérer l'expérience en suites de couches ou à la maison. On peut en déduire qu'ils ont apprécié ce moment.

6.4.2- Réticences

Dans notre étude, 10 % des femmes interrogées et 10 % des pères ont exprimé des réticences lors de la pratique du peau à peau. Ces chiffres sont très faibles, mais prouvent l'importance d'informer le parent et d'avoir son accord avant de mettre l'enfant en peau à peau. L'information prénatale et l'accord du parent sont recommandés par l'HAS (34).

Lorsque nous avons interrogé les professionnels sur les obstacles au peau à peau, l'item « manque d'intérêt » a été cité par 13 % d'entre eux. Cependant aucun n'avait nié l'intérêt du peau à peau lors de la question sur la non proposition du peau à peau. On peut donc supposer que ces professionnels pensaient à un manque d'intérêt de la part des parents. On peut également concevoir que certains professionnels puissent manquer d'intérêt pour le peau à peau, même s'ils en connaissent les bénéfices pour la mère et l'enfant... Cet item aurait mérité d'être formulé plus précisément lors de la rédaction du questionnaire, aussi nous ne pouvons conclure avec certitude.

C'est le manque de temps et la possibilité de surveillance qui étaient les obstacles les plus fréquemment cités, par plus de la moitié des professionnels.

En l'absence de recommandations sur la surveillance du peau à peau en suites de couches, on peut raisonnablement considérer que celle-ci n'est pas à mener avec les mêmes critères qu'en salle de naissance. Les modalités d'installation du bébé en peau à peau sont les mêmes, mais la plupart des mères, bien que souvent fatiguées, sont capables de s'occuper de leur enfant en toute autonomie. De plus, le père est très souvent présent dans les heures qui suivent l'arrivée de la mère et de l'enfant en suites de couches. Enfin, l'utilisation d'un bandeau de peau à peau et des barrières de sécurité du lit pourrait permettre aux mères de s'assoupir au besoin sans risque de chute.

6.5- Propositions pour améliorer les pratiques

Il paraît primordial, au vu de ces résultats, que les professionnels reçoivent une formation sur le peau lors de leur cursus initial, quelle que soit la catégorie professionnelle. Cela implique de sensibiliser les enseignants des écoles de sages-femmes, d'infirmières et d'auxiliaires de puériculture ainsi que les professeurs des universités de médecine.

Pour les professionnels en exercice qui en ressentent le besoin, on pourrait proposer des formations sur le peau à peau, mais aussi un compagnonnage par les personnes formées. En effet, le compagnonnage, recommandé dans la formation continue pour les services s'engageant dans la démarche Hôpital Ami des Bébé, permet de travailler sur les modalités pratiques du peau à peau et d'améliorer la cohérence des informations fournies aux parents sur l'intérêt du peau à peau et ses conditions de sécurité. Dans notre service, cela pourrait contribuer à sensibiliser les aides-soignantes, cette catégorie professionnelle ayant peu participé à notre étude.

Un support numérique ou papier pourrait être créé comme le souhaitent les participants à l'étude. Nous avons rédigé deux ébauches de documents d'information, l'un pour les parents et l'autre pour le personnel de la maternité, que nous joignons en annexes 3 et 4.

Nous proposons de transmettre les résultats de notre étude sous forme d'un staff pour l'équipe de la maternité. Certains collègues ont également demandé à lire le mémoire.

L'objectif second de cette étude était de faire réfléchir l'équipe sur sa pratique du peau à peau, de la sensibiliser et de lui donner envie d'en savoir plus, dans le but d'améliorer les pratiques et il est à espérer que ce staff permettra de répondre à cet objectif.

Pour les parents, nous pourrions rédiger une affiche sur les bénéfices, les modalités d'installation et de surveillance associée à des dessins plus parlants et attrayants, mais aussi plus efficaces en cas de barrière de la langue. Nous pourrions ensuite l'afficher dans les chambres de suites de couches, mais aussi dans les salles d'attente des consultations prénatales et en salle de préparation à la naissance. En effet, l'expérience montre que les informations délivrées sur support papier sont accumulées et pas forcément lues. Cet affichage omniprésent pourrait fournir un moyen aux patientes d'informer de la possibilité de faire du peau à peau en suites de couches, et de les inciter à aborder ce sujet avec les soignants.

Les cours de préparation à la naissance sensibilisent les parents au peau à peau, l'étude a montré que c'était la source d'information la plus citée par les mères interrogées. Il serait intéressant de proposer une réunion aux sages-femmes du service, de la PMI du secteur ou travaillant en exercice libéral sur notre bassin de naissance pour définir les points essentiels à transmettre aux futurs parents sur le peau à peau, ses bienfaits et les modalités d'installation et de sécurité. Néanmoins, beaucoup de futures mères ne suivent pas une préparation à la naissance et le service pourrait réfléchir à d'autres moyens de leur offrir cette information, même de façon un peu succincte : lors de la visite des locaux, par exemple. Lors de cette information, en préparation à la naissance ou à d'autres moments, le feuillet mis au point par l'équipe pourrait être distribué et commenté auprès des futurs parents. Toutes ces actions contribueraient à rendre les parents plus impliqués, plus à l'aise pour décider de faire du peau à peau à la naissance, en suites de couches et à leur domicile.

