



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

PM 140 045 867
M/ESF/2009/VINCENT

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de METZ

29 JAN. 2010

I interaction précoce

H une heure

A allaitement maternel

B bien être du bébé



La quatrième condition en salle de naissances,
c'est possible...

Mémoire présenté et soutenu par
Céline VINCENT

Promotion 2005-2009

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 280999 1

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de METZ



I interaction précoce

H une heure

A allaitement maternel

B bien être du bébé

La quatrième condition en salle de naissances,
c'est possible...

Mémoire présenté et soutenu par
Céline VINCENT

Promotion 2005-2009

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

SOMMAIRE

Sommaire	3
Introduction	5
Partie 1 : le nouveau-né et sa mère, une relation privilégiée.....	6
1. Le nouveau-né, un être compétent : approche sensorielle et comportementale	7
1.1. Définition	7
1.2. La continuité sensorielle transnatale	7
1.3. Le comportement inné du nouveau-né	8
2. L'interaction précoce et l'attachement	13
2.1. Les bénéfices du peau à peau	13
2.1.1. La mise en place et la durée de l'allaitement maternel	13
2.1.2. L'adaptation thermique	14
2.1.3. Le bien être du nouveau-né et son organisation neuro-comportementale	15
2.1.4. L'adaptation métabolique.....	15
2.1.5. Un effet analgésique.....	15
2.1.6. L'établissement du lien mère enfant	16
2.1.7. Le nouveau-né valorisé par la flore bactérienne maternelle	16
2.2. Précautions lors de la pratique du peau à peau.....	17
3. L'accueil du nouveau né physiologique en salle de naissances	19
3.1. Définition du nouveau né sain.....	19
3.2. Les recommandations.....	20
3.2.1. La désobstruction des voies aériennes et l'aspiration gastrique.....	20
3.2.2. Les soins de routine.....	22
3.2.3. Le bain.....	22
4. L'IHAB : initiative hospital ami des bebes.....	24
4.1. L'historique	24
4.2. La quatrième condition de l'IHAB : « Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître que son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. »	25
4.3. Conclusion.....	26
Partie 2 : Méthode et résultats	27
5. Méthode.....	28
5.1. Objectifs de l'étude	28
5.2. Hypothèses	28
5.3. Population d'étude.....	29
5.3.1. Critères d'inclusion	30
5.4. Moyens mis en oeuvre.....	30
5.5. Critères étudiés.....	30
5.6. Les limites de l'étude	31
5.7. Traitement des données	31
6. Résultats	32
6.1. Facteurs généraux.....	32

6.2.	Le contact cutané précoce	32
6.3.	Durée du peau à peau encouragé.....	32
6.4.	Interruption du peau à peau	33
6.5.	1 ^{ère} mise au sein	34
6.6.	Les pratiques professionnelles dispensées au nouveau né.	34
6.7.	Réflexion sur les soins effectués	36
6.8.	Analyse multifactorielle	37
6.8.1.	Interruption peau à peau, soins effectués sur le nouveau-né et IHAB	37
6.8.2.	Interruption peau à peau, première mise au sein, formations.....	38
6.8.3.	1 ^{ère} mise au sein, désobstruction des voies aériennes supérieures et interruption du peau à peau	38
6.8.4.	Conclusion.....	39
Partie 3 : Discussion, réflexion		40
7.	Analyse générale.....	41
7.1.1.	Les priorités de la prise en charge du nouveau né en salle de naissances. 41	
7.2.	Impact des formations professionnelles	44
7.2.1.	Impact du niveau de la maternité	45
7.2.2.	Impact de l'évaluation des pratiques professionnelles.....	46
8.	Propositions de prise en charge du couple mère enfant	47
Conclusion.....		51
Bibliographie.....		52
ANNEXE I : Le questionnaire destiné aux sages-femmes de Salle de naissances.....		I
ANNEXE II : les 10 recommandations de l'IHAB.....		I

Introduction

A l'heure où les patients réclament une prise en charge humaine et responsable de leur santé, « l'initiative hôpital ami des bébés » (IHAB) est un moyen pour les maternités de répondre aux attentes des futures mères et de leur famille.

La politique de santé en périnatalité s'oriente également vers une prise en charge globale des patientes. Le plan de périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité », parmi ses objectifs, la volonté d'améliorer la sécurité et la qualité des soins et le désir de développer une approche plus humanisante de la naissance.

Lors de mes stages en salle de naissances dans les maternités de Lorraine de niveau 1 et 2, nous avons pu constater que le nouveau né sain bénéficiait d'une prise en charge stéréotypée, non adaptée aux processus physiologiques.

C'est pourquoi nous allons revisiter les dogmes de l'accueil du nouveau né sain en évaluant la mise en application de la quatrième condition de l'IHAB: « placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand le bébé est prêt à téter en proposant de l'aide si besoin » dans les maternités de niveau 1 et 2 en Lorraine, pour pouvoir mettre en adéquation les impératifs de la rencontre du nouveau né et de sa mère avec la nécessité des soins médicaux à apporter.

La question que nous nous posons est de savoir : Existe t-il des freins à l'application de la quatrième condition de l'IHAB dans les maternités de niveau 1 et 2 en Lorraine ?

Par conséquent, nous avons mis en place une étude des pratiques des sages femmes afin d'établir un état des lieux et de proposer une prise en charge différente respectant les rythmes biologiques du nouveau né.

La première partie de notre travail rappellera les généralités concernant la pratique du peau à peau et ses bénéfices, les compétences du nouveau né, les pratiques actuelles en salle de naissances, et la présentation de la quatrième condition de l'IHAB.

La seconde partie présentera la méthodologie de notre étude et nos résultats.

La dernière partie concernera la discussion de nos résultats, confrontés aux données de la littérature.

*Partie 1 : le nouveau-né et sa mère, une relation
privilégiée.*

1. LE NOUVEAU-NE, UN ETRE COMPETENT :

APPROCHE SENSORIELLE ET

COMPORTEMENTALE

Grâce aux progrès des méthodes de recherche ,le nouveau né est considéré comme un être compétent possédant des capacités sensorielles dès sa naissance et même in utero.

1.1. Définition

Pommerleau et Malcuit définissent la compétence de base en 1983 : « la compétence de base est étendue comme l'ensemble des comportements (actions et réactions) que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, et susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent ».

Ces 40 dernières années grâce à de nombreux travaux dans le domaine de la sensorialité fœtale et néonatale et grâce aux observations des comportements à la naissance, nous avons beaucoup appris sur les instincts, les compétences et l'adaptation du nouveau-né.

Il est important de comprendre quelles stimulations peuvent être reçues par les organes sensoriels : nous pouvons alors parler de continuité, chimio sensorielle entre vie intra et extra utérine, c'est une première étape dans la notion de compétence du bébé.

1.2. La continuité sensorielle transnatale

Les travaux réalisés par des équipes de chercheurs multidisciplinaires, souvent français, ont montré que les systèmes sensoriels sont fonctionnels bien avant la naissance et qu'ils permettent d'enregistrer des informations, de mémoriser, préparant ainsi les interactions post-natales. Ceci est particulièrement bien démontré grâce aux recherches réalisées dans les domaines de l'audition et de l'olfaction. Du point de vue sensoriel, la naissance « n'est rien ». Il existe une continuité sensorielle transnatale qui facilite la transition de la vie intra et extra-utérine.

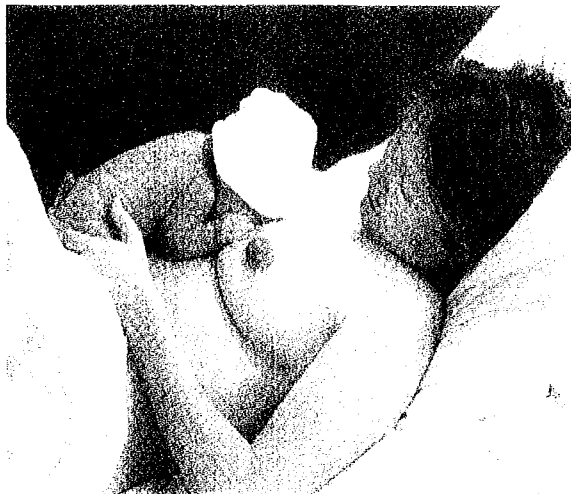
La sécurité affective et émotionnelle du nouveau-né s'enracine dans les repères sensoriels auxquels il a été exposé in utero et qu'il peut reconnaître après la naissance :

voix de sa mère, goût et odeur de son lait. Ce fil de continuité est au mieux préservé grâce au contact peau à peau institué dès les premières minutes de vie et grâce à l'allaitement maternel ; ces situations permettent en effet de configurer un ensemble de références sensorielles pour lesquelles le nouveau-né montre des préférences et même des attentes.

1.3. Le comportement inné du nouveau-né

Les observations et les travaux réalisés notamment en Suède (6-12) ont montré qu'immédiatement après une naissance normale le taux de catécholamines dans le sang du nouveau-né est vingt fois plus élevé que celui d'un adulte au repos (18). Cette décharge a une fonction d'adaptation physiologique (déclenchement de la respiration normale, protection du cœur et du cerveau, mobilisation des réserves énergétiques) mais aussi comportementale. Si la mère n'a pas été trop sédatée, le nouveau-né est dans un état de vigilance exceptionnelle où il est particulièrement attentif et apte à communiquer. Il a les pupilles dilatées (si la lumière n'est pas trop vive) ce qui donne une intensité particulière à son regard. Il est en éveil calme et très alerte, son activité motrice est bien organisée, son énergie est contenue pour écouter, regarder et sentir. Si on lui en laisse la possibilité, le nouveau-né de quelques minutes seulement, peut après avoir été placé sur le ventre de sa mère, ramper jusqu'au sein et commencer à téter de sa propre initiative.

L'ensemble du processus se déroule de façon assez stéréotypée (6-12).Après une période de repos, le nouveau-né commence à regarder avec une grande concentration en s'intéressant surtout au visage ; notamment les yeux et au sein de sa mère. Le nouveau-né a une attirance particulière pour les formes rondes et les contrastes, ce qui peut expliquer son intérêt pour le cercle sombre de l'aréole, mais c'est l'odeur du mamelon qui va le guider vers le sein : si le sein droit est lavé, il choisira plus souvent le sein gauche.

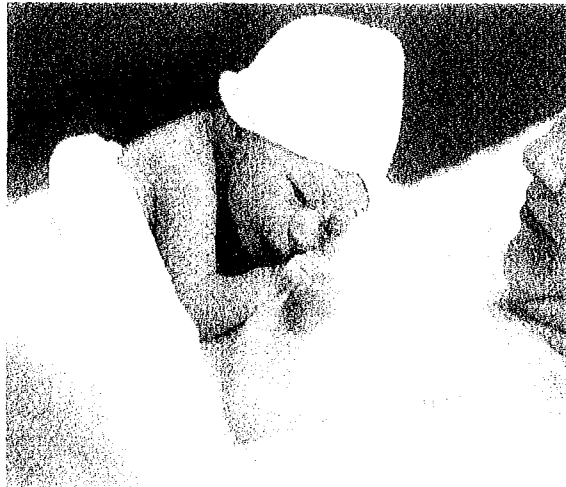


« le repos »



« La mère et l'enfant se regardent »

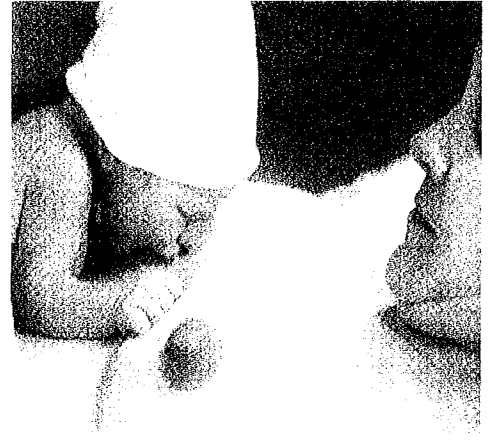
« petites poussées vers le sein gauche »



Le nouveau-né commence aussi à faire des grimaces avec sa bouche, à bouger ses lèvres et sa langue et il commence à ramper en utilisant sa force musculaire et son réflexe de marche pour se propulser par petites poussées, entrecoupées de périodes de repos. Il porte souvent ses doigts et ses poings à sa bouche, et utilise le goût et l'odeur du liquide amniotique présent sur ses mains (il vaut donc mieux ne pas le laver avant) et l'associe à ceux du colostrum, similaires du point de vue chimiosensoriel et motivationnel (5). Puis le nouveau-né devient de plus en plus actif dans sa recherche du sein. Il bouge la tête de droite à gauche.



