



HAL
open science

Le peau-à-peau : de la conceptualisation à la mise en oeuvre opérationnelle : chronique d'une standardisation : étude descriptive réalisée auprès des professionnelles de santé travaillant en salle de naissance sur le territoire de la Lorraine

Eléonore Volponi

► **To cite this version:**

Eléonore Volponi. Le peau-à-peau : de la conceptualisation à la mise en oeuvre opérationnelle : chronique d'une standardisation : étude descriptive réalisée auprès des professionnelles de santé travaillant en salle de naissance sur le territoire de la Lorraine. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870387

HAL Id: hal-03870387

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870387>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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-memoires-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>

Université de Lorraine

Ecole de sages-femmes du CHR Metz-Thionville

Le peau-à-peau

De la conceptualisation à la mise en œuvre
opérationnelle : chronique d'une standardisation

*Etude descriptive réalisée auprès des professionnelles de santé
travaillant en salle de naissance sur le territoire de la Lorraine*

Mémoire présenté et soutenu par

VOLPINI Eléonore

Née le 19/11/1993

Directrice du Mémoire :

Madame Auriane LARIETTE, Sage-Femme de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy
(METZ 57000).

Expert du Mémoire :

Madame Anne-Catherine FEUERSTEIN, Sage-Femme de l'Hôpital Robert Pax
(SARREGUEMINES 57200).

Année universitaire 2016-2017

Mémoire « Le Peau-à-Peau » Eléonore VOLPINI

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de Sage-Femme. Ce document est 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.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

Mémoire « Le Peau-à-Peau » Eléonore VOLPINI

Merci...

à l'ensemble du jury pour l'intention qu'ils porteront à ce mémoire,

*à ma directrice de mémoire Madame Auriane LARIETTE et
à mon experte de mémoire Madame Anne-Catherine FEUERSTEIN
pour avoir accepté la direction et l'expertise de mon mémoire,
pour leurs soutiens, leurs dévouements, leurs conseils et leurs
nombreuses relectures minutieuses,*

à toutes les professionnelles de santé qui ont répondu à mon étude,

*aux cadres et responsables de pôles, pour avoir permis la réalisation de
mon enquête,*

*à l'ensemble de ma famille, surtout mes parents, qui m'ont soutenue tout
au long de ces années et pour leurs nombreux conseils et relectures,*

*à mes deux amies Carole et Elodie pour leur amitié, leurs conseils et
leurs sourires,*

*à Alexis, ma source d'amour et d'inspiration tout au long de ses années,
grâce à qui je suis devenue la sage-femme que je suis aujourd'hui...*

Glossaire

AAP : Académie Américaine de Pédiatrie

AG : Anesthésie Générale

CEP : Comité Editorial Pédagogique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Contre-indication

FDS : Flexion Diagonale Soutenue

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du Post-Partum

IHAB : Initiative Hôpital Amis des Bébés

ILCOR : International Liaison Committee On Resuscitation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

RPR : Réseau Périnatal de la Réunion

SA : Semaines d'Aménorrhée

UVMF : Université Virtuelle Médicale Francophone

VAS : Voies Aériennes Supérieures

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : GENERALITES SUR LE PEAU-A-PEAU	9
1. DEFINITION ET HISTOIRE DU PEAU-A-PEAU	9
2. EPIDEMIOLOGIE	9
3. PHYSIOLOGIE DU NOUVEAU-NE	10
4. RECOMMANDATIONS A LA REALISATION DU PEAU-A-PEAU	10
4.1 ENVIRONNEMENT.....	10
4.1.1 Environnement de la salle.....	10
4.1.2 Installations de sécurité.....	11
4.2 POSITIONS ADEQUATES EN VUE DE LA REALISATION DU PEAU-A-PEAU.....	11
4.2.1 Position maternelle.....	11
4.2.2 Position de l'enfant.....	11
4.3 TENUES DU NOUVEAU-NE ET DE LA MERE.....	12
4.4 PROPOSITION DU PEAU-A-PEAU.....	12
4.4.1 Indications et contre-indications du peau-à-peau.....	12
4.4.1.1 Concernant le nouveau-né.....	12
4.4.1.2 Concernant la mère.....	13
4.4.2 Personnes pouvant réaliser le peau-à-peau.....	13
4.4.3 Informations aux parents et à la famille.....	13
4.4.4 Moment pour le proposer.....	13
4.5 DUREE DU PEAU-A-PEAU.....	14
4.6 CESARIENNE.....	14
5. BENEFICES DU PEAU-A-PEAU	14
5.1 CONCERNANT LE NOUVEAU-NE.....	14
5.2 CONCERNANT LA MERE.....	15
6. RISQUES DU PEAU-A-PEAU	15
7. SURVEILLANCE DU PEAU-A-PEAU	15
8. PLACE DE L'INCUBATEUR	17
9. RESSENTI DES PARENTS	18
10. FORMATION DES PERSONNELS SOIGNANTS	18