A la naissance, compte-tenu de toutes les études disponibles sur le sujet, le peau à peau ne devrait pas être interrompu la première heure et jusqu'à la première tétée en cas d'allaitement maternel, sauf raison impérieuse ou à la demande du parent. Les soins non urgents peuvent être reportés. Cela ne dispense pas de bien sécher l'enfant à la naissance et de faire un premier examen rapide sur le ventre de la mère pour dépister une éventuelle détresse ou malformation nécessitant une prise en charge rapide. Si la mère ne souhaite pas faire de peau à peau à la naissance, on peut proposer au père d'en faire, et réitérer la proposition à la mère plus tard.

En cas de césarienne, quand l'activité de la salle de naissance le permet, on pourrait proposer à la mère de mettre l'enfant en peau à peau jusqu'à la fin de l'intervention. Cela nécessite que la sage-femme reste pendant toute la durée de la césarienne, ou que les anesthésistes ou infirmiers-anesthésistes proposent de surveiller l'enfant. Un point positif est que ces dernières années, nous avons observé une franche augmentation de la présence des pères lors des césariennes dans notre maternité.

Cela pose en plus la question du maintien de la température de l'enfant compte-tenu de la température au bloc. Dans un hôpital de Madrid, la température de la salle de césarienne est de 24 °C, selon la publication de Alba-Romero et al. (40). La sage-femme pourrait alors aisément retourner en salle de naissance chercher un champ chaud. Il faudrait voir si le chauffage soufflant peut être utilisé pour le nouveau-né sans risque de brûlure. Quoiqu'il en soit il est important de réchauffer les épaules de la mère pour qu'elle puisse réchauffer son bébé, en plus de couvrir son bébé.

A l'heure actuelle, emmener le nouveau-né et le père en salle de réveil se fait régulièrement, mais n'est pas toujours possible, soit parce que l'équipe de salle de naissance n'a pas le temps de le faire et de surveiller le peau à peau, soit parce que l'équipe de salle de réveil n'est pas sensible à l'intérêt du peau à peau et à la surveillance du nouveau-né, ou que l'activité y est trop importante pour le permettre, soit parce qu'un risque infectieux est évoqué (SSPI partagée avec la chirurgie digestive).

Une réflexion serait à mener avec l'équipe du bloc et de la salle de réveil pour expliquer l'intérêt de la pratique et voir ensemble comment l'organiser.

En suites de couches, on pourrait proposer le peau à peau quand le bébé est agité, plutôt que de conseiller une tétine, que l'enfant soit allaité ou pas.

C'est également une technique de choix lorsque l'allaitement est difficile.

Certaines maternités le proposent avant et après le bain pour prévenir l'hypothermie et rassurer l'enfant avant et après ce soin qu'il pourrait ressentir comme désagréable. La configuration des suites de couches pose problème dans notre maternité, car les bains sont donnés dans une crèche commune et non dans les chambres. Cette pratique pourrait cependant être envisageable, à condition d'emmailloter chaudement l'enfant pour les trajets de la chambre à la crèche.

Le peau à peau pourrait être utile également avant et après l'examen par le pédiatre, souvent réalisé dans les chambres.

En ce qui concerne la surveillance du peau à peau, on pourrait instituer pour la première séance en suites de couches une surveillance au bout d'1/4 h de peau à peau, puis si tout semble compris par les parents leur confier cette surveillance, avec la sonnette à portée de main. Si l'initiative de l'instauration et de la durée de la séance est laissée à la patiente, alors la surveillance doit lui être confiée.

Pour que ce mémoire contribue concrètement à faire progresser le service dans la pratique du peau à peau selon les recommandations actuelles, il paraît nécessaire d'examiner ces différentes propositions au sein d'un groupe de travail ayant les moyens de se réunir régulièrement et de réaliser une évaluation des pratiques une à deux fois par an, par exemple avec une fiche sur le peau à peau en salle de naissance.

VII- Conclusion

Le peau à peau est riche en bienfaits pour la dyade mère-enfant, ou père-enfant, juste après la naissance mais aussi dans les jours et semaines qui suivent. Il permet une transition en douceur entre la vie intra et la vie extra-utérine, en permettant au nouveau-né de retrouver les repères sensoriels d'avant la naissance, en favorisant son adaptation, l'instauration du lien et la mise en route de l'allaitement, entre autres.

Cette pratique est facile, présente peu de risques lorsque les consignes de sécurité sont respectées, et ne nécessite aucun investissement financier. C'est donc une technique de choix en maternité et toutes les instances de santé recommandent sa réalisation dans le post-partum.

Notre étude à la maternité de Louis Mourier, nous a permis de voir que cette pratique est largement présente en salle de naissance, mais beaucoup moins en cas de césarienne ou en suites de couches. Les pères sont également moins nombreux à avoir porté leur enfant en peau à peau.

Elle a également permis de repérer les obstacles à sa réalisation.

Pour les professionnels, il a été identifié un manque de connaissances, partiel pour la plupart. Le manque de temps, la possibilité de surveillance, la charge de travail ont été évoqués de façon récurrente. Les risques n'étaient un obstacle que pour 7 % d'entre eux. Plusieurs ont par ailleurs notifié que si le peau à peau était réalisé correctement, le risque devenait nul.

Pour les parents, il y a un manque d'information en anténatal, qui a des répercussions sur la pratique. Au final, seulement 10 % émettaient des réticences. Une majorité de mères ont indiqué vouloir refaire du peau à peau à domicile et certaines ont regretté dans leurs commentaires que ce soin ne leur ait pas été proposé plus souvent par l'équipe. Il semble que beaucoup de parents attendent l'autorisation des soignants pour des soins qui peuvent paraître évidents et naturels. Rendre aux patients leur autonomie et le pouvoir de décider pour eux et pour leur enfant, en toute connaissance de cause, est un enjeu gratifiant pour les soignants.