« Il porte ses doigts et son poing à sa bouche »



« De plus en plus actif,
il bouge sa tête de droite à gauche »

« Commence à toucher le mamelon avec ses lèvres »



Il va se mettre en place sur l'aréole en ouvrant grand la bouche, la langue en bonne position, vers le bas (c'est le réflexe de fouissement). Il peut ainsi prendre une large portion de sein sans blesser le mamelon et téter de façon efficace.



« il se met en place sur l'aréole et ouvre grand la bouche »

« il prend une large portion de sein »



Le moment de la première tétée est très variable. En effet, l'ensemble du processus peut prendre quelques minutes à une heure au plus, mais pendant ce temps la mère et le nouveau-né pourraient rester ensemble en étant le moins dérangé possible, car ses réflexes sont fragiles et facilement perturbés par des interférences comme l'aspiration gastrique (6), les soins de routine (3,14), la lumière vive ou le bruit (5). Beaucoup de bébés sont capables de se débrouiller seuls, c'est à dire prendre le sein au moment où ils sont prêts à le faire, après un cheminement qu'ils effectuent seuls.

Il décident eux-mêmes du moment où ils vont téter, il ne faut donc pas « les mettre au sein », forcer le nouveau-né à téter avant qu'il ne montre qu'il est prêt, inhibe le

réflexe de fouissement et perturbe le bon positionnement de la langue, ce qui risque de contrarier son comportement à l'égard de l'allaitement (3,14).

Pendant que ce scénario se déroule, la mère a elle un comportement caractéristique (10). Elle touche d'abord les bras et les jambes de son bébé du bout des doigts, puis elle va commencer à le toucher, le caresser, le masser, elle va mettre son visage en position de face à face pour qu'elle et son bébé se regardent dans les yeux et elle va lui parler d'une voix haut placée, « la voix de mère », particulièrement attirante pour le bébé qui aime les voix situées dans les hautes fréquences.

Le nouveau né est un être compétent. Le sens du toucher est le premier à se développer au cours de la vie intra utérine. Les récepteurs cutanés sont présents dès la 7ème semaine autour de la bouche ; à 11 semaines sur l'ensemble du visage ; la maturation se termine à la 25ème semaine. Ainsi le contact corporel associé aux autres sens, est un des vecteurs principaux, qui permettent d'entrer en interaction directe, et de créer des liens dès sa naissance avec sa mère.

2. L'INTERACTION PRECOCE ET L'ATTACHEMENT

Le contact en peau à peau, précoce et prolongé, donne l'occasion au nouveau-né de faire sa première tétée à un moment où il est particulièrement prêt à le faire et qui a de nombreux autres avantages.

2.1. Les bénéfices du peau à peau

2.1.1. La mise en place et la durée de l'allaitement maternel

Les nouveau-nés qui peuvent bénéficier d'un contact précoce et prolongé et qui ont ainsi l'opportunité de « s'auto attacher », ont moins de risque d'avoir des difficultés à prendre le sein de façon efficace.

Richard et Alade (8) ont comparé deux groupes de nouveau-nés : un groupe « contact » de 38 nouveau-nés mis en place peau à peau immédiatement après la naissance et pour une durée minimale d'une heure, et un groupe « séparation » de 34 nouveau-nés qui, après un contact immédiat d'environ vingt minutes, étaient séparés de leur mère pour subir des soins de routine et ne la retrouver que vingt minutes plus tard. 24 des 38 nouveau-nés du groupe « contact » étaient correctement bout de 49 minutes en moyenne, 7 seulement sur 34 du groupe « séparation » étaient efficacement. La technique correcte de succion était acquise plus fréquemment chez les nouveau-nés pour lesquels il n'y avait pas eu d'interruption du contact ; celui-ci devant idéalement pouvoir se poursuivre jusqu'à ce qu'ils aient tété (16,17).

La méta-analyse d'Anderson (1) sur le rôle du peau à peau appliqué précocement, retrouve un effet positif et statistiquement significatif sur les taux d'allaitement de 1 à 3 mois (les nouveaux-nés ayant bénéficié d'un contact en peau à peau ont deux fois plus de chance d'être allaités) ainsi que sur la durée de l'allaitement (42 jours de plus en moyenne par rapport au groupe contrôle).

Le suivi projectif d'une cohorte de 1250 enfants polonais de la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans (18), montre également que la mise en place du peau à peau augmente la durée moyenne d'allaitement exclusif de 11,7 jours et d'allaitement total de 42,9 jours. Les

nouveau-nés ayant été en peau à peau pendant plus de 20 minutes sont allaités exclusivement 40,5 jours plus longtemps et sevrés 63 jours plus tard.

Mizumo et Call (19) ont montré que les nouveau-nés placés en peau à peau dès la naissance pendant plus de 50 minutes, comparativement à un groupe contrôle, ont une reconnaissance facilitée de l'odeur du lait maternel à J1 et J4 et une durée d'allaitement augmentée d'en moyenne 41,7 jours.

Le contact peau à peau est également une intervention potentiellement utile dans les jours qui suivent la naissance pour aider les nouveau-nés qui n'ont pas encore réussi à téter, à prendre le sein correctement.

2.1.2. L'adaptation thermique

Plusieurs études randomisées (21-24) ont montré que les nouveau-nés placés en contact peau à peau ont une température axillaire et cutanée significativement plus élevée que ceux laissés en berceau.

Bytrosa et Call (24) ont comparés l'impact de différentes pratiques de soins à la naissance (enfant en peau à peau ou placé dans les bras de la mère, soit habillé, soit emmaillotté ou mis en berceau dans une pouponnière, soit habillé, soit emmaillotté) sur la température de 176 nouveau-nés : la température des enfants en peau à peau est plus élevée que celle des enfants qui ont été habillés et placés dans les bras de leur mère. Ces deux groupes d'enfants ont également plus chaud que ceux qui sont en pouponnière habillés ou emmaillottés. Les différences de température les plus remarquables concernent la température la plus distale enregistrée au niveau d'un pied : élévation rapide dans le groupe peau à peau, plus lente chez les bébés habillés placés dans les bras, baisse de la température dans le groupe d'enfants en berceau surtout s'ils sont emmaillottés.

Ces différences sont secondaires aux modifications du système nerveux autonome qui se produisent à la naissance. L'intense décharge catecholaminergique nécessaire à l'adaptation cardiorespiratoire et métabolique entraîne une vasoconstriction qui persiste plus longtemps chez les enfants en berceau. Sa disparition rapide chez les nouveau-nés ayant bénéficié d'un contact prolongé en peau à peau est à mettre sur le compte d'une action sympatholytique qui permet de réduire rapidement les effets négatifs du « stress » induit par la naissance.

Une autre étude randomisée de Christensson (25) met en évidence que le peau à peau permet de réchauffer des nouveau-nés à bas risque en hypothermie (moyenne 34°) plus efficacement qu'un incubateur : à quatre heures de vie, 90% des nouveau-nés du groupe peau à peau ont normalisé leur température contre 60% de ceux placés en incubateur.

2.1.3. Le bien être du nouveau-né et son organisation neuro-comportementale

Les études randomisées de Christensson (21,22) et de Michelsson montrent que les nouveau nés en peau à peau ont significativement beaucoup moins d'épisodes de pleurs que ceux placés en berceau à coté de leur mère et que la durée de ces épisodes de pleurs est bien moindre. D'après les chercheurs, ces pleurs, de courts sanglots, s'apparentent « au cri de détresse » observé chez d'autres mammifères en cas de séparation avec la mère (22).

Les observations de Ferber (28) montrent que les nouveau-nés ayant bénéficié d'une heure de contact peau à peau ont comparativement, à un groupe contrôle, une meilleure organisation neuro-comportementale : plus de sommeil lent et profond, plus de mouvements et postures en flexion et moins de mouvements d'extension.

2.1.4. L'adaptation métabolique

L'étude randomisée de Christensson (21) retrouve une glycémie plus élevée et une correction plus rapide du base-excess négatif chez les nouveau-nés placés en peau à peau par rapport à ceux placés en berceau. Le peau à peau permet, en effet, de maintenir les nouveau-nés dans la zone de neutralité thermique et diminue les pleurs, ce qui permet de limiter les dépenses énergétiques inutiles.

2.1.5. Un effet analgésique

L'étude de Gray (29) a comparé la réactivité à la douleur de nouveau-nés à terme placés ou non en peau à peau lors d'un prélèvement par micro méthode.

Les pleurs et grimaces sont diminués respectivement de 82 et 65% chez les enfants du groupe peau à peau. A un moment où le nouveau-né peut présenter diverses lésions d'origine traumatique, l'effet analgésique documenté du peau à peau mérite d'être pris en considération.

2.1.6. L'établissement du lien mère enfant

Une étude suédoise (7) a montré que si le bébé touche le mamelon dans la demi-heure qui suit la naissance, la mère laisse son bébé à la pouponnière beaucoup moins longtemps et elle passe beaucoup plus de temps à lui parler.

A la naissance la mère se trouve dans un état de « préoccupation maternelle primaire », état d'hypersensibilité fait d'une vigilance émotionnelle et d'une disponibilité particulière à la mère pour répondre à son bébé, comme si elle se sentait à sa place. Le peau à peau favorise la libération d'ocytocine dans le sang mais également en intracérébral où elle agit comme neurotransmetteur impliqué dans de nombreux mécanismes comportementaux (12 30 31 32) et notamment dans le processus de l'attachement. La reconnaissance par les parents des compétences de leur bébé, engendre généralement des réactions favorables au lien mère-enfant. Le temps passé ensemble durant les premiers jours a des conséquences très positives sur la qualité des soins donnés à l'enfant par la mère et aussi sur les risques de maltraitance et d'abandon, notamment chez les mères de milieu socio économique défavorisé (6, 33, 34).

2.1.7. Le nouveau-né valorisé par la flore bactérienne maternelle

Celle-ci est généralement moins virulente que la flore bactérienne hospitalisée et le lait maternel contient des anticorps adaptés pour lutter contre.

L'établissement de la flore du tube digestif chez le nouveau-né humain est dépendant du mode de naissance et de l'environnement (35). La flore intestinale des enfants nés à domicile est différente de celle des enfants nés en maternité, comme l'est la colonisation initiale en cas de césarienne (35). Même si l'impact réel sur la morbidité n'est pas clairement établi, un contact prolongé entre le nouveau-né et sa mère semble plus à même de favoriser une colonisation digestive optimale du nouveau-né.

Il est clairement démontré qu'actuellement la technique du peau à peau présente des bénéfices tant pour la mise en place du lien mère enfant, de l'allaitement maternel qu'à l'adaptation du nouveau né à la vie extra utérine mais celle ci devrait être pratiquée dans des conditions de sécurité optimales.

2.2. Précautions lors de la pratique du peau à peau

Des accidents de type arrêt cardio-respiratoire ont été décrits dans les deux heures qui suivent la naissance, chez des nouveau-nés à terme, présumés sains. Ils avaient tous été mis en peau à peau précoce (2, 3,4 ,7 ,12 ,13). Ce sont des accidents rares, mais dont la gravité oblige à un questionnement sur la méthode employée, les facteurs de risques et la surveillance adéquate. Statistiquement, les enfants de femmes primipares sont les plus souvent touchés (4,7). En salle de naissance, laisser une mère et son bébé en peau à peau, tous seuls, pourrait être considéré comme la principale des situations à risque (2).

