

	<b>LE PEAU A PEAU EN SÉCURITÉ EN SALLE DE NAISSANCE</b>	PRO/ORH/002
		DATE : Version 1, novembre 2021
		Page 1

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
EL HAJJAR Mahmoud Pédiatre Responsable du groupe Protocole Pédiatrique  CARPENTIER Sophie Sage-femme ORÉHANE	Membres de la commission « Protocoles Pédiatriques » d'ORÉHANE	Membres du Conseil Scientifique d'ORÉHANE

Ce document a été élaboré par les professionnels du DSRP ORÉHANE sur la base des recommandations scientifiques en vigueur à la date de rédaction du protocole. Celui-ci ne constitue pas une référence obligatoire pour les professionnels des Hauts-de-France mais est une synthèse de recommandations et/ou de la littérature existante. Chaque professionnel ou établissement est donc libre de l'utiliser ou non dans le cadre de sa pratique professionnelle.

## **1. PRÉAMBULE**

Les recommandations de l'OMS et de l'IHAB sont d'encourager le peau à peau précoce et prolongé entre la mère (et 2<sup>ème</sup> parent) et son enfant tout en assurant leur sécurité. Le peau à peau sera pratiqué de préférence avec la mère.

Suivant les recommandations de l'ILCOR un nouveau-né dont le liquide amniotique est clair, à terme, qui respire ou qui crie et qui a un bon tonus devrait être immédiatement placé sur le ventre de sa mère et séché.

Le peau à peau a pour but de favoriser l'adaptation post-natale, l'homéostasie, l'attachement parent-enfant et le démarrage de l'allaitement maternel.

Les gestes médicaux nécessaires seront effectués au moment où ils perturbent le moins l'adaptation à la vie extra utérine et la relation mère-enfant. On renoncera aux gestes médicaux inutiles.

### **OBJET**

Cette procédure a pour but de décrire les indications, les contre-indications, la mise en œuvre et la surveillance du peau à peau en salle de naissance.

### **DOMAINE D'APPLICATION**

Professionnels de santé intervenant en salle de naissance et/ou en salle de césarienne et/ou en salle de réveil et en particulier :

- Sage-femmes
- Pédiatres
- Auxiliaires de puériculture
- Anesthésistes
- IBODE
- ....

## **2. ACRONYMES**

SA : Semaines d'Aménorrhée

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

## **3. PRÉ-REQUIS**

- Nouveau-né qui respire ou qui crie et qui a un bon tonus
- Mère sans pathologie physique ou psychologique affectant sa vigilance et sa disponibilité au nouveau-né

- Surveillance et sécurité possible
- Vérification du souhait de la mère et/ou du 2ème parent

#### **4. INDICATIONS**

Le peau à peau sera réalisé immédiatement et pendant les 2h qui suivent la naissance avec la mère, ou avec le 2<sup>ème</sup> parent si la mère n'est pas disponible

a) SURVEILLANCE CLINIQUE STANDARD (Cf. fiche) : Nouveau-né bien portant

- A terme (> ou égal à 37 SA), asymptomatique,
- Né par voie basse eutocique.

Y compris : RCIU < 10ème percentile, nouveau-né à faible risque infectieux ou d'hypoglycémie (appliquer les protocoles correspondants).

b) Pour les situations suivantes la pose d'un saturomètre en plus de la surveillance clinique sera envisagée (limites alarmes SpO2 88-100%) :

Nouveau-né à risque mais cliniquement asymptomatique :

- Terme inférieur à 37 SA
- Césarienne
- Bonne adaptation mais pH < 7.0 et /ou lactates > 8
- Mère seule
- Mère vigilante mais à risque d'hypovigilance : sous médicaments dépresseurs respiratoires ou toxicomanie maternelle ou analgésie maternelle par morphiniques (Nubain®, pompe à morphine...) moins de 4 heures avant l'accouchement.
- Extraction instrumentale ou accouchement difficile
- Nouveau-né à haut risque infectieux

c) PEAU A PEAU DIFFÉRÉ ou exclu :

- Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, nouveau-né symptomatique : détresse respiratoire ou hémodynamique ou neurologique et ceci quel que soit les valeurs du PH ou des lactates,
- Les malformations à risque de décompensation néonatale,
- Impossibilité d'assurer la surveillance et la sécurité du PAP (surcharge de travail pour l'équipe).