Nous avons pu en déduire des pistes pour améliorer nos pratiques, à savoir former les professionnels sur les bienfaits, les risques et les conditions de sa pratique en toute sécurité. Et aussi, informer les patientes en anténatal lors de la préparation à la naissance et à la parentalité et en salle de naissance au cours du travail.

En cas d'allaitement, nous avons vu l'intérêt d'éviter d'interrompre le peau à peau en reportant les soins non urgents après la première tétée.

Pour les césariennes, il serait nécessaire de travailler avec les équipes du bloc et de la SSPI pour permettre ce contact au peau à peau.

Cette étude a également permis de sensibiliser l'équipe de la maternité sur le peau à peau, à leur faire prendre conscience que les suites de couches sont aussi un endroit où il a toute sa place. Il faut permettre aux parents d'avoir confiance en eux, en les écoutant, en les accompagnant, en ne faisant pas à leur place et en reconnaissant leurs compétences.

VIII- Références bibliographiques

- 1- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La méthode mère-kangourou : guide pratique, (classification NLM : WS410), 2004. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43099/1/9242590355.pdf>
- 2- Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011 Jan;100(1):79-85.
- 3- Doucet S, Soussignan R, Sagot P, Schaal B. The secretion of areolar (Montgomery's) glands from lactating women elicits selective, unconditional responses in neonates. *PLoS One.* 2009 Oct 23;4(10):e7579.
- 4- Pilliot M. Le regard du naissant. *Cahiers de Maternologie* 2005; 23-24: 65-80.
<https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Le-regard-du-naissant.pdf>
- 5- Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Hum Dev.* 2011 Mar;87(3):151-7.
- 6- Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Wassberg C, Vorontsov I, Uvnäs-Moberg K. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr.* 2003;92(3):320-6.
- 7- Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, Winberg J. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr.* 1992 Jun-Jul;81(6-7):488-93.
- 8- Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnäs-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr.* 1995 May;84(5):468-73.
- 9- Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet.* 1990 Nov 3;336(8723):1105-7.
- 10- Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr.* 2004 Dec;93(12):1640-5.
- 11- Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Doswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May 16;5:CD003519.
- 12- Colson S. Introduction au Biological Nurturing. Nouvelles perspectives sur l'allaitement maternel. Paris :CREAM, 2014.
- 13- Svensson KE, Velandia MI, Matthiesen AS, Welles-Nyström BL, Widström AM. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants : a randomized trial. *Int Breastfeed J.* 2013 Mar 11;8(1):1.
- 14- Gray L, Lang CW, Porges SW. Warmth is analgesic in healthy newborns. *Pain.* 2012 May;153(5):960-6.
- 15- Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2000 Jan;105(1):e14.
- 16- Gremmo-Feger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. LLL France. Les Dossiers de l'allaitement n°51, avril-mai-juin 2002.
- 17- Lamy Filho F, De Sousa SH, Freitas IJ, Lamy ZC, Simoes VM, Da Silva AA, Barbieri MA. Effect of maternal skin-to-skin contact on decolonization of Methicillin-Oxacillin-Resistant Staphylococcus in neonatal intensive care units: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015 Mar 19;15:63.
- 18- Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth.* 2007 Jun;34(2):105-14.
- 19- Uvnäs-Moberg K. Oxytocine, hormone de l'amour. Barret-sur Méouge : Le Souffle d'Or, Champs d'idées, 2006.
- 20- Nissen E, Uvnäs-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widström AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev.* 1996 Jul 5;45(1-2):103-18.
- 21- Widström AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S, Winberg J. Short-term

- effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev.* 1990 Mar;21(3):153-63.
- 22- Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Uvnäs-Moberg K, Widström AM. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth.* 2009 Jun;36(2):97-109.
 - 23- Velandia M, Matthiesen AS, Uvnäs-Moberg K, Nissen E. Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section. *Birth.* 2010 Sep;37(3):192-201.
 - 24- Aghdas K, Talat K, 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 Birth.* 2014 Mar;27(1):37-40. [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(13\)00401-0/pdf](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(13)00401-0/pdf)
 - 25- Dageville C, Pignol J, De Smet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatr.* 2008 Jul;97(7):866-9.
 - 26- Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns--a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 Jan;97(1):F30-4.
 - 27- Gatti H, Castel C, Andrini P, Durand P, Carlus C, Chabernaude JL, Vial M, Dehan M, Boithias C. Malaises graves et morts subites après une naissance normale à terme : à propos de 6 cas. *Arch Pediatr.* 2004 May;11(5):432-5.
 - 28- Flemming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 97 :F2-F3.
 - 29- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *La protection thermique du nouveau-né : Guide pratique* (1997)
 - 30- Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB France). *Les 12 recommandations.* 2016. <https://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf>
 - 31- American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012 Mar;129(3):e827-41.
 - 32- Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM Clinical Protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med.* 2013 Dec;8(6):469-73.
 - 33- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. *Recommandations.* Mai 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
 - 34- Haute Autorité de Santé (HAS). Favoriser l'allaitement maternel - Processus - Évaluation. 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf
 - 35- Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB France). Affiche « Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance ». <http://www.amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php>
 - 36- Réseau Sécurité Naissance « Naître ensemble ». Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau-à-peau en salle de naissance. Juillet 2013. <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/zb/8xvxtqj46v4ddpwttyidq5jfhja3644-org.pdf>
 - 37- Cantrill R, Creedy D, Cooke M. Midwives' knowledge of newborn feeding ability and reported practice managing the first breastfeed. *Breastfeed Rev.* 2004 Mar;12(1):25-33.
 - 38- Zwedberg S, Blomquist J, Sigerstad E. Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'fighting an uphill battle'. *Midwifery.* 2015 Jan;31(1):215-20.
 - 39- Bouloumié E. Pratique « du peau à peau » pendant le séjour en maternité. *Soins Pédiatrie/Puériculture* Vol 29, N° 245 - décembre 2008 pp. 36-38.
 - 40- de Alba-Romero C, Camaño-Gutiérrez I, López-Hernández P, de Castro-Fernández J, Barbero-Casado P, Salcedo-Vázquez ML, Sánchez-López D, Cantero-Arribas P, Moral-Pumarega MT, Pallás-Alonso CR. «Postcesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child.» *J Hum Lact.* 2014; 30(3):283-286.