Notamment l'étude d'Espagne et al, GATTI et al, TOKER-MAIMON et al ont rapporté dans de récents articles, des malaises anoxiques graves en salle d'accouchement, chez des nouveau-nés en peau à peau sans facteur de risque (accouchement eutocique en présentation céphalique sans instrumentation, nouveau né eutrophique, à terme) et ayant présentés une adaptation à la vie extra utérine parfaite (score d'Apgar égal à 10 à 5 et à 10 minutes de vie, examen clinique initial normal).

Les auteurs rapportent six observations de malaises constatés chez des patients entre 20 et 120 minutes après la naissance. Ces enfants avaient un âge gestationnel d'au moins 36 SA. Ils étaient nés par voie basse après une grossesse normale et un accouchement eutocique. Le score d'Apgar était de dix à cinq et à dix minutes et l'examen initial était normal dans tous les cas. Ils ont été découverts en arrêt cardiorespiratoire, la face enfouie sur le ventre, le sein ou dans leur cou de leur mère. Toutes les mères étaient primipares. Cinq enfants sur six sont décédés. Les examens complémentaires étaient normaux.

La cause la plus probable de ces malaises est l'asphyxie par l'obstruction des voies aériennes supérieures du nouveau né placé contre sa mère. La gravité de ces observations suggère de toujours veiller au dégagement de la face du nouveau né lorsqu'il est placé après la naissance contre sa mère et d'être particulièrement vigilant chez les mères primipares.

Ainsi, lors de la technique peau à peau, le nouveau né doit être surveillé de façon plus étroite car il y a un risque de malaise anoxique du à sa face enfouie sur le ventre, sur le sein ou dans le cou de sa mère.

Cette réflexion doit mener à établir un protocole de service adapté. Selon Hayes : « Il s'agit d'une mortalité évitable survenant dans des centres de tout niveau (...) il faut rappeler l'absolue nécessité d'une évaluation initiale rigoureuse des nouveau-nés et de leur surveillance pendant les premières heures de vie, ce qui n'est pas en contradiction avec les mesures favorisant le lien mère-enfant (7) »

En conclusion, le contact peau à peau précoce et prolongé est donc « adaptatif », il facilite la transition entre la vie intra et extra-utérine.

La méta-analyse Cochrane publiée en 2003 (1) qui incluait 17 études et 806 participants confirme la validité de ces données. Le peau à peau a un impact statistiquement significatif et positif sur la prévalence et la durée de l'allaitement maternel, sur le maintien de la température du nouveau-né dans la zone de neutralité thermique, sur sa glycémie, son bien être et sur le comportement maternel. L'analyse des publications scientifiques plaide pour un interventionnisme minimal et signale l'impact néfaste de certaines pratiques.

3. L'ACCUEIL DU NOUVEAU NE PHYSIOLOGIQUE EN SALLE DE NAISSANCES

3.1. Définition du nouveau né sain

International Liaison Committee on Resuscitation 2005 (ILCOR) définit le nouveau né sain lorsque la réponse est « oui » aux 4 questions suivantes :

- « Est-ce que le nouveau né est à terme ?
- Est-ce que le liquide amniotique est clair et sans infection potentielle ?
- Est-ce que le nouveau né respire ou crie ?
- Est-ce que le nouveau né a un bon tonus ? »

Pour European Resuscitation Council 2005 (ERC), la mesure de la fréquence cardiaque est une nécessité. Le nouveau -né a une respiration vigoureuse ou cri, un bon tonus, une couleur devenant rapidement rose et une fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute.

Le score d'APGAR à 1 minute de vie est égal à 10 (coloration totalement rose, fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute, cri vigoureux, tonus normal, mouvements actifs).

A partir de ces trois définitions complémentaires, si le nouveau-né répond à tous ces critères, il est considéré comme sain et il peut donc, être placé en peau à peau.

Actuellement en France, le bébé humain, considéré comme sain, est rapidement séparé de sa mère pour être surveillé, ou pour subir des soins de routine en vigueur dans les maternités : désobstruction des voies aériennes supérieures, vérification de la perméabilité des choanes, examen neuro-morphologique, soins du cordon, administration de vitamine k et de collyre, mensurations, habillage.

3.2. Les recommandations

3.2.1. La désobstruction des voies aériennes et l'aspiration gastrique

Ces interventions sont souvent considérées comme indispensables à la sécurité du nouveau-né et sont recommandées dans de nombreux manuels.

Estol et Call (36) dans une étude randomisée, ont étudié les effets de l'aspiration oro-naso-pharyngée sur l'adaptation de 40 nouveau-nés normaux à terme, nés par voie basse et ne présentant pas de difficulté d'adaptation cardio respiratoire. Ils ont mesuré le volume courant, la fréquence respiratoire, la ventilation minute, la compliance dynamique et les résistances pulmonaires totales lors de l'inspiration et de l'expiration à 10, 30, 120 minutes après la naissance. Dans les deux groupes, la compliance dynamique augmente pendant la période étudiée, alors que les résistances diminuent, surtout au cours des 30 premières minutes mais il n'y a pas de différence significative dans les paramètres de mécanique respiratoire entre le groupe de nouveau-nés aspirés et le groupe de nouveau-nés non aspirés. Dans la mesure où l'aspiration naso-oro-pharyngée n'apporte pas de bénéfice démontré en terme de mécanique respiratoire, les auteurs concluent qu'il n'y a pas de base physiologique pour recommander la pratique systématique d'une désobstruction des voies aériennes.

Carrasco (37) dans une étude similaire de 30 nouveau-nés normaux, à terme et ne présentant pas de difficulté d'adaptation cardio-respiratoire, a montré que comparativement au groupe de nouveau-nés nés non aspirés, la saturation en O₂ est significativement plus basse dans le groupe soumis à une aspiration naso-oro-pharyngée : ils ont des valeurs de SaO₂ plus basses et ils mettent plus de temps à atteindre des valeurs de SaO₂ de 86% et 92%. Les auteurs recommandent que cette procédure ne soit pas pratiquée de façon systématique pour les nouveau-nés normaux, à terme et nés par voie basse.

Des résultats semblables sont retrouvés par GUNKOR (38) qui a comparé 2 groupes de 70 nouveau-nés à terme bien portants soumis ou non à une désobstruction naso-oro-pharyngée. Les recommandations de l'ILCOR International Liaison Committee On Resuscitation) sont que « les nouveau-nés bien portants et vigoureux n'ont généralement pas besoin d'être aspirés après l'accouchement »

WIDSTROM (6) a évalué les effets de l'aspiration gastrique réalisée 5 minutes après la naissance chez onze nouveau-nés à terme, bien portants, placés immédiatement en peau à peau sur le ventre de leur mère et comparés à dix nouveau-nés contrôlés placés dans les mêmes conditions mais non aspirés : l'observation une minute avant, au cours de l'aspiration gastrique et de deux minutes après, montre qu'il s'agit d'une procédure très désagréable pour les nouveau-nés qui présentent différentes sortes de mouvements défensifs (9 sur 11) : mouvements des mains ou des bras pour essayer de se débarrasser de la sonde d'aspiration, hauts le cœur. L'observation de la séquence comportementale amenant le nouveau-né à prendre le sein spontanément, par un témoin ne sachant pas à quel groupe l'enfant appartient, débute 15 minutes après la naissance et évalue le stade d'éveil et la présence, le moment de survenue et l'intensité des réflexes nutritionnels. Dans le groupe des nouveau-nés ayant subi une aspiration gastrique, le pic des mouvements de succion, le moment de l'apparition des premiers mouvements mains bouche, et le moment où le bébé prend le sein sont retardés. Il est également noté dans ce groupe que la séquence ne se déroule pas toujours dans l'ordre caractéristique où elle est observée dans le groupe contrôle, les mouvements de succion précédant parfois les mouvements mains/bouche.

Les auteurs en ont conclu que l'aspiration gastrique est, non seulement désagréable, mais aussi perturbante pour la séquence comportementale amenant le nouveau né en post-partum immédiat à prendre le sein seul et de sa propre initiative.

L'aspiration gastrique peut également entraîner des lésions muqueuses (39) et causer accidentellement bradycardies et apnées réflexes. Une vaste enquête épidémiologique d'Anand (41) suggère que l'aspiration gastrique à la naissance pourrait être associée à une fréquence plus élevée de pathologie gastro intestinale fonctionnelle dans l'enfance. Tout ceci indique que la pratique systématique de l'aspiration gastrique doit être reconsidérée.

Réorganiser les soins en salle de naissances pour favoriser le contact précoce entre la mère et le nouveau né ne veut pas dire qu'il ne faut plus faire ni désobstruction des voies aériennes , ni aspiration gastrique, mais implique d'aspirer uniquement les nouveau-nés qui présentent des difficultés d'adaptation cardio- respiratoire ou des signes évocateurs d'atrésie de l'œsophage ou des choanes .Il s'agit d'interventions qui doivent être pratiquées sur des critères individuels mais pas de façon systématique.

3.2.2. Les soins de routine

Righard et Alade (1990) ont étudié 38 nouveau-nés « contact », ayant bénéficié d'un contact peau à peau pendant au minimum une heure et les ont comparé à 34 nouveau-nés « séparation », qui ont bénéficié de 20 minutes de contact, ont ensuite été éloignés de la mère pour les soins de routine (dont une aspiration), avant de leur être rendus. 34 des 38 nouveau-nés du groupe « contact » étaient correctement 49 minutes après la naissance, contre 7 des 34 nouveau-nés du groupe « séparation ». Dans cette étude, il est difficile de savoir si c'est l'aspiration ou l'interruption du contact qui entraînait des troubles de la succion.

Les mensurations, l'instillation de collyre (qui peut perturber le contact visuel mère – enfant et dont l'utilité est controversé (4,21)), l'administration de vitamine k , les soins de cordon , la prise de température et l'habillage ne sont pas urgents et peuvent facilement être différés (3,14).

3.2.3. Le bain

Une étude publiée en 1995 analysait les conséquences des soins de routine sur la température .41 nouveau-nés sur 48 étaient en hypothermie, leur température était inférieure à 36 degrés après le bain, effectué à 15 minutes de vie. Le bain serait responsable de la diminution de la température.

Donc, immédiatement après la naissance, le bain risque de provoquer une chute de température corporelle (43) et prive le nouveau né d'un repère olfactif important et apaisant (44). Le bain en salle de naissance n'est pas nécessaire.

L'OMS (43) recommande de le pratiquer de préférence au deuxième ou troisième jour de vie et au moins six heures après la naissance si les traditions culturelles l'imposent.

Toutes ces procédures sont encore souvent appréciées de façon systématique et stéréotypée. Les soins réalisés auprès des nouveau-nés au cours de la première heure de vie sont effectués de manière à répondre à une organisation de travail. La prise en charge des nouveau-nés à la naissance ne répond donc pas forcément à leurs besoins physiologiques et à leur adaptation à la vie extra utérine.

4. L'IHAB : INITIATIVE HOPITAL AMI DES BEBES

L'IHAB repose sur un argumentaire scientifique publié par l'OMS. C'est un programme centré sur les besoins de tous les nouveau-nés pour répondre en toute sécurité aux besoins physiques, physiologiques et culturels de l'enfant et de sa famille. Il s'agit de comprendre et respecter ces besoins et d'organiser tous les soins en fonction des rythmes biologiques de l'enfant et de sa mère. Plusieurs des dix conditions, en particulier la quatrième condition, encouragent le contact permanent du bébé avec sa mère dès la naissance, ce qui favorise le lien mère enfant.

4.1. L'historique

En 1991, lors d'une réunion de l'association internationale de pédiatrie d'Ankara, l'UNICEF et l'OMS lancèrent l'IHAB. Des règles de conduite pour le personnel hospitalier ont été établies afin d'assurer un environnement favorable aux mères allaitant leur bébé. Elles sont résumées par dix recommandations.

L'objectif de cette initiative est de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau né afin d'améliorer l'accueil de celui-ci. L'équipe d'un service « Ami des bébés » favorise la proximité mère – enfant d'une part, et encourage, accompagne et protège l'allaitement maternel d'autre part. Elle assure à chaque enfant et sa mère, le meilleur capital santé et le meilleur attachement possible.