Un geignement modéré et isolé n'est pas une contre-indication au peau à peau après évaluation clinique, mais nécessite de renforcer la surveillance par la pose d'un saturomètre

#### **5. MÉTHODES**

a) Installation de la mère :

- ✓ Position semi assise (proclive 45°), les soins à la mère peuvent être réalisés pendant le peau à peau : délivrance, suture...
- ✓ Veiller à ce qu'elle ait chaud : couverture, chauffage soufflant,
- ✓ Installation confortable (serviettes, coussins pour soutien des bras),
- ✓ Remonter les barrières du lit,

✓ Sonnette à portée de main

Possibilité d'utilisation d'un jersey de soutien (notamment en cas de césarienne ou d'obésité).

b) Installation du bébé :

✓ En décubitus ventral,

✓ Sur le sternum de la mère (plus haut que les seins) à hauteur de « bisous »,

✓ Tête du bébé tournée sur le côté, VISAGE dégagé et VISIBLE, respiration nasale LIBRE, cou non fléchi,

✓ L'enfant, avec un bonnet (vigilance accrue si extraction instrumentale), est ensuite recouvert d'un linge chaud (ou jersey au cas par cas) qui s'arrête à hauteur du cou,

✓ SENSIBILISER la mère sur l'importance d'un bon positionnement du bébé ++++ et l'informer des signes qui doivent faire appeler le soignant : changement de coloration du bébé (pâle ou cyanosé), bébé qui ne bouge pas (hypotonique, aréactif), bébé qui ne respire pas, bébé encombré...

## **6. SURVEILLANCE**

Elle est FONDAMENTALE pour éviter les risques : Malaise de la mère ou de l'enfant, chute, l'enfouissement du visage du bébé.

Elle doit être expliquée à la mère et à la personne qui l'accompagne, celle-ci devant informer l'équipe si elle quitte la salle.

Observation clinique et relevé de la saturation (si présente) TOUTES LES 15 MIN : cf Fiche de Surveillance (Annexe 1)

Elle sera faite par les personnes de l'équipe (sage-femme, auxiliaire de puériculture)

Elle comporte conformément à la feuille de surveillance :

- Vérification de la liberté des VAS du bébé
- Appréciation de la couleur, du tonus, de la réactivité du bébé, de l'apparition d'un geignement (mini-score Apgar)
- Vérification de la bonne position de la mère et du bébé
- Surveillance de l'état de vigilance de la mère
- Appréciation conjointe du bien-être psychoaffectif de l'enfant et de ses 2 parents

## **7. DUREE DU PEAU A PEAU**

Idéalement le peau à peau doit être continu pendant les 2 heures qui suivent l'accouchement. Si l'interruption est nécessaire le reprendre dès que possible. Il pourra être poursuivi par la suite en suites de naissance.

## **8. BIBLIOGRAPHIE**

**Peau -à- peau avec la première heure après la naissance, les implications sous - jacentes et la pratique clinique.**

Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Acta Pédiatr. Jul 2019 108(7):1192-1204. doi: 10.1111/apa.14754. Publication en ligne du 13 mars 2019. PMID : 30762247

**Au début la peau de la peau du contact pour les mères et leurs nouveau-nés en bonne santé.**

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Cochrane Database Syst Rev. 2016 25 novembre ; 11(11) : CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. PMID : 27885658

Parent-enfant **peau -à- peau contact** Après **Naissance** : Histoire, les avantages et les défis.  
Hubbard JM, Gattman KR. Réseau néonatal. 1er mars 2017;36(2):89-97. doi: 10.1891/0730-0832.36.2.89.PMID : 28320495

Gremmo-Feger G. Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance. 8 janvier 2013 accessible sur internet: <http://amisdes-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Qualitesecurite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013>. Girard L. De la première rencontre à la première tétée : observer l'intimité. Les dossiers de l'Obstétrique N° 409. Novembre 2011. [31] OMS .

Crenshaw JT, Cadwell K, Brimdyr K, Widström AM, Svensson K, Champion JD, Gilder RE, Winslow EH. Use of a video-ethnographic intervention (PRECESS Immersion Method) to improve skin-to-skin care and breastfeeding rates. Breastfeed Med. 2012 Apr ; 7 (2) : 69-78.

- Protocoles des établissements :

- Jeanne de Flandre CHR Lille
- CH D'Armentières
- CH de Dunkerque
- CH Hazebrouck
- CH de Seclin
- CH de Tourcoing
- Clinique Anne d'Artois Béthune
- Polyclinique St Côme Compiègne
- Clinique St Amé Lambres lez Douai