Annexe 1 : questionnaire de l'enquête pour les mères

Bonjour, je suis Pimprenelle LONG CHO, sage-femme à la maternité de Louis Mourier.

Je réalise un mémoire dans le cadre de ma formation de consultante en lactation. Une consultante en lactation a pour rôle d'évaluer les besoins de la mère et de l'enfant dans le domaine de l'allaitement maternel ; elle propose ainsi une information et un soutien pratique en collaboration avec les différents intervenants des domaines sanitaire et social.

Dans cette recherche, je souhaite faire un état des lieux sur la pratique du peau à peau et étudier les obstacles à sa réalisation pendant les 24 premières heures de vie des nouveau-nés dans le but d'améliorer nos pratiques (que votre enfant soit allaité ou non). Peau à peau signifie que le nouveau-né est placé nu (éventuellement avec une couche) contre la poitrine nue de sa mère.

Pour ce faire, j'interroge grâce à un questionnaire, d'une part les familles lors de leur séjour en suites de couches, et d'autre part les membres de l'équipe de la maternité.

Une fois que vous aurez complété ce questionnaire, merci de le remettre à un membre de l'équipe avant votre sortie.

Je vous remercie d'avance pour votre participation à cette enquête. Je reste à votre disposition pour répondre à vos questions.

PRATIQUE DU PEAU A PEAU LES 24 PREMIERES HEURES DE VIE

QUESTIONNAIRE POUR LES FAMILLES

Merci d'entourer les réponses choisies.

1° Votre âge :

2° Nombre d'enfants (avant ce bébé) :

3° Niveau d'étude :

Vous :	Non scolarisée	Primaire	
	Collège-BEP-CAP	Lycée	Études supérieures
Votre conjoint :	Non scolarisé	Primaire	
	Collège-BEP-CAP	Lycée	Études supérieures

4° Catégorie socioprofessionnelle :

Vous :	Sans profession/mère au foyer	Employée	
	Artisan/commerçant/chef d'entreprise	Cadre/profession intellectuelle supérieure	
	Agricultrice	Ouvrière	
Votre conjoint :	Sans profession/père au foyer	Employé	
	Artisan/chef d'entreprise	Ouvrier	
	Cadre/profession intellectuelle supérieure	Agriculteur	Retraité

5° Origine : **Vous :**

France	DOM-TOM	Europe du Nord	Europe du Sud
Asie	Asie mineure	Afrique du Nord	Afrique noire
Autre :			

Votre conjoint :

France	DOM-TOM	Europe du Nord	Europe du Sud
Asie	Asie mineure	Afrique du Nord	Afrique noire
Autre :			

6° Mode d'accouchement :

	Voie basse spontanée
Siège par voie basse	Voie basse instrumentale (Forceps/spatules/ventouse)
Césarienne en urgence	Césarienne programmée

7° Analgésie : Aucune Péridurale Générale Autre :

8° Date d'accouchement prévue: Date de l'accouchement :

9° Poids de naissance de l'enfant :

10° Complication(s) éventuelle(s) lors de la grossesse, de l'accouchement ou du postpartum :

.....

.....

.....

11° Aviez-vous, avant d'accoucher, des informations sur le peau à peau?

Oui Non

Si oui, où les aviez-vous découvertes ? (plusieurs réponses possibles)

Livres Internet Entourage Réunions de mères

Cours de préparation à la naissance et à la parentalité Autre :

Ces informations étaient-elles suffisantes ? Oui Non

12° Avez-vous eu l'occasion de pratiquer le peau à peau ? Oui Non

Si vous avez répondu non, passez directement à la question 26 °.

13° Si oui, était-ce en salle de naissance ? Oui Non

Si oui, combien de temps ?

A-t-il été interrompu avant la première tétée? Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) a-t-il été interrompu ?

.....

14° Était-ce au bloc opératoire ou en salle de réveil ? Oui Non

Si oui, où ?

Combien de temps ?

Pour quelle(s) raison(s) a-t-il été interrompu ?

15° Était-ce en Suites de Couches lors des 24 premières heures ? Oui Non

Si oui, combien de fois ?

Combien de temps en tout ?

Était-ce votre initiative ? Oui Non

Une proposition de l'équipe ? Oui Non

Y avait-il une raison pour pratiquer le peau à peau ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Pour quelle(s) raison(s) a-t-il été interrompu ?

.....

16° Comment jugez-vous la durée totale de votre pratique du peau à peau ?

Suffisante Insuffisante Trop importante

17° Avez-vous reçu de la part de l'équipe soignante des conseils pratiques sur la manière de mettre le bébé en peau à peau ? Oui Non

Si oui, vous ont-ils paru suffisants ? Oui Non

S'ils étaient insuffisants, que vous manquait-il ?