En 2007, on compte près de 20000 hôpitaux « Ami des bébés » dans le monde, environ 650 en Europe dont plusieurs CHU. En France nous avons à ce jour cinq maternités « Amies des bébés »

- Maternité du CH Lons le Saunier, label en 2000, revalidé en 2004.
- Le CH de Cognac, label en 2003, revalidé en 2007.
- La maternité du CH de Mont-de-Marsan, label en 2006.
- L'hôpital de St Afrique, label en 2006.
- Le CH d'Arcachon, label en 2007.

4.2. La quatrième condition de l'IHAB : « Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître que son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. »

Parmi les dix conditions, celle qu'on a retenue, c'est la quatrième condition qui envisage une prise en charge différente du nouveau né physiologique en salle de naissances.

Nouvelle formulation de cette condition qui était souvent mal interprétée dans son énoncé antérieure (aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance).

L'esprit est de maintenir un contact le plus proche possible entre le bébé et sa mère, dans un environnement paisible tout en assurant de bonnes conditions de sécurité. Ce contact permettra au mieux l'attachement physique, l'expression des réflexes nutritionnels du bébé et la première tétée (si la mère le souhaite). Il ne s'agit pas de forcer le bébé dans un certain délai, mais d'offrir des conditions favorables. Il semble important de maintenir ce contact aussi longtemps que la mère le désire.

Ces pratiques concernent les accouchements par voie vaginale ou par césarienne sous péridurale. Si la mère refuse ce contact peau à peau immédiat après la naissance, il peut lui être proposé un peu plus tard. En particulier dans les cas de césarienne, le peau à peau peut être proposé au papa.

4.3. Conclusion

L'IHAB est une démarche volontaire qui peut s'intégrer dans un programme d'amélioration continu de la qualité lors de la préparation à la certification (Amélioration de la prise en charge du patient. Dans, ce concept la qualité est définie comme « l'ensemble des caractéristiques intrinsèques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites de manière durable. La démarche qualité donne un sens à l'intérieure d'un cadre, en intégrant les forces, les résistances, les atouts et les contraintes. Elle valorise les acteurs dans leur rôle et renforce leur motivation. L'argumentaire repose sur des évidences cliniques et sur l'intérêt économique.

Partie 2 : Méthode et résultats

5. METHODE

5.1. Objectifs de l'étude

L'objectif de l'enquête est de réaliser un état des lieux des pratiques des sages femmes en salle de naissances concernant l'accueil du nouveau né sain dans les maternités de niveau 1 et 2 en Lorraine en 2008.

La question que nous nous posons est de savoir : Existe t-il des freins à l'application de la quatrième condition de l'IHAB dans les maternités de niveau 1 et 2 en Lorraine ?

Dans un premier temps, il s'agit d'observer les écarts constatés entre ce qui est fait pour l'accueil du nouveau né sain en salle de naissances et la pratique souhaitée c'est-à-dire évaluer la mise en application de la quatrième condition de l'IHAB : « placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand le bébé est prêt à téter en proposant de l'aide si besoin ».

Dans un deuxième temps, il s'agit de mettre en évidence que l'organisation des soins semble pouvoir influencer sur la mise en application de la quatrième condition de l'IHAB.

Dans un troisième temps, il s'agit de proposer des actions d'amélioration pour pouvoir mettre en adéquation les impératifs de la rencontre du nouveau né et de sa mère en vue d'une meilleure pratique professionnelle en référence aux connaissances scientifiques.

5.2. Hypothèses

La quatrième condition de l'IHAB recommande notamment la pratique du peau à peau immédiatement pendant au moins une heure. Le label IHAB s'appuie sur le fait que la pratique du peau à peau ait démontré avoir des bénéfices réels sur l'état général du nouveau né ; laisse supposer quelle devrait être réalisée en salle de naissances, selon certaines recommandations, quelque soit le niveau de la maternité.

Nous avons émis comme hypothèse que l'organisation des soins durant les deux heures en salle de naissances influe sur la pratique du peau à peau et la première mise au sein.

Les sages femmes semblent systématiser des gestes médicaux chez tous les nouveaux nés. Le peau à peau et la première mise au sein pourraient être secondaires dans la prise en charge du nouveau né physiologique.

La pratique du peau à peau et de la première mise au sein précoces sont-elles plus compatibles avec les maternités de niveau 1 que de niveau 2 ?

Ainsi le niveau de la maternité ne joue t-il pas un rôle ?

Aussi dans des conditions garantissant la sécurité du nouveau né physiologique et en organisant tous les soins en fonction des rythmes biologiques du nouveau né et de sa mère ; la quatrième condition de l'IHAB pourrait être appliquée en salle de naissances.

Cela suppose une évaluation des pratiques qui pourrait être une source de questionnement pour l'équipe médicale.

5.3. Population d'étude

Cette étude descriptive a été réalisée dans les maternités de niveau 1 et 2 en Lorraine. Les sages femmes ont été interrogées sur leurs pratiques en salle de naissances.



5.3.1. Critères d'inclusion

Cette étude concernait les nouveaux nés remplissant les critères suivants :

- Naissance par voie basse, entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée, dans un liquide amniotique clair ;
- Le score d'Apgar était supérieur ou égal à 8 à 5 minutes de vie ;
- Les nouveaux-nés ne présentaient aucune pathologie apparente ;
- L'accouchement et la délivrance étaient eutociques.

5.4. Moyens mis en oeuvre

L'étude a eu lieu dans les maternités de Lorraine de niveau 1 et 2, après autorisation des cadres supérieures et des cadres de salle de naissances de chaque maternité. L'enquête descriptive et transversale comportait un questionnaire anonyme adressé aux sages femmes de salle de naissances. Dix questionnaires ont été distribués dans chaque maternité de Lorraine de niveau 1 et 2. Le but de cette enquête était de réaliser une cartographie des pratiques des sages femmes en salle de naissances ; il n'était donc pas nécessaire de distribuer plus de questionnaires par maternité. Il portait sur ce que pensent faire les sages femmes au sujet de l'accueil du nouveau né physiologique.

Nous avons distribué personnellement les questionnaires pendant la durée de l'étude : du 1^{er} novembre au 1^{er} décembre 2008, puis nous les avons récupéré personnellement du 1^{er} décembre au 1^{er} janvier 2009.

5.5. Critères étudiés

Nous avons analysé les pratiques des sages femmes dans la prise en charge du nouveau né physiologique au cours des deux heures de surveillance obligatoire: désobstruction des voies aériennes, vérification de la perméabilité des choanes, aspiration gastrique, administration du collyre ophtalmique et de la vitamine k, mesure des paramètres, pratique du peau à peau, première mise au sein.

5.6. Les limites de l'étude

Le recueil des données représentait à notre sens le plus gros biais de l'étude :

La subjectivité des professionnels entrain en compte notamment sur la durée du peau à peau. Les pratiques analysées ont été certainement plus favorables aux nouveau-nés que les pratiques réelles. En effet, les professionnels pouvaient être tenté d'optimiser certains critères tel que la durée du peau à peau.

5.7. Traitement des données

Nous avons utilisé le logiciel MICROSOFT WORD 2000 pour le traitement de texte, le logiciel MICROSOFT EXEL 2000 pour le traitement des données et pour la réalisation des graphiques.

Lorsque des séries ont été comparées, nous avons étudiés la valeur statistique de leurs différences grâce au test de Khi 2.

6. RESULTATS

Nous avons obtenu un taux de réponses de 54% en niveau 1 et de 75% en niveau 2.

6.1. Facteurs généraux

L'analyse du lieu d'examen du nouveau né dans les deux niveaux de maternité est résumée dans le tableau suivant :

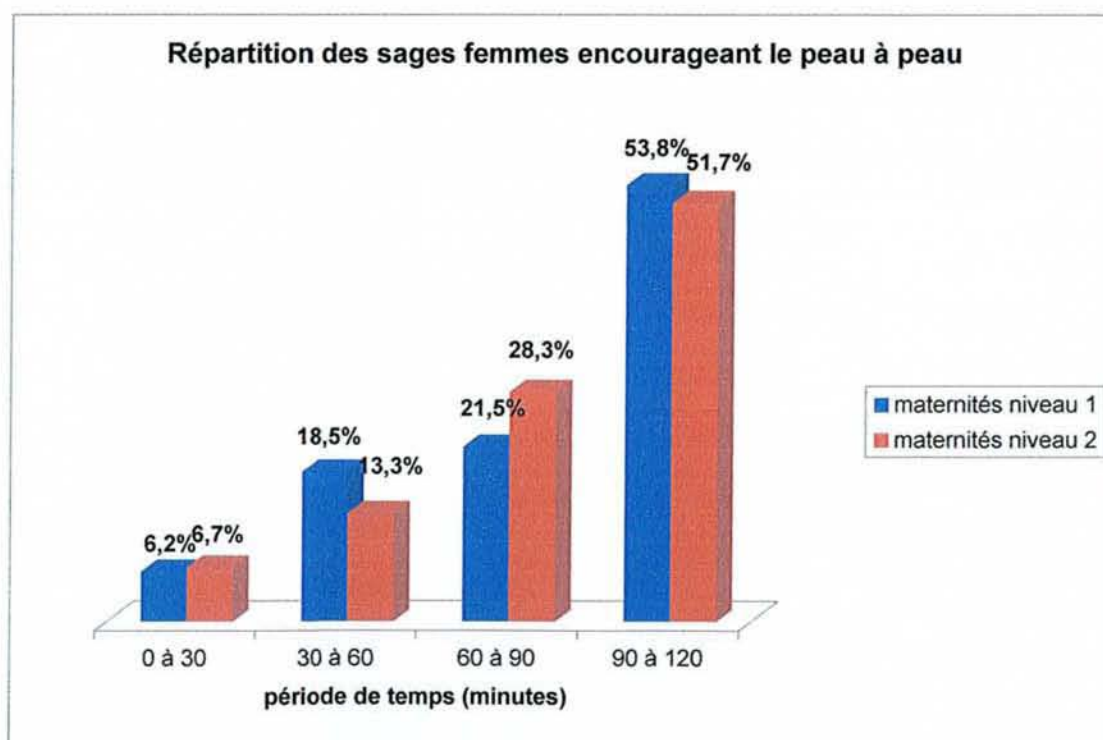
	salle de naissances	salle de réanimation néonatale
niveau 1	33,3%	66,6%
niveau 2	25%	75%

6.2. Le contact cutané précoce

Analyse globale :

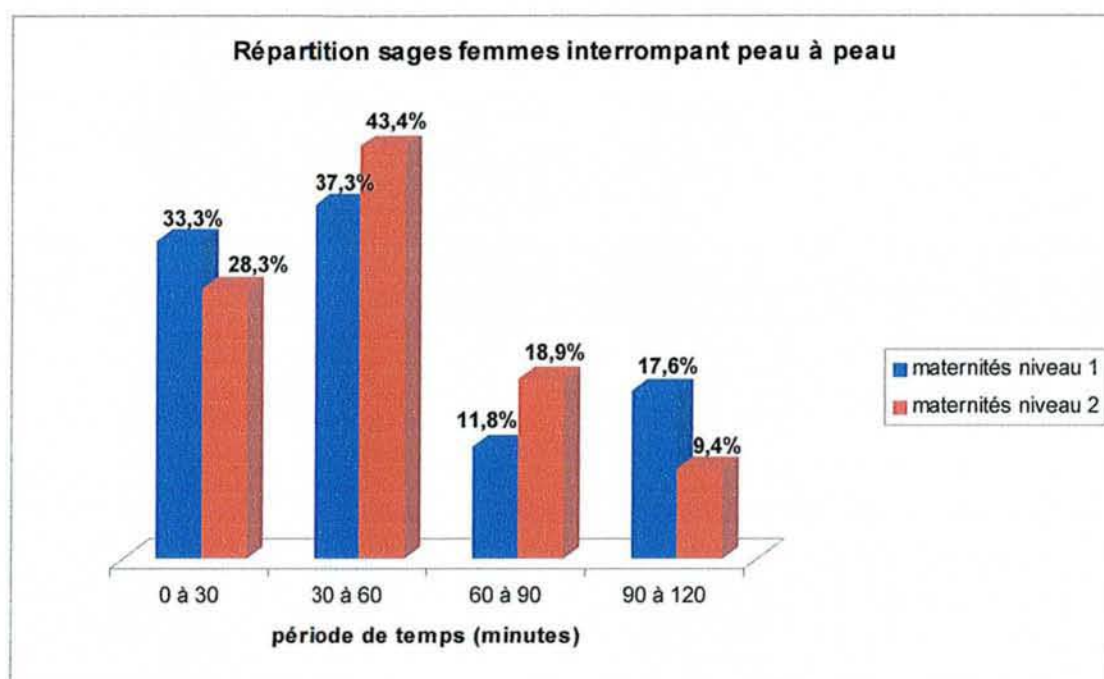
- 100% des nouveau-nés étaient en peau à peau immédiatement après la naissance.