11. DIFFICULTES DE MISE EN PLACE	18
PARTIE 2 : REALISATION ET RESULTATS DE L'ETUDE	19
1. REALISATION DE L'ETUDE.....	19
1.1. MATERIEL ET METHODE	19
1.1.1. Type d'étude réalisée	19
1.1.2. Population cible.....	19
1.1.3. Question de recherche.....	19
1.1.4. Objectifs de l'étude	19
1.1.5. Hypothèses de l'étude	20
1.1.6. Critère d'évaluation.....	20
1.1.7. Méthodologie du recueil de données.....	20
1.1.8. Limites envisagées	20
1.1.9. Procédures de minimisation des biais	20
1.1.10. Lieux d'étude.....	21
1.2. ELEMENTS DE FAISABILITE.....	21
1.3. BUDGET NECESSAIRE A L'ETUDE.....	21
1.4. PERSONNES SOLLICITEES	21
1.5. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET/OU ETHIQUES	22
2. RESULTATS DE L'ETUDE.....	22
2.1. RECEPTION DES QUESTIONNAIRES	22
2.2. CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	23
2.3. REALISATION DU PEAU-A-PEAU	23
2.4. INSTALLATIONS EN VUE DE LA REALISATION DU PEAU-A-PEAU	25
2.5. PROPOSITION DU PEAU-A-PEAU.....	26
2.6. DIFFICULTES RENCONTREES	27
2.7. CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELLES DE SANTE	28
2.7.1. Bénéfices selon les professionnelles de santé	28
2.7.2. Risques selon les professionnelles de santé	29
2.7.3. Contre-indications selon les professionnelles de santé	30
2.7.4. Utilisation de l'incubateur	31
2.8. INFORMATIONS DELIVREES AUX PARENTS.....	31
2.9. SURVEILLANCE REALISEE PAR LES PROFESSIONNELLES DE SANTE	32

PARTIE 3 : ANALYSE DE L'ETUDE	35
1. REALISATION DU PEAU-A-PEAU	35
2. INSTALLATIONS NECESSAIRES A LA REALISATION DU PEAU-A-PEAU	35
2.1. POSITION DU COUPLE MERE-ENFANT	35
2.2. POSITION DE LA TETE NEONATALE	36
2.3. INSTALLATIONS DE SECURITE	36
2.4. TENUE DE L'ENFANT	36
2.5. RECHAUFFEMENT DE L'ENFANT	36
3. DUREE DU PEAU-A-PEAU	37
4. DIFFICULTES RENCONTREES LORS DU PEAU-A-PEAU	37
5. PERSONNE POUVANT REALISER LE PEAU-A-PEAU	37
6. CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELLES DE SANTE	38
6.1. BENEFICES DU PEAU-A-PEAU	38
6.2. RISQUES DU PEAU-A-PEAU	38
6.3. CONTRE-INDICATIONS DU PEAU-A-PEAU	38
7. SURVEILLANCE DU PEAU-A-PEAU	40
8. CESARIENNE ET PEAU-A-PEAU	41
9. INFORMATIONS DELIVREES AUX PARENTS	41
10. FORMATION DES PROFESSIONNELLES DE SANTE	42
CONCLUSION	43
ANNEXES	44
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	45
BIBLIOGRAPHIE	46

INTRODUCTION

Le peau-à-peau, pratique par laquelle le nouveau-né se trouve en contact cutané avec sa mère ou une tierce personne, a commencé à être proposé en 2000 en France et fait l'objet aujourd'hui d'une demande croissante des patientes.¹⁻² Cet acte du peau-à-peau est une étape essentielle, dans les premières heures de la vie du nouveau-né : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)³ et la Haute Autorité de Santé (HAS)⁴ le recommandent vivement pour ses nombreux bienfaits. [I] Parallèlement à cet aspect positif, il importe de garder à l'esprit que, directement imputables à cette pratique, des cas de malaises et de décès ont été observés.⁵ Dès lors, il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé ainsi que les parents quant aux risques encourus suite à cette pratique et d'uniformiser les *modi operandi* dans les salles de naissance des différentes maternités.

J'ai souhaité traiter ce sujet car il s'agit d'un acte naturel s'inscrivant dans la continuité de l'accouchement. Cet acte n'étant toutefois pas sans risques, je désirais en savoir davantage afin de le pratiquer de manière optimale. Je me suis interrogée quant à la pratique du peau-à-peau : faudrait-il le systématiser ou, au contraire, revoir sa politique de développement ?

Considérant les connaissances et les pratiques des professionnels de santé, ainsi que les moyens mis à leur disposition, l'objectif principal de cette étude consiste à déterminer la pertinence de la généralisation de la pratique du peau-à-peau.