18° Avez-vous reçu de la part de l'équipe soignante des informations sur la réalisation du peau à peau en sécurité ? Oui Non

Si oui, vous ont-elles paru suffisantes? Oui Non

19° L'équipe vous a-t-elle donné des éléments sur les bénéfices du peau à peau pour vous et votre bébé ?

Oui Non

Si oui, lesquels avez-vous retenus?

.....

.....

.....

20° Quels sont pour vous les bienfaits du peau à peau ?

.....

.....

.....

21° Avez-vous eu des réticences mettre votre bébé en peau à peau ?

En salle de naissance /réveil /bloc ? Oui Non

En suites de couches ? Oui Non

22° Voici ci-dessous une liste de réticences citées par certaines mamans.

Par lesquelles vous êtes-vous sentie concernée en salle de naissance/bloc/réveil?

Cela ne se fait pas dans ma culture Fatigue Bébé non lavé

Peur que le bébé glisse Gêne par pudeur Pas envie

Peur que le bébé s'étouffe Autre :..... Aucune

Par lesquelles vous êtes-vous sentie concernée en suites de couches?

Cela ne se fait pas dans ma culture	Fatigue	Gêne par pudeur
Gêne pendant les visites	Bébé non lavé	Peur que le bébé glisse
Peur que le bébé s'étouffe	Pas envie	Aucune
Autre :		

23° Qu'avez-vous ressenti lors de vos séances de peau à peau ? (plusieurs réponses possibles)

Rien	Bien-être	Bouleversement	Attendrissement
Bonheur	Perplexité	Angoisse	Émotion positive
Fatigue	Confiance	Gêne	Autre :

24° Quels effets avez-vous remarqué sur votre bébé ?

Apaïsment	Pleurs	Réflexes de foussement/reptation/recherche du sein
Agitation	Succion	Endormissement
Autres :		

25° Allaitiez-vous votre enfant ? Oui Non**Si oui, avez-vous remarqué un impact du peau à peau sur le déroulement de l'allaitement ?**

Oui Non

Si oui, lequel ?**26° Si vous n'avez pas fait de peau à peau, savez-vous pourquoi ?**

- ☐ Non proposé par l'équipe
- ☐ Refus de votre part **Pour quel(s) motif(s) ?**
- ☐ Complication empêchant le peau à peau **Laquelle ?**
- ☐ Autre :

27° Votre conjoint a-t-il mis votre bébé contre lui en peau à peau ? Oui Non

Si vous avez répondu non, passez directement à la question 31°.

28° Si oui, à quel moment : En salle de naissance En suites de couches**29° Qui en a eu l'initiative ?** Lui Vous Un membre de l'équipe**30° Quelles ont été ses réticences éventuelles ?**

Cela ne se fait pas dans sa culture	Fatigue	Gêne par pudeur
Gêne pendant les visites	Bébé non lavé	Peur que le bébé glisse
Peur que le bébé s'étouffe	Pas envie	Aucune
Autre :		

31° Avez-vous envie de faire/refaire du peau à peau ?**Pendant le reste du séjour :** Vous : Oui Non **Votre conjoint :** Oui Non**À la maison :** Vous : Oui Non **Votre conjoint :** Oui Non**32° Avez-vous des remarques ?**

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre.

Annexe 2 : questionnaire pour les professionnels du service

Bonjour,

Je réalise un mémoire dans le cadre de ma formation de consultante en lactation.

Une consultante en lactation a pour rôle d'évaluer les besoins de la mère et de l'enfant dans le domaine de l'allaitement maternel ; elle propose ainsi une information et un soutien pratique en collaboration avec les différents intervenants des domaines sanitaire et social.

Dans cette recherche, je cherche à faire un état des lieux sur la pratique du peau à peau et à étudier les obstacles à sa réalisation pendant les 24 premières heures de vie des nouveau-nés, dans le but d'améliorer nos pratiques.

Peau à peau signifie que le nouveau-né est placé nu (éventuellement avec une couche) contre la poitrine nue de sa mère.

L'étude concerne les nouveau-nés séjournant auprès de leur mère, quel que soit leur mode d'alimentation.

Pour ce faire, j'interroge grâce à un questionnaire d'une part les familles lors de leur séjour en suites de couches, et d'autre part les membres de l'équipe de la maternité.

Ce questionnaire est anonyme. Il a pour but de repérer nos freins à la réalisation du peau à peau, afin de proposer des solutions adaptées pour l'amélioration des pratiques dans notre service. Il se compose de 4 parties : le profil de l'équipe, sa pratique du peau à peau, ses connaissances, son avis.

Une fois que vous aurez complété ce questionnaire, merci de le mettre dans les enveloppes prévues à cet effet.

Je vous remercie d'avance pour votre participation à cette enquête et reste à votre disposition pour répondre à vos questions.

Pimprenelle LONG CHO, sage-femme.

PRATIQUE DU PEAU A PEAU LES 24 PREMIERES HEURES DE VIE **QUESTIONNAIRE POUR LES PROFESSIONNELS**

Merci d'entourer les réponses choisies.

A) PROFIL :

1° Catégorie professionnelle : AP AS IDE Puer SF pédiatre autre :

2° Années d'expérience en maternité :

3° Formation sur le peau à peau (nombre d'heures) :

Si oui, à quand remonte la dernière ?

Moyens de formation :

Initiale Continue Articles Collègues Autre :

B) PRATIQUE DU PEAU À PEAU DANS VOTRE EXERCICE :

Si vous exercez en salle de naissance :

4° Proposez-vous le peau à peau à la mère ?