6.3. Durée du peau à peau encouragé



Lors de cette étude, 75,3 % des sages femmes en niveau 1 encourageaient les mamans à garder leur nouveau né au moins une heure en peau à peau et 75% en niveau 2.

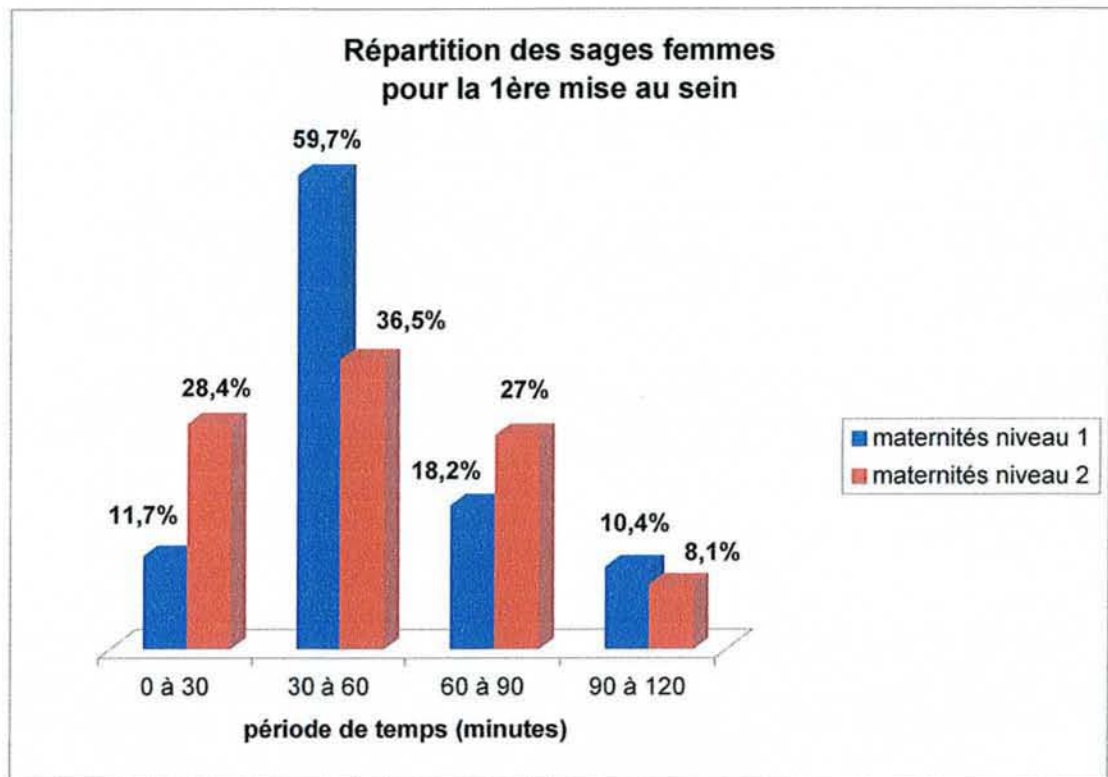
6.4. Interruption du peau à peau



17,6% des sages femmes en niveau 1 proposaient le nouveau né en peau à peau continuellement avec sa mère et 9,4% en niveau 2. Elles interrompaient le peau à peau entre 90 et 120 minutes.

70,6% des sages femmes en niveau 1 interrompaient la peau à peau au cours de la première heure et 71,7% en niveau 2.

6.5. 1^{ère} mise au sein



71,4% des sages femmes, en niveau 1, proposaient une aide à la mise au sein au cours de la première heure et 64,9% en niveau 2.

Les mises au sein proposées par les sages femmes diminuaient rapidement pour ne représenter qu'un pourcentage minimal moins de 10 % à partir de 90 minutes de surveillance.

Concernant les sages femmes :

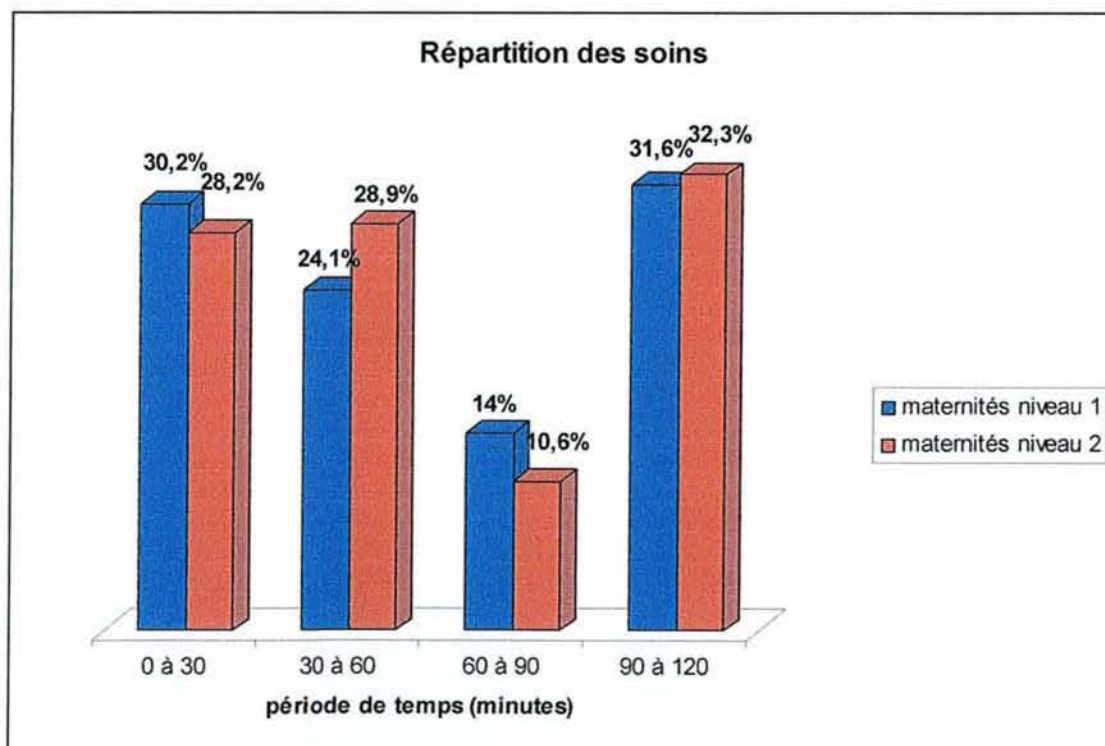
La disponibilité physique en salle de naissances pour accompagner la mère et son bébé dans la prise en charge de l'allaitement maternel, s'élevait à 56,9% en niveau 1 et 68,8% en niveau 2.

6.6. Les pratiques professionnelles dispensées au nouveau né.

Analyse globale :

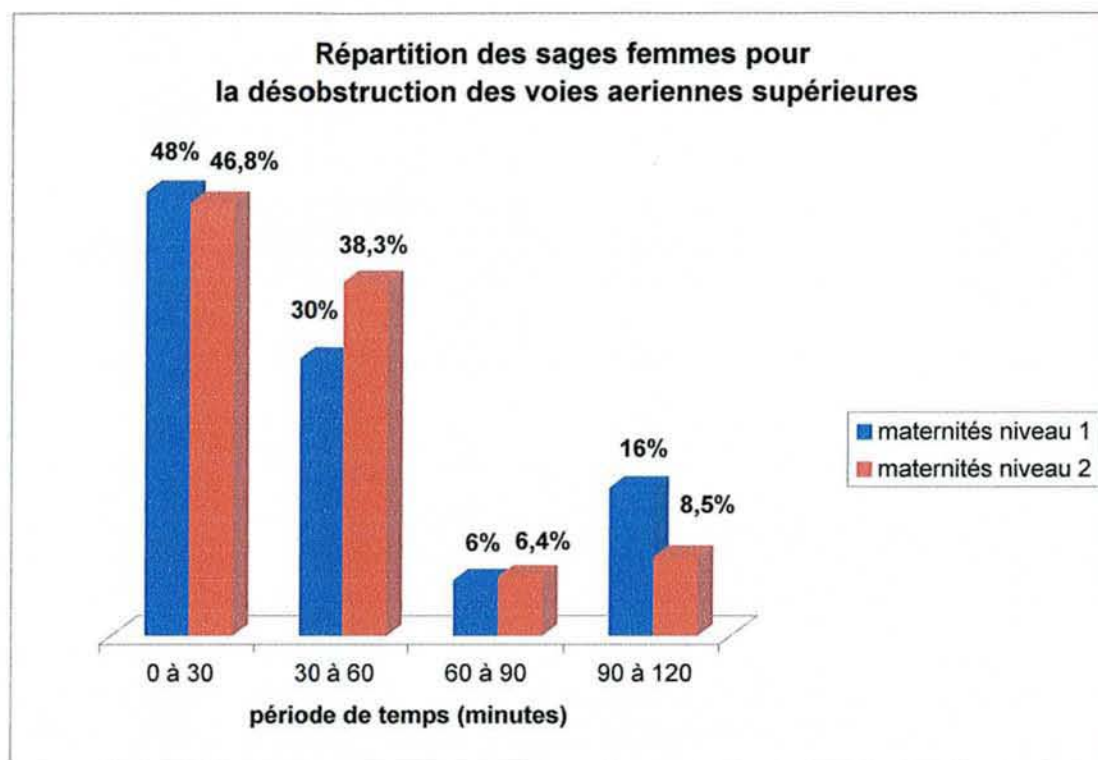
- Ces soins n'étaient pas tous effectués forcément au même moment.

	NIVEAU 1			
	0-30min	30-60min	60-90min	90-120min
vérification de la perméabilité des choanes	42%	30%	8%	20%
l'examen morpho neurologique	34%	34%	7%	25%
les soins du cordon	31%	28%	13%	28%
l'administration de collyre	35%	30%	12%	23%
l'administration de vitamine k	20%	9%	19%	52%
les mensurations (Poids, Taille, PC)	34%	30%	9%	27%
le bain	0%	4,50%	4,50%	4%
l'habillement	0%	8,50%	27,50%	64%
	NIVEAU 2			
	0-30min	30-60min	60-90min	90-120min
vérification de la perméabilité des choanes	45%	37%	6%	12%
l'examen morpho neurologique	37%	33%	8%	22%
les soins du cordon	25%	31%	12%	32%
l'administration de collyre	19%	29%	16%	36%
l'administration de vitamine k	9%	26%	20%	45%
les mensurations (Poids, Taille, PC)	37%	33%	8%	22%
le bain	0%	0,00%	0,00%	7%
l'habillement	0%	8,00%	16%	76%



54,3% des soins sont réalisés en niveau 1 au cours de la première heure et 57,1% en niveau 2.

Il est intéressant d'observer le moment où était réalisé la désobstruction des voies aériennes supérieures.



78% en niveau 1 et 84% en niveau 2 des sages femmes aspiraient les nouveau-nés avant la 100^{ème} minute.

6.7. Réflexion sur les soins effectués

Report des soins à la fin des deux heures de surveillance pour la prise en charge du nouveau né physiologique par les sages femmes :

	niveau 1	niveau 2
oui	55,4%	56,70%
non	44,60%	43,30%

En niveau 1, parmi 72,3% des sages femmes qui interrompaient le peau à peau :

- 43,3% reporteraient tous les éléments de prise en charge à la fin des deux heures de surveillance.