Les hypothèses émises sont une systématisation du peau-à-peau dans l'ensemble des établissements, des difficultés relatives à sa mise en place et à sa surveillance, des connaissances incomplètes des professionnels sur les risques encourus et une absence de protocole dans certaines maternités.

Après avoir exposé les pratiques attendues en miroir des principales recommandations, je présenterai, dans un deuxième temps, l'étude statistique que j'ai menée et développerai les résultats obtenus, pour terminer par l'analyse de ces derniers dans une dernière partie.

¹ Bruni-Bizet AF. PEAU à PEAU en salle de naissance Expérience du CHU de Nîmes. 2011 Jun 06 : 1-14.

² Branger B. Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau-à-peau en salle de naissance. 2013 Jul 4 : 1-8.

³ La Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. Contact peau à peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé, [en ligne]. (Consulté le 21/12/15). Disponible sur : <http://apps.who.int/rhl/newborn/hsguide2/fr/>

⁴ Haute autorité de Santé. Favoriser l'allaitement maternel. 2006 Jun : 6-45.

⁵ Fernandez H., Dreyfus M. JOURNAL DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION [journal]. Elsevier Masson ; 2007.

PARTIE 1 : GENERALITES SUR LE PEAU-A-PEAU

1. DEFINITION ET HISTOIRE DU PEAU-A-PEAU

Le peau-à-peau est une pratique qui peut être réalisée dès la naissance de l'enfant. Elle a pour principe de mettre en contact cutané l'enfant et sa mère, ou une tierce personne. Ainsi, les interactions vont être plus intenses et le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine est, pour le nouveau-né, facilité.⁶

Le peau-à-peau en milieu hospitalier est né en 1978, en Colombie. Cette pratique est apparue afin de pallier aux manques de moyens et de ressources nécessaires, notamment dans le cadre de la prématurité, de la lutte contre les infections et de l'augmentation du taux de réussite de l'allaitement maternel. Aujourd'hui cette pratique est très répandue et elle s'est diffusée jusqu'aux maternités françaises.⁷

2. EPIDEMIOLOGIE

A ce jour, on constate que 96% des patientes expriment le désir de réaliser le peau-à-peau avec leur nouveau-né.¹ Cette pratique, qui est apparue récemment en France, a été proposée pour la première fois en 2000 avec des recommandations établies plus tardivement en 2006.²

Selon l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP), 70% des nouveau-nés sont en bonne santé et peuvent bénéficier du peau-à-peau.⁸ [III]

Néanmoins, l'étude de cette pratique met en évidence, qu'en France sur une période allant de 2001 à 2006, un cas de malaise pour 26000 naissances et un cas de décès pour 40000 naissances ont été recensés.⁵ En 2016, l'AAP qui a établi ses dernières recommandations, a dénombré 26 cas de malaises néonataux pour 100000 naissances, incriminant directement la pratique du peau-a-peau : 15 de ces accidents résultent d'une position maternelle inadaptée ayant entraîné pour 5 d'entre eux des encéphalopathies ischémiques avec un traitement hypothermique pour 4 de ces nouveau-nés. En Espagne, 29 malaises consécutifs à un peau-à-peau ont occasionné 20 décès pour 27 841 naissances. La première heure est cruciale car 31% des malaises ont eu lieu durant celle-ci.⁹ Par ailleurs, en 2006, dans le bassin de Saint-Quentin qui dénombre 3000 naissances

⁶ Chisa R. Peau-à-peau en salle de naissance dans une maternité de niveau III : pratique et sécurité. Étude descriptive semi-expérimentale à propos de 50 sages-femmes et 58 couples « mère-nouveau-né » à la maternité du centre hospitalier universitaire de Besançon [résumé]. La revue sage-femme. 2009 Jun ; 8 (3) : 138-44

⁷ Vija. Histoire du peau à peau [en ligne]. (Consulté le 09/02/17). Disponible sur : <http://peau-a-peau.info/histoire-du-peau-a-peau/>

⁸ Feldman-Winter L., Goldsmith J. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns [rapport clinique].Amérique; 2016. Archives de l'Académie Américaine de Pédiatrie, Volume 138, Issue 3.