Toujours Presque toujours Souvent Occasionnellement Jamais

Pourquoi ?

5° Est-il interrompu avant la première tétée ?

Toujours Presque toujours Souvent Occasionnellement Jamais

6° Voici une liste de circonstances pouvant conduire à interrompre le peau à peau avant la première tétée. Cochez celles qui vous y incitent et numérotez-les par ordre de fréquence (de la plus fréquente à la moins fréquente).

- ☐ État néonatal nécessitant des soins urgents
- ☐ Réalisation d'un prélèvement gastrique
- ☐ Réalisation d'un prélèvement sanguin
- ☐ En attendant la délivrance
- ☐ Charge de travail importante

- ☐ Pesée/mesuration
- ☐ Réalisation d'un dextro
- ☐ Demande de la mère
- ☐ Surveillance adéquate impossible
- ☐ Soins du cordon

- ☐ Administration de vitamine K
☐ Examen clinique du nouveau-né
☐ Examen clinique de la mère
☐ Autre :

7° Proposez-vous le peau à peau au père ?

Toujours Presque toujours Souvent Occasionnellement Jamais

Pourquoi ?

.....

Si vous exercez en suites de couches :

8° Proposez-vous le peau à peau aux mères?

Toujours Presque toujours Souvent Occasionnellement Jamais

9° Si oui, dans quelles circonstances le proposez-vous ?

.....

10° Si vous le proposez occasionnellement ou jamais, pour quelles raisons ?

Risques Patientes peu réceptives/motivées
 Vous n'y pensez pas Vous ne voyez pas d'intérêt
 Pas le temps Autre :

11° Proposez-vous aux pères de faire du peau à peau ?

Toujours Presque toujours Souvent Occasionnellement Jamais

12° Si oui, dans quelles circonstances ?

.....

13° Si vous le proposez occasionnellement ou jamais, pour quelles raisons ?

Risques Conjointes peu réceptifs/motivés
 Vous n'y pensez pas Vous ne voyez pas d'intérêt
 Pas le temps Autre :

C) CONNAISSANCES SUR CETTE PRATIQUE :

14° Citez les bienfaits du peau à peau que vous avez retenus :

.....

15° Décrivez la manière dont vous installez un nouveau-né en peau à peau :

.....

16° Quelles consignes donnez-vous aux parents souhaitant faire du peau à peau ?

.....

17° À votre avis, quels sont les risques du peau à peau ?

.....

18° Connaissez-vous les bandeaux de peau à peau ? Oui Non

Si oui, en parlez-vous aux patientes ? Oui Non

Si vous exercez en salle de naissance :

19° À votre avis que faut-il surveiller lors du peau à peau ?

Coloration Scope Voies respiratoires dégagées Vigilance de la mère
 Position Température Présence d'un accompagnant
 Autre :

19° A quelle fréquence ?

20° Effectuez-vous cette surveillance ?

Toujours Presque toujours Souvent Occasionnellement Jamais

Pourquoi ?

Si vous exercez en suites de couches :

21° À votre avis que faut-il surveiller lors du peau à peau ?

Coloration Scope Voies respiratoires dégagées Vigilance de la mère

Position Température Présence d'un accompagnant

Autre :

22° A quelle fréquence ?

23° Effectuez-vous cette surveillance ?

Toujours Presque toujours Souvent Occasionnellement Jamais

Pourquoi ?

Si vous animez des groupes de préparation à la naissance ou au retour à domicile :

24° Parlez-vous du peau à peau ?

Toujours Presque toujours Souvent Occasionnellement Jamais

25° Si oui, en quels termes ?

D) VOTRE AVIS :

26° Aimeriez-vous proposer le peau à peau plus souvent ? Oui Non

Pourquoi ?

27° À votre avis, quels sont les obstacles au peau à peau ?

Manque de connaissance Manque de temps Possibilité de surveillance insuffisante

Manque d'intérêt Risques Autre :

28° Souhaiteriez-vous recevoir une formation sur le peau à peau ? Oui Non

Sur quels points ?

29° Souhaiteriez-vous un support d'information sur le peau à peau ? Oui Non

Si oui, sous quelle forme ?

30° Avez-vous des remarques ?

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre.

Annexe 3 : plaquette d'information et affiche sur le peau à peau pour les parents

Quand faire du peau à peau ?

Juste après la naissance pour permettre une transition en douceur entre la vie intra-utérine et le monde extérieur.

En cas d'allaitement maternel, il est recommandé de ne pas interrompre le peau à peau avant la fin de la première tétée.

Le peau à peau présente également un grand intérêt pour les nouveau-nés nourris artificiellement.

Le papa appréciera également beaucoup le peau à peau avec son bébé.

NB: Si l'activité ne permet pas aux professionnels de surveiller votre enfant, le peau à peau ne vous sera pas proposé.

En maternité et à la maison, n'hésitez pas également à renouveler l'expérience, pour tous les bénéfices précédemment cités !

N'hésitez pas à en parler avec l'équipe soignante !



FAIRE DU PEAU À PEAU AVEC SON BÉBÉ



Pourquoi faire du peau à peau avec votre enfant ?

Instauration du lien parent-enfant : il augmente la sécrétion d'ocytocine (hormone de l'attachement), mais aussi la perception des signaux du bébé, les interactions vocales entre les parents et l'enfant.