En niveau 2, parmi 76,7% des sages femmes qui interrompaient le peau à peau :

- 25,9% reporteraient tous les éléments de prise en charge à la fin des deux heures de surveillance.

Les éléments les plus cités que les sages femmes reporteraient à la fin des deux heures de surveillance sont : les mensurations, la désinfection oculaire au nitrate d'argent, l'administration de vitamine k.

6.8. Analyse multifactorielle

Nous exposons les comparaisons qui nous semblent les plus intéressantes et sur lesquelles nous pourrions étayer notre réflexion.

6.8.1. Interruption peau à peau, soins effectués sur le nouveau-né et IHAB

En niveau 1, parmi 27,1% des sages femmes qui n'interrompaient pas le peau à peau :

- 55,6% réalisaient la majorité de leurs actes dans les 30 dernières minutes
- 66,7% connaissaient le label IHAB.

En niveau 1, parmi 72,3% des sages femmes qui interrompaient le peau à peau :

- 48,9% réalisaient la majorité de leurs actes au cours des 30 premières minutes.

En niveau 2, parmi 23,3% des sages femmes qui n'interrompaient pas le peau à peau :

- 92,9% réalisaient la majorité de leurs actes médicaux dans les 30 dernières minutes
- 71,4% connaissaient le label IHAB.

En niveau 2, parmi 76,7% des sages femmes qui interrompaient le peau à peau :

- 50% réalisaient la majorité de leurs actes au cours des 30 premières minutes
- 41,3% connaissaient le label IHAB.

6.8.2. Interruption peau à peau, première mise au sein, formations

En niveau 1, parmi 27,7% des sages femmes qui n'interrompaient pas le peau à peau :

- 16,7% proposaient une mise au sein quand le nouveau né était prêt à téter
- 61,1% ont suivi une formation sur l'allaitement maternel.

En niveau 1, parmi 72,3% des sages femmes qui interrompaient le peau à peau :

- 17% proposaient une mise au sein quand le nouveau né était prêt à téter
- 53,2 % ont suivi une formation sur l'allaitement maternel.

En niveau 2, parmi 23,3% des sages femmes qui n'interrompaient pas le peau à peau :

- 42,9% des sages femmes proposaient une mise au sein quand le nouveau né était prêt à téter
- 64,3% ont suivi une formation sur l'allaitement maternel.

En niveau 2, parmi 76,7% des sages femmes qui interrompaient le peau à peau :

- 15,2% proposaient une mise au sein quand le bébé était prêt à téter
- 52,2% ont suivi une formation sur l'allaitement maternel.

6.8.3. 1 ère mise au sein, désobstruction des voies aériennes supérieures et interruption du peau à peau

En niveau 1, parmi 27,7% des sages femmes qui n'interrompaient pas le peau à peau :

- 66,6% des sages femmes pratiquaient la désobstruction des voies aériennes supérieures au cours des 30 premières minutes
- 77,8% proposaient une mise au sein de 30 à 60 minutes.

En niveau 1, parmi 72,3% qui interrompaient le peau à peau :

- 83% des sages femmes pratiquaient la désobstruction des voies aériennes supérieures.
- 68,1% proposaient une mise au sein au cours des 30 à 60 minutes.

En niveau 2, parmi 23,3% des sages femmes qui n'interrompaient pas le peau à peau :

- 50% n'aspiraient pas les nouveau-nés au cours des deux heures de surveillance
- 71,7% proposaient une mise au sein seulement quand le bébé était prêt à téter.

En niveau 2, sur 76,7% des sages femmes qui interrompaient le peau à peau :

- 56,7% aspiraient les nouveau-nés au cours des 30 premières minutes
- 50% proposaient une mise au sein au cours des 30 à 60 minutes.

6.8.4. Conclusion

Le peau à peau initialisé massivement après la naissance, s'interrompait rapidement pour une majorité de nouveau-nés .C'est au cours de cette même période que la majorité des soins étaient effectués : le peau à peau était nettement interrompu pour la réalisation des soins au cours des 30 premières minutes.

Le peau à peau était majoritairement interrompu avant la première mise au sein.

Les soins de routine sont pratiqués pour un grand nombre avant la première mise au sein notamment la désobstruction des voies aériennes supérieures.

Enfin il apparaît clairement que pour un groupe de sages femmes en niveau 2, les soins ne sont réalisés qu'à la fin du séjour en salle de naissances, laissant apparaître la faisabilité d'appliquer la quatrième condition de l'IHAB dans une maternité.

Partie 3 : Discussion, réflexion

7. ANALYSE GENERALE

Pour pouvoir instaurer une démarche de qualité à propos de la quatrième condition de l'IHAB : « placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand le bébé est prêt à téter en proposant de l'aide si besoin », il est nécessaire de réfléchir de la façon dont la pratique est réalisée dans la réalité.

Le but de ce mémoire n'est pas de remettre en cause la validité de certaines pratiques médicales mais de comprendre et respecter les besoins du nouveau né et de sa mère et d'organiser tous les soins en fonction de leurs rythmes biologiques.

7.1.1. Les priorités de la prise en charge du nouveau né en salle de naissances.

Les résultats de cette étude montrent que la majorité des soins techniques sont réalisés au cours de la première heure (54,3% en niveau 1 ; 57,1% en niveau 2).

Ainsi bien que 100% des sages femmes pratiquent le peau à peau immédiatement à la naissance, il est interrompu au cours de la première heure (70,6% en niveau 1 ; 71,7% en niveau 2).

- Analyse des pratiques par les sages femmes au cours de la première heure :

	niveau 1	niveau 2
vérification de la perméabilité des choanes	71,6%	82%
désobstruction des voies aériennes supérieures	78%	85,1%
l'administration de collyre	65%	48,2%
l'administration de vitamine k	29,5%	34,5%
les mensurations	64%	69,9%
le bain	25%	0%
l'habillement	8,5%	8%

Cet activisme autour de la naissance ne rassurerait-il pas les équipes ?

Le peau à peau est systématiquement pratiqué immédiatement à la naissance mais sa durée est variable. La pratique des premiers soins tels que la désobstruction, les mensurations réduit la durée du premier peau à peau et empêche sa pratique. La continuité du peau à peau ne semble pas être une des priorités de la prise en charge du nouveau né physiologique.

On peut observer un contraste entre le souhait des sages femmes de proposer et d'encourager le peau à peau entre le nouveau né et sa mère (75% des sages femmes encouragent les mamans à pratiquer le peau à peau plus d'une heure en niveau 1 et 2) et celui de réaliser rapidement les premiers gestes médicaux afin de rassurer les parents et les professionnels.

L'organisation des soins en réalisant la majorité des gestes médicaux dès la première heure semble être le frein principal à la mise en place de la quatrième condition.

Quelles en sont les conséquences ?

L'étude de RICHARD et ALADE met en évidence que l'interruption du peau à peau pourrait entraîner des troubles de la succion.

En interrompant le peau à peau au cours de la première heure, on interrompt le fil de continuité c'est à dire l'ensemble du processus qui conduit le nouveau né à prendre le sein de manière autonome. Cela peut prendre quelques minutes à une heure au plus, mais pendant ce temps, la mère et le nouveau né ne pourraient-ils pas rester ensemble en étant dérangé le moins possible ?

En niveau 1, parmi 72,3% des sages femmes qui interrompent le peau à peau

- 48,9% réalisent la majorité de leurs actes au cours des 30 premières minutes.

En niveau 2, parmi 76,7% des sages femmes qui interrompent le peau à peau

- 50% réalisent leurs actes au cours des 30 premières minutes.

Nous ne discutons pas cette évidence de réaliser des soins médicaux mais est-il la peine de séparer un couple en pleine découverte au cours d'une phase ultra sensible ?

Cela nécessite une réflexion sur nos pratiques professionnelles.

Etre dans l'accompagnement et le respect des rythmes biologiques du nouveau né ne nécessite-t-il pas une redéfinition de la position de la sage femme en salle de naissances concernant l'accueil de ce dernier ?

L'analyse de la littérature ne retrouve pas de justification scientifique aux soins invasifs souvent administrés systématiquement auprès du nouveau né physiologique. Cependant, ne pas intervenir par des actes techniques peut paraître difficile à des soignants qui se sentent alors dépossédés de leur rôle.

L'analyse des pratiques professionnelles au sein des maternités en Lorraine de niveau 1 et 2 montre un certain activisme concernant les gestes médicaux, notamment la désobstruction des voies aériennes supérieures.

En niveau 1, parmi 72,3% des sages femmes qui interrompent le peau à peau

- 83% pratiquent la désobstruction des voies aériennes supérieures au cours de la première heure
- 68,1% proposent une mise au sein de 30 à 60 minutes.

En niveau 2, parmi 76,7% des sages femmes qui interrompent le peau à peau

- 91,3% pratiquent la désobstruction des voies aériennes supérieures au cours de la première heure
- 50% proposent une mise au sein de 30 à 60 minutes.

Pourtant, les recommandations de l'ILCOR sont que « les nouveaux nés bien portants et vigoureux n'ont généralement pas besoin d'être aspirés après l'accouchement ».

En effet, une étude met en évidence que l'aspiration ne diminue pas l'encombrement des 48 premières heures et modifie la séquence neuro-comportementale qui amène le nouveau né à se positionner seul sur le sein.

L'aspiration oro-naso pharyngé devrait être basée sur des critères individuels c'est-à-dire sur des signes évocateurs d'atrésie de l'œsophage ou des choanes.

Le temps nécessaire au nouveau né en moyenne, pour prendre le sein seul spontanément, est d'environ une heure. C'est pourquoi interrompre le peau à peau

pendant la première heure, pour réaliser la désobstruction des voies aériennes ne serait pas recommandé. La continuité du peau à peau serait conseillée dans la perspective de répondre à la quatrième condition de l'IHAB.

Le plus souvent, la première mise au sein est réalisée encore de manière systématique et stéréotypée par un professionnel (71,4% des sages femmes proposent une mise au cours de la première heure en niveau 1 et 64,9% en niveau 2). Nous ne laissons que très rarement le nouveau né prendre le sein tout seul. Pourtant cela serait une formidable source de confiance pour les jeunes mères car dans les premiers jours de l'allaitement, elles sont souvent pleines de doutes.

La continuité du peau à peau durant la première heure est un des facteurs qui pourrait favoriser la prise du sein de manière autonome par le nouveau né.

7.2. Impact des formations professionnelles

En niveau 1, parmi 55% des sages femmes qui ont suivi une formation sur l'allaitement maternel :

- 13% des sages femmes proposent une mise au sein quand le nouveau né est prêt à téter
- 60% assurent la continuité du peau à peau.

En niveau 2, parmi 55% des sages femmes qui ont suivi une formation sur l'allaitement maternel :

- 24% des sages femmes proposent une mise au sein quand le nouveau né est prêt à téter
- 50% assurent la continuité du peau à peau.

On peut remarquer que peu de sages femmes laissent le nouveau né prendre le sein de manière autonome et assurent la continuité du peau à peau malgré les formations suivies sur l'allaitement maternel.

Il semble que pour améliorer la prise en charge du nouveau né physiologique à sa naissance une formation devrait être mise en place auprès de tous les professionnels. En

effet, il est primordial d'apprendre à observeret à reconnaître les signes qui nous indiquent que le nouveau né est prêt à téter.

7.2.1. Impact du niveau de la maternité

Pour les trois critères « durée du peau à peau encouragé par les sages femmes », « interruption du peau à peau », « répartition des soins » les conditions requises pour appliquer le test du khi deux sont remplies. Nous obtenons respectivement des $p \geq 0,05$.

On conclut donc qu'il n'existe pas de différence significative pour ces trois critères entre les deux niveaux de maternités.

Il faudrait prendre en compte le manque d'effectifs dans le nombre de questionnaires distribués, pour expliquer l'absence de différences significatives. Le niveau de la maternité ne semble pas influencer sur la mise en place du peau à peau et la première mise au sein.

L'application de la quatrième condition pourrait être compatible avec une activité en salle de naissances de niveau 1 et 2.