⁹ Pejoan H. Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance [résumé]. La revue sage-femme. 2010 ; 9 (4) : 189-94

par an, 2 cas d'apnées, dus à cette pratique, ont été mis en évidence chez des nouveau-nés, à terme et en bonne santé.¹⁰

Selon l'AAP, les facteurs de risques sont la primiparité, l'obésité, les traitements analgésiques, un travail long, les positions enfouies de la tête du bébé, l'allaitement maternel non-surveillé et l'utilisation du téléphone portable.⁸⁻⁹ [III]

3. PHYSIOLOGIE DU NOUVEAU-NE

À la naissance, le nouveau-né doit s'adapter à la vie extra-utérine, mais il présente des déficiences physiologiques. La principale est la mise en place de sa thermorégulation ; en effet, le fœtus s'est développé à une température de 38°C *in utero*. Il naît mouillé et est accueilli dans un environnement sec et froid avec une perte de 10°C par rapport à l'environnement intra utérin. Du fait de l'absence de frisson et de la faiblesse de la réaction vasoconstrictrice, le risque d'hypothermie est conséquent : en 20 minutes le nouveau-né peut perdre jusqu'à 4°C. Les autres déficiences physiologiques sont la glycorégulation instable et les risques infectieux.

In utero, le fœtus a activé ses récepteurs sensoriels grâce aux nombreuses stimulations ; ainsi à la naissance, son sens auditif est en éveil et le peau-à-peau permet la réalisation de son premier mode de communication.¹¹

4. RECOMMANDATIONS A LA REALISATION DU PEAU-A-PEAU

4.1 ENVIRONNEMENT

4.1.1 Environnement de la salle

L'AAP recommande une salle à température suffisante, ainsi qu'une luminosité pas trop vive mais adaptée à la surveillance du teint de l'enfant⁸. Le Réseau Périnatal de la Réunion (RPR) précise que la température de la pièce doit être supérieure à 20°C ; dans le cas contraire, une lampe chauffante sera mise en place.¹² L'AAP préconise également que l'enfant et la mère soient recouverts d'une couverture⁸. L'OMS précise que cela peut varier en fonction du climat et de la culture.³ [III] [III]

¹⁰ Aboudiab T., Vue-Droy L., Al Hawari S., Attier S., Chouraki J. La pratique du peau à peau à la naissance est-elle sans risque? [article]. Archives de pédiatrie. 2007 ; 14 (11) : 1368-9.

¹¹ Bieber E. Peau à peau... Cible ! Pratiques et impact du peau à peau chez les femmes césariées. [mémoire]. Metz : Université de Lorraine ; 2014. 89p.

¹² Repère Réseau Périnatal Réunion. PROTOCOLE REGIONAL PEAU À PEAU EN SALLE DE NAISSANCE. [En ligne]. 2015. Disponible sur : http://www.repere.re/fileadmin/user_upload/ProtocolePAP.pdf. [Consulté le 29 Septembre 2016].

4.1.2 Installations de sécurité

Selon le RPR, les barrières du lit doivent être levées, afin d'éviter au maximum le risque de chute, cause principale de décès chez le nouveau-né placé en peau-à-peau. Une sonnette « portée de main » est indispensable afin d'alerter le personnel soignant.¹² L'AAP préconise le monitoring du couple mère-enfant durant la réalisation du peau-à-peau.⁸ [III] [III]

4.2 POSITIONS ADEQUATES EN VUE DE LA REALISATION DU PEAU-A-PEAU

4.2.1 Position maternelle

L'Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB), en 2015, exprime sa préférence pour une position semi-assise, redressée de la mère. Dans cette position, la mère est plus à même pour observer le caractère dégagé des voies aériennes de son enfant, facilitant une vigilance accrue du comportement et du teint de celui-ci. De plus, cette position permet des échanges visuels prolongés, maintenant le lien mère-enfant.¹³ [IV]

4.2.2 Position de l'enfant

Selon les différentes instances, la position du nouveau-né lors du peau-à-peau peut différer, sachant que l'intérêt commun à toutes est le bien-être et la sécurité de l'enfant.

Certains auteurs spécialistes du peau-à-peau recommandent que l'enfant soit couché sur le dos, afin d'avoir les voies aériennes supérieures toujours dégagées, limitant le risque d'asphyxie.

A contrario, l'IHAB stipule que le bébé doit être à plat ventre afin de développer des comportements d'attachement (contact visuel rassurant de la mère) et des comportements biologiques (premiers réflexes tel que le ramper).¹³ [III] [IV]

De plus, l'AAP et l'IHAB recommandent que la tête du nouveau-né soit tournée sur le côté, au-dessus de la poitrine maternelle. Son visage doit rester bien visible, avec le nez et la bouche non recouverts. La nuque de l'enfant doit être bien droite avec le menton relevé.⁸⁻¹³ L'AAP précise, également, que les jambes du nouveau-né doivent être en flexion afin de suivre la position physiologique du bébé, ce qui permet au dos de rester arrondi comme *in utero*.⁸

Un article de l'AAP, paru en 2016, priorise la position en Flexion Diagonale Soutenue (FDS) à l'installation verticale. La FDS respecte la position naturelle du fœtus *in utero* qui est asymétrique et en flexion. Ainsi le corps de l'enfant est en position diagonale par rapport au