Facilite l'adaptation à la vie extra-utérine : il régule sa température, stabilise la fréquence cardiaque, améliore les glycémies, abaisse les hormones de stress

Facilite l'allaitement : il facilite la prise du sein pour la première tétée ou en cas de difficultés, met en jeu les compétences innées du nouveau-né dans la recherche du sein, rassure la mère et l'enfant, renforce la mère dans ses compétences, augmente la durée de l'allaitement et la sécrétion d'ocytocine (hormone de l'éjection du lait).

Amélioration du bien-être des bébés et des parents : les bébés pleurent moins, les parents sont moins stressés, renforcés dans leurs capacités à être parents.

Antalgique pour la mère et l'enfant.



Comment vous installer en toute sécurité ?

- Installez-vous demi-assis pour mieux voir votre bébé,
- Il doit être nu ou en couche,
- son ventre contre votre ventre nu
- sa tête est posée sur la partie dure de votre thorax, tournée sur le côté, le nez et la bouche dégagés, pour bien respirer
- Il est recouvert d'une couverture chaude et d'un bonnet,
- Dans l'idéal, il est maintenu par un bandeau ou un vêtement adapté type débardeur en jersey ou chemise),
- Mettez la barrière de sécurité quand il y en a une, et assurez-vous que la sonnette est à portée de main.
- Eteignez la TV et votre téléphone portable : **vous devez être attentif à votre bébé pour vous assurer qu'il respire bien** (nez et bouche dégagées, coloration rose du bébé) **et qu'il est bien couvert.**

Quels sont les risques du peau à peau ?

S'il n'est pas réalisé dans de bonnes conditions, le peau à peau peut présenter des risques pour l'enfant :

Hypothermie (température trop basse) : s'il n'est pas assez en contact avec la peau (ventre à ventre), ni assez couvert (bonnet, couverture chaude).

Chute : en cas d'endormissement du parent, si l'enfant n'est pas maintenu par un bandeau ou un vêtement.

Malaise grave par obstruction des voies respiratoires.

PEAU A PEAU

N'hésitez pas à en parler avec l'équipe soignante !



- Vous êtes en position demi-assise.
- Bébé doit être nu, en couche, recouvert d'une couverture et d'un bonnet, son ventre contre votre ventre nu.
- La tête du bébé posée sur la partie dure de votre thorax, tournée sur le côté, le nez et la bouche dégagés pour bien respirer.
- Soyez attentif à votre bébé (pas de téléphone, de télévision...).
- A l'hôpital, la sonnette est à portée de main.

- Je suis rassuré.
- Je pleure moins.
- Je régule mieux ma température, ma fréquence cardiaque et mon taux de sucre.
- Je tète mieux.
- J'ai moins mal.

- Je découvre mon bébé.
- Je n'ai plus mal.
- Je suis rassurée par ce contact avec mon bébé.
- J'ai confiance en moi.
- La mise au sein est plus facile.

QUAND ?

- Juste après la naissance, en salle de naissance.
- En suite de couches.
- A la maison.

Le papa appréciera également de faire du peau à peau avec son bébé.

Annexe 4 : Protocole de soins sur le peau à peau pour les professionnels

Date de création du document :	
Version rédigée par : S Castel (AP), P Coriolles (AP), MP Couetoux (SF), M Landau (AP), P Long Cho (SF), E Omont (IDE)	Le : 05/02/2016
Version validée par :	Le :
Version approuvée par : DQGR	
Objet de la modification :	Page(s) :

1. OBJET

Modalité d'installation du nouveau-né en peau à peau avec sa mère ou son père.

2. DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES

SECTEURS :

Maternité : salle de naissance, suites de couches.

PERSONNES CONCERNÉES :

Aides-soignants, auxiliaires de puériculture, infirmières, puéricultrices, sages-femmes, pédiatres.

3. DOCUMENTS DE REFERENCE

Affiche « Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance ». Document IHAB France

<http://www.amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php>

Recommandations du Réseau Sécurité Naissance sur le peau-à-peau. Juillet 2013

<http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/zb/8xvxtqj46v4ddpwtqidq5jfhja3644-org.pdf>

4. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

Peau à peau : contact prolongé d'un nouveau-né nu contre le torse nu de son parent, permettant une transition en douceur vers le monde extérieur et favorisant l'attachement.

5. MODALITÉS

- Le parent est semi-assis,
- l'enfant est nu ou en couche, ventre contre le ventre nu de son parent,
- la tête du bébé est posée sur le plan dur du thorax, tournée sur le côté, les voies aériennes dégagées,
- il est recouvert d'une couverture chaude et d'un bonnet,
- il est maintenu par un bandeau ou un vêtement adapté (type chemise ou débardeur en jersey),
- mise en place de la barrière de sécurité quand il y en a une et la sonnette est à portée de main.

6. SURVEILLANCE

Le parent doit être vigilant : éveillé, non distrait par la TV ou son téléphone portable, **et informé de la surveillance à effectuer** : VAS dégagées, coloration, sonnette à disposition.

6.1 En salle de naissance, toutes les catégories de soignants sont à même d'effectuer la surveillance. Celle-ci doit être régulière toutes les 15/20 minutes et doit être reportée sur la feuille de surveillance.

La présence d'un accompagnant est nécessaire, du fait du risque d'endormissement de la mère. Celui-ci doit être informé des modalités de réalisation et de surveillance du peau à peau en toute sécurité, et doit prévenir en cas de problème ou d'absence.

6.2 En suites de couches, la surveillance est à adapter à l'autonomie des parents.

7. QUAND PROPOSER LE PEAU À PEAU?

Le peau à peau doit être abordé avant la naissance, lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, mais aussi au cours du travail, avant l'accouchement, afin d'en présenter l'intérêt et de recueillir le consentement des parents pour cette pratique.