A l'échelle d'une région, les différences de prise en charge des nouveau-nés ne seraient pas liées au niveau de la maternité mais plutôt aux tendances des services.

7.2.2. Impact de l'évaluation des pratiques professionnelles

La quasi majorité des sages femmes (44,6% en niveau 1 et 43,3% en niveau 2) ne reportent pas les éléments de prise en charge du nouveau né sain. Pourtant 53,8% en niveau 1 et 51,7% en niveau 2 encouragent le peau à peau de 90 à 120 minutes. L'idéal de la pratique des sages femmes fait-elle le poids face à une organisation déjà existante ?

Les habitudes de service semblent avoir une influence considérable sur la réalisation des soins. Ceci est lié au regard des autres sur notre pratique de soignant. Il est parfois difficile d'assumer un changement de pratiques devant ces collègues.

L'évaluation des pratiques professionnelles devrait permettre le questionnement et nous inciter à réfléchir sur la pertinence des soins médicaux prodigués en salle de naissances au cours des deux heures de surveillance.

Améliorer le bien être des nouveau nés et favoriser la relation mère enfant tout en assurant leur sécurité, impose de renoncer aux gestes systématiques néfastes et de reporter tous les soins qui peuvent l'être.

Les soins pourraient être pratiqués sur des critères individuels, cliniques, et échographiques.

Le respect de la physiologie ne devrait pas être synonyme de laisser faire mais solliciter d'autant plus le sens clinique et la vigilance.

Enfin cette remise en question semble nécessaire afin d'améliorer la qualité des soins auprès de l'accouchée et du nouveau né .C'est en effet un devoir dans le code de déontologie dans l'article R4127-325 : « La sage femme s'engage à assurer des soins conformes aux données scientifiques du moment »

8. PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE DU COUPLE MERE ENFANT

Cette initiative est en accord avec les objectifs du plan du gouvernement pour la périnatalité dont les mots clés sont : humanité, sécurité, proximité.

Il s'agit de mettre en place des soins centrés sur l'enfant et sa famille. Cela pourrait nécessiter une modification importante de l'organisation des soins .En effet ceux-ci semblent être généralement centrés sur les soignants et non sur le nouveau né.

Il est important de ne pas substituer notre savoir à leur légitimité.

Nous devons également nous organiser pour leur permettre d'assister à tous les soins portés sur leur nouveau né. Ne pourrait-on pas rapprocher au maximum les postes d'accueil des nouveau-nés et de leur maman en les incluant dans les salles de naissances ?

En effet l'attente des parents est réelle. Ils ont créés un comité inter associatif pour la naissance : le C.I.A.N. Ils refusent une vision dichotomique de la naissance où l'on opposerait le soignant décideur et détenteur du savoir au soigné subissant qui ne peut qu'accepter les gestes portés sur sa personne. Les parents souhaitent être replacés au centre de l'action, devenir sujet et non plus objet des soins. Leur point de vue est important et nous pouvons difficilement ignorer leur existence.

L'adhésion à la quatrième condition demanderait la formation de l'ensemble du personnel en salle naissances. C'est une réflexion commune. La mise en application de la quatrième condition de l'IHAB dans les maternités de niveau 1 et 2 n'est pas uniquement la mise en place d'un protocole mais la réalisation d'un projet d'équipe.

Mise en œuvre de la démarche :

Dans un premier temps, il faudrait procéder à un état des lieux avec une autoévaluation des pratiques pour repérer les points forts et les points faibles.

Dans les maternités de Lorraine, il existe une réelle volonté de la part des sages femmes d'encourager le peau à peau, seulement les structures dans lesquelles elles exercent,

n'ont pas mené une réflexion sur une prise en charge adaptée aux rythmes biologiques du nouveau né sain.

Ainsi l'implication personnelle des sages femmes ne suffit pas à elle seule, il s'agit d'une profonde réflexion collégiale de tout le service.

Pour mettre en œuvre ce projet de service, plusieurs pistes de réflexion sont à étudier :

- Etre dans une dynamique de service, une envie de nouveauté, de changement,
- Réflexion commune autour de la quatrième condition de l'IHAB,
- Mise en place de formations pour tout le service de salle de naissance : sage femme, auxiliaire de puériculture, aides soignantes, gynécologue obstétriciens, pédiatres,
- Mise en place d'un protocole de prise en charge du nouveau né physiologique.

Il s'agit d'une démarche volontaire qui peut s'intégrer dans un programme d'amélioration continu de la qualité lors de la préparation à la certification (amélioration de la prise en charge du patient). Elle peut constituer une évaluation des pratiques professionnelles « EPP » conduite en mode projet.

Tout d'abord en salle de naissances, on pourrait :

- laisser le nouveau né en peau à peau avec sa mère sans interruption de contact dans une pièce chauffée, bien le sécher, l'examiner sommairement sur le ventre de sa mère, puis le couvrir avec un linge chaud, lui mettre un bonnet chaud et le surveiller.
- Placer les électrodes du scope de façon à ne pas le blesser.
- Préparer la table de réanimation au cas où ; l'aspiration serait mobile de façon à pouvoir atteindre le ventre de la mère en cas de grossesse non suivie, hydramnios, signes échographiques.
- Différer les soins de routine : poids, collyre, vitamine K.

L'organisation du travail des aides soignantes et des sages femmes en sera modifiée.

Mutualisation des pratiques professionnelles en Lorraine :

On peut constater qu'il existe des contrastes dans les salles de naissances en Lorraine de niveau 1 et 2.

Certaines maternités comme celle de Verdun a déjà mené une réflexion autour d'une prise en charge adaptée aux besoins biologiques du nouveau né physiologique : plus d'aspiration systématique, report des soins de routine, vitamine K à 4 heures de vie.

A travers le réseau périnatal, la prise en charge du nouveau né physiologique pourrait faire l'objet d'un axe de réflexion afin d'harmoniser les pratiques professionnelles. On pourrait mettre en place des groupes de travail pour créer une dynamique. On mutualiserait ainsi les pratiques professionnelles au sein des maternités de Lorraine.

Protocole d'accueil du nouveau-né physiologique en salle de naissances :

A la naissance, pour un nouveau né remplissant les critères suivants :

- Naissance par voie basse, entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée, dans un liquide amniotique clair
- Le score d'Apgar supérieur ou égal à 8 à 1 minute de vie
- Les nouveau-nés ne présentant aucune pathologie apparente
- L'accouchement et la délivrance eutociques
- Poser le nouveau né soigneusement essuyé en peau à peau à plat ventre sur la maman.
- Le recouvrir d'un linge chaud
- Son visage doit rester visible et son nez bien dégagé
- Veiller à maintenir une température de la pièce suffisante
- Vérifier régulièrement et fréquemment l'état du nouveau né (activité, couleur).

Quand le nouveau né montre qu'il est prêt, l'accompagner pour la prise du sein (« mains dans le dos »)

Réaliser les soins de routine au terme des deux heures de surveillance post-partum

En conclusion, il convient donc, lors de l'accueil du nouveau né présumé bien portant, de renoncer à la pratique systématique de certains gestes et de favoriser le peau à peau. Cela doit nous amener à repenser et réorganiser de façon globale les soins des nouveau -nés.

Mais cela nécessite de rester vigilant, car des cas de mort subite du nouveau né ont été rapportés. Ainsi, on pourrait établir une feuille de surveillance commune. En effet, il est nécessaire de surveiller la mère dans le post- partum immédiat en même temps que le nouveau né dans le cadre de la pratique du peau à peau.

Surveillance clinique du couple mère enfant :

**Etiquette de la
mère :**

**Heure de naissance :
Date :**

**Etiquette du
nouveau né :**

Heure	TA	Pouls	Involution utérine	Saignement	Coloration	Respiration	Tonus	Réactivité

Conclusion

Actuellement, l'amélioration de la qualité des soins est un point central de la politique de médecine périnatale dans toutes les maternités.

En effet, l'établissement précoce du lien mère enfant est un objectif important dans la prise en charge du couple mère enfant.

Ainsi, la mise en place de la quatrième condition de l'IHAB s'inscrit dans une démarche innovante.

Ses bénéfices ne sont plus à démontrer car son argumentaire s'appuie sur des données scientifiques.

Par ce travail, nous avons mis en évidence que les soins de routine sont majoritairement pratiqués au cours de la première heure de vie. Cette systématisation des gestes médicaux met en exergue que l'organisation des soins pourrait constituer un frein à l'adaptation du nouveau né physiologique.

Remplacer ou modifier ces pratiques de routine, tout en gardant la sécurité médicale n'est pas évidente. Elle nécessite une bonne connaissance des arguments scientifiques, des formations de qualité et un investissement important de la part de toute une équipe à tous les niveaux.

La place de la sage femme est d'accompagner le couple à la parentalité et d'affiner ses connaissances théoriques et son regard clinique pour savoir intervenir à bon escient en se montrant le moins interventionniste possible.

Il s'agit donc de reporter les soins de routine à la fin des deux heures de surveillance afin de pouvoir mettre en place la quatrième condition de l'IHAB.

Notre travail s'inscrit dans une démarche d'humanisation de la prise en charge du nouveau né physiologique.

BIBLIOGRAPHIE

Articles de périodiques et ouvrages

[1] ANDERSON GC, MOORE E, HEPWORTH, BERGMAN N., *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.*

Cochrane DatabaseSystRev.2003

[2] Kennel JH, McGRATH SK. *Beneficial effects of skin-to-skin contact.*

Acta Paediatr 2003; 92:272-273

[3] JANSSON UM, MUSTAFA T, KHAN MA, LINDBLAD BS, WIDSTROM AM. *The effects of medically-oriented labour ward routines on prefeeding behaviour and body temperature in newborn infants.*

Pediatr 1995; 41:360-363

[4] BUSNEL M-C, HERBINET E. *L'aube des sens*

Les cahiers du nouveau né n°5, Paris : Editions Stock, 8ème édition, 1991

[5] MARLIER L, SCHAAL B and SOUSSIGNAN R. *Neonatal responsiveness to the odor of amniotic and lacteal fluids: a test of perinatal chemosensory continuity.*

Child Dev 1998; 69:611-623

[6] WIDSTROM AM, RANSJO-ARVIDSON AB, CHRISTAENSSON K, MATTHIESEN AS, WINBERG J, UVNAS-MOBERG K.: *Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behaviour.*

Acta Paediatr Scand 1987; 76:566-72

[7] WIDSTROM AM, WAHLBERG V, MATHIESEN AS, ENEROTH P, UVNAS-MOBERG K, and WERNER S, WINBERG J. *Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour.*

Early hum dev 1990; 21:153-163

- [8] RIGHARD L, ALADE OM. *Effects of delivery room routines on success of first feed.*
Lancet 1990; 336:1105-7
- [9] VARENDI H, PORTER RH, WINBERG J. *Does the newborn baby find the nipple by smell?*
Lancet 1994; 344:989-990
- [10] NYLANDER G : *Gestion de l'allaitement pour un démarrage réussi. :*
28^{ème} journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale. Paris :
Arnette; 1998
- [11] KLAUS M. *Mother and infant: early emotional ties.*
Pediatrics 1998; 102:1244-6.
- [12] MATHIESEN AS, RANSJO- ARVIDSON AB, NISSEN E, UVNAS-
MOBERG K. *Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand
massage and sucking.*
Birth 2001; 28:13-9.
- [13] LAGERCRANTZ H, SLOTKIN TA. *The « stress » of being born.*
Sci Am 1986; 254:100-7.
- [14] RENFREW MJ; WOOLRIDJE MW; Mc GILL HR. *Enabling women to
breastfeed. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding with evidence-
based guidance for practice.*
London: The stationery Office; 2000.
- [15] KENNEL J: *The time has come to reassess delivery room routines.*
Birth 1994; 21: 49-50
- [16] RIGHARD L, ALADE MO. *Sucking technique and its effects on success of
breastfeeding.*
Birth 1992; 19:185-9.