¹³ Girard L. PEAU À PEAU... ET VOUS, DANS VOTRE ÉQUIPE, VOUS EN ÊTES OÙ ? Mettre en œuvre le peau à peau en sécurité. 2015 ; N° 446 : 1-6. [En ligne]. Article. Disponible sur le site : http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/DO_446_PUBLICATION_L_GIRARD.pdf. [Consulté le 09 septembre 2016].

corps maternel. Sa tête doit être tournée sur le côté, légèrement en extension, positionnée entre la clavicule et le sein maternels, regardant la face de la mère. Le nouveau-né est également en position d'hyperflexion des membres comme vu pour l'installation verticale. La FDS permet davantage d'interactions visuelles ; elle est également plus sûre par rapport à la position verticale habituelle.¹⁴ [V]

4.3 TENUES DU NOUVEAU-NE ET DE LA MERE

L'AAP recommande que le bébé soit nu ou porte uniquement une couche. Le bonnet est possible. Pour l'OMS, il est important que l'enfant soit au chaud et au sec.³ En ce qui concerne la mère, le port d'une blouse ouverte sur l'avant peut être envisagé, ou toute autre tenue permettant un contact peau contre peau bénéfique à l'enfant.⁸ [III]

4.4 PROPOSITION DU PEAU-A-PEAU

4.4.1 Indications et contre-indications du peau-à-peau

L'AAP évoque que toute complication médicale est une contre-indication à la mise en place du peau-à-peau. Il doit être proposé uniquement si la surveillance de cet acte est possible dans le service. Chaque mère peut en bénéficier quel que soit le mode d'alimentation choisie. Il ne doit pas être imposé aux couples mais choisi par eux avec des informations claires sur les bénéfices et les risques de cette pratique.⁸ [III]

4.4.1.1 Concernant le nouveau-né

L'AAP déclare que tout enfant peut en bénéficier mais une vigilance accrue s'impose dans le cas de nouveau-nés fragiles, notamment sur le plan cardio-vasculaire car le peau-à-peau peut augmenter le risque de morbidités.⁸ [III]

Le Comité Editorial Pédagogique (CEP) de l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UVMF), de 2012, précise que l'enfant doit être à terme et sans pathologie. Cette pratique n'est pas recommandée pour les nouveau-nés ayant des difficultés d'adaptation, une détresse respiratoire ou une suspicion d'infection.¹⁵ [VI]

¹⁴ Buil A., Carchon I., Apter G., Laborne FX., Granier M., Devouche E. Kangaroo supported diagonal flexion positioning: New insights into skin-to-skin contact for communication between mothers and very preterm infants [résumé]. Amérique; 2016. Archives de Pédiatrie, Volume 138, Issue 3.

¹⁵ Comité éditorial pédagogique de l'UVMF. Le nouveau-né [cours]. Disponible sur : <http://docplayer.fr/387657-Le-nouveau-ne-comite-editorial-pedagogique-de-l-uvmaf-date-de-creation-du-document-support-de-cours-version-pdf.html>. [Consulté le 9 février 2017]. 2011-2012 : 18-9

4.4.1.2 Concernant la mère

Pour la mère, le CEP et le RPR indiquent qu'elle ne doit pas présenter de pathologie et/ou avoir bénéficié de traitements sédatifs pouvant diminuer sa vigilance.¹⁵⁻¹² [III] [VI]

4.4.2 Personnes pouvant réaliser le peau-à-peau

L'AAP précise que le père ou toute autre personne choisie par la mère peut prendre part à cet acte, dans la mesure où une information portant sur les bénéfices et les risques pour le nouveau-né soit donnée.⁸⁻¹³ [III] [IV]

4.4.3 Informations aux parents et à la famille

Afin que les familles effectuent un choix en toute connaissance de cause, il est nécessaire qu'elles aient bénéficié préalablement d'informations claires sur les bénéfices et les risques du peau-à-peau. Pour l'IHAB, une fiche informative avec un support visuel est indispensable. [IV] L'information doit être systématique et porter sur les signes cliniques (la coloration, la mobilité et la respiration) montrant que l'enfant se porte bien et sur la particulière vigilance à opérer lors de la réalisation cet acte.¹²⁻¹³ [III]

4.4.4 Moment pour le proposer

La réalisation du peau-à-peau peut être effective dès la naissance de l'enfant. Le RPR stipule qu'un examen clinique minimum doit être tout de même réalisé avant la mise en place de cet acte, à travers lequel le professionnel de santé s'assure que le nouveau-né émet un cri vigoureux, des mouvements respiratoires efficaces et s'assure d'une bonne réponse à la stimulation. Ainsi les actes médicaux non urgents, l'examen neuro-morphologique complet avec prise des mensurations de l'enfant et l'administration de la vitamine K peuvent être reportés à la fin du peau-à-peau. Les soins délivrés à la mère, notamment la délivrance du placenta et la suture, sont des actes qui peuvent être réalisés durant le peau-à-peau à condition que les professionnels de santé puissent surveiller l'enfant.³⁻⁸⁻¹²⁻¹³ [II] [III] [IV]