Il pourra être réalisé **juste après la naissance, si le parent est d'accord**, après séchage et examen rapide ne révélant pas de détresse, d'anomalie ou de malformation majeure nécessitant des soins immédiats.

En cas d'indisponibilité de la mère (césarienne, hémorragie, fatigue importante), il sera proposé au père de faire du peau à peau.

En cas d'allaitement maternel, il est recommandé de **ne pas interrompre le peau à peau avec la mère avant la fin de la première tétée**. Les soins de routine (pesée, examen clinique complet, administration de vitamine...) peuvent être reportés après la tétée.

En suites de couches, le peau à peau est à proposer systématiquement au retour de la SSPI en cas de césarienne.

Ne pas hésiter pas également à le reproposer, au cours du séjour à toutes les patientes ou leur conjoint pour tous les bénéfices.

C'est une pratique particulièrement indiquée en cas d'allaitement difficile, de nouveau-né agité ou algique, avant et/ou après le bain, avant et/ou après l'examen du pédiatre et lors de soins douloureux (dextros, prélèvements sanguins...).

Informez les parents de la possibilité de le réaliser **à la maison, en toute intimité**.

8. BÉNÉFICES

Pour l'enfant : le peau à peau facilite l'adaptation à la vie extra-utérine : il permet la régulation thermique, stabilise la fréquence cardiaque, améliore les glycémies, abaisse les hormones de stress.

Il contribue à l'amélioration du bien-être : diminution des pleurs, effet analgésique, diminution du cortisol.

Il assure une continuité sensorielle : le nouveau-né retrouve ses repères.

Il favorise sa **colonisation par la flore commensale familiale**.

Facilite l'allaitement : le peau à peau facilite la prise du sein pour la première tétée ou en cas de difficultés : il met en jeu des compétences innées du nouveau-né dans la recherche du sein (réflexes archaïques), rassure la mère et l'enfant, renforce la mère dans ses compétences, augmente la durée de l'allaitement et la sécrétion d'ocytocine (hormone de l'éjection du lait).

Pour la mère, la sécrétion d'ocytocine lors du peau à peau favorise l'**involution utérine** et la **lactation**.

Lors du peau à peau avec son père, le bébé pleure moins, s'endort plus rapidement, lui permettant d'être plus vigoureux pour téter lors des retrouvailles avec sa mère.

L'ocytocine sécrétée lors du peau à peau favorise l'attachement : l'attention et la sensibilité des parents aux signaux du bébé, ainsi que les interactions vocales parents-bébé sont augmentées. Les nouveau-nés sont moins confiés en crèche.

Amélioration du bien-être des bébés et des parents : les bébés pleurent moins, les parents sont moins stressés, renforcés dans leurs capacités à être parents. L'ocytocine diminue la pression artérielle et les hormones de stress procurant aux parents et aux bébés **plus de sérénité. Elle augmente aussi le seuil de la douleur (effet antalgique)**.

9. RISQUES

S'il n'est pas réalisé dans de bonnes conditions, le peau à peau peut présenter des risques pour l'enfant :

Hypothermie : s'il n'est pas assez en contact avec la peau (ventre à ventre), ni assez couvert (bonnet, couverture chaude), ou si la mère a froid (bien la couvrir).

Chute : en cas d'endormissement du parent si l'enfant n'est pas maintenu par un bandeau ou un vêtement (débardeur extensible ou chemise).

Malaise anoxique grave par asphyxie pouvant entraîner la mort ou des séquelles neurologiques graves: les facteurs de risques sont la primiparité, un manque de surveillance de la vitalité et de la position de l'enfant, une mère à plat dos.

10. CONTRE-INDICATIONS AU PEAU À PEAU :

- Refus du parent
- Conditions de surveillance impossible à respecter (ex : charge de travail trop importante)
- Mère qui n'est pas en situation de surveiller son nouveau-né sans aide
- Nouveau-né qui n'est pas estimé "normal" (détresse, anomalie ou de malformation majeure nécessitant des soins immédiats).

Annexe 5 : surveillance du peau à peau (fiche du réseau périnatal du Languedoc-Roussillon)

Etiquette BB

Surveillance en salle de naissance

Etiquette Mère

Date : Heure de N : Poids de N : APGAR
TERME : DECLENC : 0 APD : 0 AG : 0 ACC N : 0 VENTOUSE : 0 FORCEPS : 0 CESAR : 0

Surveillance clinique recommandée toutes les 15 minutes

Légende

Cocher le début de l'action et prolonger avec un trait suivant l'évolution

Heure de sortie de la salle de naissance :

Minutes de vie	5	10	15	30	45	60	75	90	105	120
Peau à P eau										
Position sécurisée mère/bébé										
Raison pour l'absence de Peau à Peau: Soins urgents : 0 Refus maman : 0 Surcharge de travail : 0										
Couveuse / B erceau										
Surveillance de la mère										
Éveil / S omnole / D ort /										
Surveillance du bébé										
Éveil / D ort										
P leure / G eint										
Coloration + -										
Réactivité + -										
P uls / O ²										
T° Rect. - A xill										
U rine- M éco										
Comportement alimentaire										
TT S pontanée / TT A idée / B iberon										
Difficultés TT	l'enfant ne s'accroche pas : 0 A fait seulement quelques suctions : 0 Douleur de la mère : 0									
Présence permanente	Père : 0 Autre personne non soignant : 0 préciser : Soignant : Surveillance réalisée par : Signature :									