- [17] WINSTROM AM, THINGSTROM-PAULSSON J. *The positions of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle.*
Acta paediatr 2002; 91: 1301-6.
- [18] MICKIEL- KOSTYRA K, MAZUR J, BOLTRUSZKO I. *Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study.*
Acta Paediatr 2002; 91: 1301-6.
- [19] 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; 93: 1640-45.
- [20] MEYER K, ANDERSON GC. *Using kangaroo care in a clinical setting with fullterm infants having breastfeeding difficulties.*
MCN Am J Matern Child Nurs 1999; 24: 190-2.
- [21] CHRISTENSSON K, SILES C, MORENO L, BELAUSTEQUI A, DE LA FUENTE P, LAGERCRANTZ H, et al. *Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot.*
Acta Paediatr 1992; 81: 488-493.
- [22] CHRISTENSSON K, CABRERA T, CHRISTENSSON E, UVNAS-MOBERG K, WINBERG J. *Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact.*
Acta paediatr 1995; 84: 468-73.
- [23] DURAND R, HODGES S, LAROCK S, LUND L, SCHMID S, SWICK D, YATES T, PEREZ A. *The effect of skin-to-skin breast feeding in the immediate recovery period on newborn thermoregulation and glucose values.*
Neonatal Intensive Care 1997; 23-27.

[24] BYSTROVA K, WIDSTROM AM, MATHIESEN AS, RANSJO-ARVIDSON AB, WELLES-NYSTROM B, WASSBERG C et al. *Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of « the stress of being born »: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg.*

Acta Paediatr 2003; 92:320-6.

[25] CHRISTENSSON K, BHAT GJ, AMADI BC, ERIKSSON B, HOJER B. *Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates.*

Lancet 1998; 352:1115.

[26] CHRISTENSSON K. *Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants.*

Acta paediatr 1996; 86: 1354-60.

[27] MICHELSSON K, CHRISTENSSON K, ROTHGANGERH, WINBERG J. *Crying in separated and non-separated newborns: sound spectrographic analysis.*

Acta Paediatr 1996; 85:471-5.

[28] FERBER SG, MAKHOUL IR. *The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial.*

Pediatrics2004; 113:858-65.

[29] GRAY L, WATT L, BLASS EM. *Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns.*

Pediatrics 2000; 105: e14.

[30] NISSEN E, LILJA G, WIDSTROM AM, UVINAS-MOBERG K. *Elevation of oxytocin levels early post partum in women.*

Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74: 530-3.

[31] KENNEL J, KLAUS M. BONDING: *Recent observations that alter perinatal care.*

Pediatr Rev 1998; 19: 4-12.

[32] NELSON EE, PANKSEPP J. *Brain substrates of infant-mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine.*

Neurosci Biobehav Rev 1998; 22: 437-52.

[33] O'CONNOR S, VIETZE K, SHERROD KB. *Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in.*

Pediatrics 1980; 66: 176-182.

[34] NATALYA M. LVOFF ; VICTOR LVOFF, MD, PhD ; MARSHALL H.

KLAUS, MD *Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a russian hospital.*

Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154: 474-477.

[35] LANGHENDRIES JP, PAQUAY T, HANNON M, DARIMONT J *Acquisition de la flore intestinale néonatale : rôle sur la morbidité et perspectives thérapeutiques.*

Arch Pediatr 1998; 5: 644-53.

[36] ESTOL PC, PIRIZ H, BASALO S, SIMINI F, GRELA C. *Oro-naso-pharyngeal suction at birth: effects on respiratory adaptation of normal term vaginally born infants.*

Arch Pediatr 1999; 56: 649-53.

[37] CARRASCO M, MARTELL M, ESTOL PC. *Oronasopharyngeal suction at birth: effects on arterial oxygen saturation.*

Pediatr 1997; 130: 832-4.

[38] GUNKOR S, TEKSOZ E, CEYHAN T, KURT E, GOKTOLGA U, BASER I. *Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally delivery born infants:*

A prospective randomised controlled trial. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2005; 45: 453-6.

[39] DENEYER M, GOOSSENS A, PIPELEERS-MARICHAL M, HAUSER B, BLECKER U , SACRE L,VANDENPLAS Y. *Esophagitis of likely traumatic origin in newborns.*

Pediatr Gastroenterol Nutr 1992; 15: 81-4.

[40] KATTWINKEL J, NIERMEYER S, NADKARNI V, TIBBALS J, PHILLIPS B ,ZIDEMAN D, VAN REEMPTS P, OSMOND M. *An advisory statement from the pediatric working group of the international liaison committee on resuscitation.*

Pediatrics 1999; 103.

[41] ANAND KJ, RUNESON B, JACOBSON B. *Gastric suction at birth association with long-term risk for functional intestinal disorders in later life.*

Pediatr 2004; 144: 449-54.

[42] MEDVES J et al. *Three infant care interventions: reconsidering the evidence.*

JOGNN 2002; 31: 563-9.

[43] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *La protection thermique du nouveau né.* Genève: OMS; 1997.

[44] VARENDI H, CHRISTENSON K, PORTER RH, WINBERG J. *Soothing effect of amniotic fluid smell in newborn infants.*

Early Hum Dev 1998; 51: 47-55.

[45] HOSETH E, JOERGENSEN A, EBBESEN F, MOELLER M. *Blood glucose levels in a population of healthy , breast fed , term infants of appropriate size for gestational age.*

Arch Dis Child fetal Neonatal 2000; 83: F117-9.

[46] WORLD HEALTH ORGANIZATION .*Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature* .Geneva: WHO; 1997.

[47] KUHN P, DONATO L, LAUGEL V, BELADDALE J, ESCANDE B, MATIS J et al. *Malaise grave précoce du nouveau né : à propos de deux cas survenus en salle de naissance.*

XXX^{es} journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Reims, octobre 2000.

[48] GATTI H, CASTEL C, ANDRINI P, DURAND P, CARLUS C, CHABERNAUD JL, VIAL M, DEHAN M, BOITHIAS C. *Malaises graves et morts subites après une naissance normale à terme : à propos de six cas.*

Arch Pediatr 2004; 11: 432-5.

[49] Espagne S, HAMON L, THIEBAUGEORGES O, HASCET J-M. *Mort de nouveaux nés apparemment sains en salle de naissance : un problème de surveillance?*

Arch Pediatr 2004; 11:436-9.

[50] HAYS S et al. *Arrêt respiratoire en salle de naissance chez des nouveaux nés à terme sains placés sur le ventre maternel: 11 nouveaux cas.* Arch Pediatr 2006; 13: 1067-8.

[51] TOKER-MAIMON O, JOSEPH LJ, BROMIKER R, SCHIMMEL S. *Neonatal cardiopulmonary arrest in the delivery room.*

Pediatrics 2006; 118: 847-8.

ANNEXE I : LE QUESTIONNAIRE DESTINE AUX SAGES-FEMMES DE SALLE DE NAISSANCES

Céline VINCENT

ESF 4 année

CHR de METZ THIONVILLE

Questionnaire destiné aux sages-femmes de Salle de naissances
(Mémoire de fin d'étude)

Mesdames, Messieurs, les sages femmes pour mon mémoire de fin d'étude je souhaite réaliser une étude des pratiques professionnelles sur l'accueil du nouveau né physiologique en salle de naissances. Je remercie par avance du temps que vous pourrez consacrer à ce questionnaire. Je garantis votre anonymat.

Thème : Mise en application de la quatrième condition de l'IHAB: « placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand le bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin » dans les maternités de niveau 1 et 2 en Lorraine.

On se situe dans le cadre de nouveaux nés physiologiques (à terme, dans un liquide amniotique clair, avec un score d'apgar à 10 à 5 minutes de vie, accouchement et délivrance eutociques).

IHAB : l'initiative hôpital ami des bébés : Le but de cette action est de favoriser l'allaitement maternel dans les maternités. Des règles de conduite pour le personnel hospitalier ont été établies afin d'assurer un environnement favorable aux mères allaitant leur bébé .Ces règles sont résumées par 10 recommandations.

Le peau à peau au cours des deux premières heures :

a) Les nouveaux nés sont-ils placés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance ?

Oui Non

b) Favorisez vous le peau à peau avec sa mère au cours des deux premières heures ?

Oui Non

_Si oui, à quel moment ?

Entre 0 et 30 mn entre 30 et 60 mn entre 60 et 90mn entre 90 et 120 mn

_Pendant combien de temps, les mères sont –elles encouragées à poursuivre ce contact ?
(avec toute la surveillance nécessaire) ?

Entre 0 et 30 mn entre 30 et 60 mn entre 60 et 90 mn entre 90 et 120 mn

_A t-il été interrompu au cours des deux heures de surveillance ?

Oui Non

_Si oui, à quel moment ?

Entre 0 et 30 min entre 30 et 60 mn entre 60 et 90mn entre 90 et 120 mn

L'allaitement maternel précoce en salle de naissances :

c) Les mères sont –elles aidées à reconnaître les signes qui indiquent que leur nouveau né est prêt à téter ?

Oui Non

_connaissiez vous les signes qui indiquent qu'il est prêt à téter ?

Oui Non

_Proposez vous de l'aide pour installer le nouveau né quand il se montre prêt à téter, si besoin ?

Oui Non

_Si oui quand est –elle proposée ?

Entre 0 et 30 min entre 30 et 60 mn entre 60 et 90mn entre 90 et 120 mn

Vous êtes sage femme en salle de naissances :

d) Trouvez vous que votre pratique actuelle en salle de naissances concernant l'accueil du nouveau né physiologique favorise l'allaitement maternel précoce ?

Oui Non

_Pourquoi ?.....

.....

e) Estimez vous être disponible physiquement en salle de naissances pour accompagner la mère et son bébé dans la prise en charge de l'allaitement maternel précoce ?

Oui Non

_Pourquoi ?.....

.....

f) Avez-vous suivi des formations continues sur l'allaitement maternel ?

Oui Non

g) Quand avez-vous été diplômée ?

Entre 0 et 10 ans entre 10 et 20 ans entre 20 et 30 ans entre 30 et 40 ans

L'accueil du nouveau né physiologique en salle de naissances :
Quelles sont vos pratiques professionnelles une fois l'enfant né en
salle de naissances

h) Quand faites vous l'examen morpho- neurologique du nouveau né ?

Entre 0 et 30 mn entre 30 et 60 mn entre 60 et 90mn entre 90 et 120 mn

Les pratiques soignantes chez le nouveau né :

- i) Quels sont les gestes que vous pratiquez habituellement ? (le moment de réalisation sera indiqué à l'aide d'une croix)

	Entre 0 et 30 minutes	Entre 30 et 60 minutes	Entre 60 et 90 minutes	Entre 90 et 120 minutes
Désobstruction des voies aériennes supérieures				
Vérification de la perméabilité des choanes				
Mensurations : poids, taille, périmètre crânien				
Soins du cordon				
Désinfection oculaire au nitrate d'argent				
Administration de vitamine K				
Bain				
habillage				

j) Quels sont pour vous les éléments de prise en charge du nouveau né physiologique précédemment cités que vous pourriez reporter afin de favoriser le peau à peau et l'allaitement précoce ?

.....

.....

k) Connaissez vous avant ce questionnaire l'IHAB « initiative hôpital ami des bébés » et ses 10 règles de conduites ?

Oui Non

ANNEXE II : LES 10 RECOMMANDATIONS DE L'IHAB

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit.
2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel.
4. Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand le bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.



RESUME

Actuellement, le couple est en attente d'une approche plus humaniste de l'accueil du nouveau né sain en salle de naissances.

La mise en application de la quatrième condition de l'IHAB est une réflexion approfondie sur nos soins à la naissance pour pouvoir mettre en adéquation les impératifs de la rencontre du nouveau né et de sa mère avec la nécessité des soins médicaux à apporter.

Remplacer ou modifier les pratiques des sages femmes, tout en gardant la sécurité médicale n'est pas évident : cela nécessite une bonne connaissance des arguments scientifiques, des formations de qualité et un investissement important de toute l'équipe.

Une voie d'évolution possible est le report des premiers soins.

Personnaliser les soins, respecter la physiologie, écouter les parents, les accompagner, reconnaître leur compétence s'inscriraient dans une démarche d'humanisation de la naissance.