L'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), a mis en place l'identification des nouveau-nés nécessitant des soins particuliers à réaliser avant la mise en place du peau-à-peau, selon quatre critères : la prématurité, l'absence de cri ou de respiration à la naissance, le mauvais tonus musculaire et la présence d'un liquide amniotique teinté.¹⁶ [VII]. Le bain iodé effectué pour des raisons infectieuses, comme le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et le virus

¹⁶ Davrieux L. Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance [mémoire]. Paris : Université Paris Descartes ; 2012. 110p.

de l'herpès, sera donné immédiatement après la naissance et donc avant la mise en place du peau-à-peau.¹² [III]

4.5 DUREE DU PEAU-A-PEAU

L'AAP et l'IHAB préconisent une durée minimale d'une heure, sans interruption du peau-à-peau, pour une pleine efficacité.⁸⁻¹³ [III] [IV] Le RPR, quant à lui, propose une durée idéale de deux heures, avec une reprise immédiate en cas d'interruption nécessaire.¹² [III]

4.6 CESARIENNE

L'AAP insiste sur le fait que le peau-à-peau est parfaitement réalisable au bloc opératoire, à la condition que la mère soit réveillée et en mesure de s'occuper de son enfant. Il est nécessaire de faire attention aux difficultés de mobilisation, aux tremblements et aux nausées à la suite de l'anesthésie. Par ailleurs, une mère sur deux a les mains attachées et ne peut pas entrer en contact avec son enfant et la majorité des mères trouvent que l'environnement du bloc opératoire n'est pas adapté à la réalisation du peau-à-peau.⁸⁻¹¹ [III] De plus, dans le cadre d'une césarienne, la présence du père concernant la réalisation du peau-à-peau n'est pas suffisamment sollicitée.¹¹⁻¹⁷

5. BENEFICES DU PEAU-A-PEAU

5.1 CONCERNANT LE NOUVEAU-NE

L'acte du peau-à-peau, selon l'OMS et l'HAS, favorise la thermorégulation de l'enfant, sa glycorégulation et sa saturation en oxygène. Ces deux institutions ajoutent qu'il joue un rôle capital dans l'établissement du lien mère-enfant et dans la bonne mise en route de l'allaitement maternel. De plus, le peau-à-peau permet une détente de l'enfant par diminution de la synthèse d'adrénaline, source de stress chez le nouveau-né.³⁻⁴ [I] L'AAP et l'IHAB s'accordent pour affirmer que le peau-à-peau entraîne une meilleure adaptation cardio-respiratoire et atténue les pleurs du bébé : ils sont plus calmes et entrent facilement en état de sommeil. L'APP ajoute que, la colonisation du tube digestif de l'enfant par la flore bactérienne de sa mère (qui lui est la plus appropriée) est favorisée, permettant ainsi une meilleure adaptation gastro-intestinale et donc une diminution des risques d'infections néonatales. Par ailleurs, l'AAP précise que le peau-à-peau améliore également la maturation neurologique du bébé.

¹⁷ Benhamou D. LA CÉSARIENNE NATURELLE [article]. Groupe Hospitalier et Université Paris Sud. 2014 : 4-5
Mémoire « Le Peau-à-Peau » Eléonore VOLPINI

L'étude de Gray montre également, que la pratique du peau-à-peau diminue les manifestations douloureuses chez l'enfant.¹⁸

De plus, à la naissance, l'apport glucidique fourni par la mère prend fin. Désormais, c'est au nouveau-né de réaliser sa propre glycorégulation. Pour se faire, il puise dans ses réserves situées dans les muscles et le foie faisant ainsi diminuer sa glycémie. Ce phénomène est amplifié par le travail de compensation de déperdition thermique. La pratique du peau-à-peau participe au maintien de la glycémie fœtale.⁸⁻¹¹⁻¹³ [III] [IV]

5.2 CONCERNANT LA MERE

Selon l'IHAB, la pratique du peau-à-peau permet une meilleure involution utérine et diminue le risque d'hémorragie du post-partum. De plus, en cohérence avec l'AAP et la Cochrane de 2007, elle ajoute que le peau-à-peau favorise conséquemment le lien mère-enfant et qu'il augmente les chances de réussite de l'allaitement maternel : le taux d'allaitement passant de 78% à 85% en 9 mois grâce à cette pratique.⁸⁻⁹⁻¹¹⁻¹³ [III] [IV]

6. RISQUES DU PEAU-A-PEAU

Pour l'AAP, les principaux risques sont la suffocation et la chute, pouvant entraîner malaises voire décès des enfants installés en peau-à-peau. Le Réseau Sécurité Naître Ensemble préconise dans les cas d'incidents, de réaliser les examens suivants : bilans sanguins, échographies cardiaques et transfontanellaires ainsi qu'une radiographie pulmonaire.²⁻⁵⁻⁸⁻¹⁵ [III]

7. SURVEILLANCE DU PEAU-A-PEAU

Les professionnels en charge de surveiller l'enfant doivent être conscients du risque potentiel de malaises résultant de cet acte. Selon l'AAP, la surveillance doit être rapprochée : toutes les 10 à 15 minutes.⁸ L'IHAB, quant à elle, propose une surveillance toutes les 10 minutes pendant les premières 30 minutes, puis toutes les 30 minutes jusqu'à la fin de l'acte du peau-à-peau.

Il est important de noter que le père ou la personne accompagnant la mère soit vigilant et toujours présent pour ne jamais laisser la mère seule en peau-à-peau. Si cette dernière se sent fatiguée, il faut placer l'enfant dans l'incubateur ou réaliser le peau-à-peau avec le père ou la personne accompagnante.¹³

¹⁸ Pierrat V., Bomy H., Courcel C., Dumur S., Caussette V., Bouckenhove N., Casen N., Rombaut A. Le peau à peau dans la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance [article]. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 2004 ; 17(7) : 351-7.

L'AAP ajoute qu'il est nécessaire que le couple mère-enfant soit monitoré le temps du peau-à-peau. L'IHAB met l'accent sur la surveillance de la saturation en oxygène du bébé et de la fréquence cardiaque de la maman, dans les cas où elle se retrouverait seule.⁸⁻¹³⁻¹⁹ **[III]**

Les cinq critères de surveillance, pour l'IHAB, sont :

- 1) La position de l'enfant avec vérification du dégagement des voies aériennes supérieures.
- 2) La coloration cutanée de l'enfant.
- 3) La respiration de l'enfant avec évaluation selon le score de Silverman **[VIII]**
- 4) La fréquence respiratoire comprise entre 30 et 60 bpm
- 5) La température axillaire, à 1h et 2h de vie, qui doit être maintenue entre 36,5 et 37,5°C¹³

En complément de ces préconisations, le RPR souligne l'importance de la surveillance du tonus et de la réactivité de l'enfant. La surveillance de l'état de fatigue et la vigilance maternelle devront faire également l'objet d'une attention particulière.¹² **[III]** Le CEP, précise qu'une surveillance renforcée est nécessaire pour les femmes primipares et celles présentant des signes de fatigue après l'accouchement.²⁰

L'information aux familles reste un élément primordial à la bonne mise en place du peau-à-peau. Le RPR et le CEP ajoutent que la présence d'une tierce personne en salle, bien informée des risques, constitue un plus indéniable mais ne saurait se substituer à la surveillance régulière des professionnels de santé.¹²⁻¹⁵ **[VI]**

L'ensemble de ces préconisations, ci-dessus mentionnées, forme le modèle de surveillance dit « Standard ».

Le Réseau Périnatal de la Réunion (RPR), quant à lui, indique que : **[III]**

- La surveillance doit être standard si le nouveau-né :
 - Est bien portant (c'est-à-dire, qu'il soit à terme, qu'il respire ou crie et qu'il a un bon tonus),
 - Ne présente pas de pathologie,
 - A bénéficié d'une naissance voie basse eutocique,
 - Est né avec un RCIU (retard de croissance intra-utérin) supérieur au 10ème percentile,
 - Ne présente pas de risque d'hypoglycémie,
 - A un faible risque infectieux.

¹⁹ Tourneux P. , Dubruquec E., Baumert A., Carpentiera E., Caron-Lesenechala E., Barcata L., Elaloufa C., Blanchardc M., Bonifacec A., Poupart C., Gondryc J., Fontainea C. Peau-à-peau en salle de naissance : impact du monitoring de la saturation pulsée en oxygène [mémoire]. Archives de Pédiatrie. 2015 ; 22 (2) : 166-70.

²⁰ Girard L. Mettre en œuvre le peau à peau en sécurité [article]. PEAU À PEAU... ET VOUS, DANS VOTRE ÉQUIPE, VOUS EN ÊTES OÙ ? 2015 ; 445 : 1-6.

- La surveillance doit être standard avec saturométrie si l'enfant :
 - Est né entre 34 et 37 Semaines d'Aménorrhée (SA),
 - Est né par césarienne,
 - Est né par extraction instrumentale,
 - A bénéficié d'antidépresseurs, de bêtabloquants, de drogues et/ou d'analgésie morphique au moins quatre heures avant l'accouchement, ingérés par la mère,
 - A un haut risque infectieux,
 - Est né avec un liquide méconial,
 - Est né avec une bonne adaptation mais un pH inférieur à 7,10 et/ou des lactates supérieurs à 8.
- Le peau-à-peau sera différé après la bonne récupération et avis pédiatrique comprenant une surveillance renforcée et une saturométrie si l'enfant présente :
 - Des malformations à risque de décompensation,
 - Des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine,
 - Une mauvaise adaptation cardio-respiratoire avec un score d'Apgar <7 à 1 minute de vie.¹²

Le code de la santé publique [Article L4151-1] affirme que la surveillance du peau-à-peau est sous l'unique responsabilité des personnels soignants, notamment de la sage-femme. L'étudiant(e) sage-femme est également en mesure de réaliser cette surveillance, conformément à l'article [L4151-6], ainsi que les puéricultrices selon l'article [R4311-13] de même que les aides-soignantes par l'article [R4311-4]. Si cette surveillance est impossible dans le service, il faut s'abstenir de pratiquer l'acte de peau-à-peau.¹⁰

L'entreprise américaine Owlet commercialise depuis 2015 une chaussette pour les nouveau-nés imitant la forme d'une attelle. Cette chaussette permet la mesure des rythmes cardiaque et respiratoire de l'enfant, ainsi que sa température et sa saturation en oxygène. C'est une avancée qui permet d'améliorer davantage la surveillance de l'enfant durant le peau-à-peau.²¹

8. PLACE DE L'INCUBATEUR

Selon la pédiatre française, Nathalie Charpak, « *Le peau à peau permet certes de combler le manque de structure médicale dans les pays du Sud, mais aussi de pallier les carences affectives induites par la mise sous couveuse de ces bébés trop petits, trop faibles, trop fragiles.* »²²

L'étude Bergman (2004), comparant le peau-à-peau et l'incubateur, met en évidence que les paramètres comme la température, la glycémie et la saturation en oxygène sont majoritairement

²¹ Kopaniak J. Surveiller son enfant grâce à des bracelets [article].20 minutes. Fev 2014.

²² Vaïneau AL. Naissance : le peau à peau [article].Psychologies magazine. 2011 ; 303

perturbés chez les nouveau-né placés en incubateur versus en peau-à-peau.²³ En Suède, l'étude Bergström (2007) démontre que l'apport thermique maternel engendrerait une déperdition de chaleur de l'enfant moins importante que dans l'incubateur.⁹⁻¹¹⁻¹⁹ De plus, à Bogota, le peau-à-peau permet la diminution des infections nosocomiales, liées au partage des incubateurs.¹⁸ Néanmoins, l'étude Bonhorst met, quant à elle, en évidence une déperdition thermique importante chez les enfants ayant moins de 28 SA placés en peau-à-peau versus en incubateur.²⁰ A noter, qu'il est d'une évidence qu'un nouveau-né placé en incubateur, de par son ergonomie, ne pourra jamais jouir du contact direct avec ses parents.¹¹

9. RESSENTI DES PARENTS

La réalisation du peau-à-peau, acte désiré et apprécié des parents, doit être, pour eux, un moment d'intimité, nécessitant cependant un accompagnement sécurisant. Dans le cas contraire, les parents ne se sentent pas en confiance lors de la réalisation de peau-à-peau.²⁴

10. FORMATION DES PERSONNELS SOIGNANTS

D'après une étude lilloise, l'ensemble des équipes connaît les bénéfices du peau-à-peau concernant la stabilité physiologique de l'enfant et l'attachement mère-enfant. L'impact positif sur le sommeil et l'allaitement sont peu cités par les professionnels. Personne n'a fait référence à la diminution de la douleur pour l'enfant. Une formation sur ce thème est demandée par la majorité des personnels soignants.²⁵ Selon une autre étude menée à Besançon (2007), les connaissances sur le peau-à-peau influent sur sa pratique et sa sécurité.⁶

11. DIFFICULTES DE MISE EN PLACE

Les difficultés retrouvées le plus souvent dans la pratique du peau-à-peau sont le manque de temps, le manque de confort ou encore le refus des parents. Ce refus s'explique par l'angoisse de faire mal à l'enfant, le manque d'intimité, l'aspect culturel et le manque d'informations au préalable de la part des professionnels de santé.²⁴

²³ Zaoui C., Réthoré S. Peau à peau dès la naissance pour les nouveau nés prématurés [présentation] Journée Nationale IHAB 4/11/2014 CH Valenciennes. Disponible sur : https://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2015/Zaoui-C-PAP-naiss-Premas-sansphoto.pdf. [Consulté le 9 février 2017]. 2014 : 1-27.

²⁴ Caspera C., Caeymaexb L., Dickya O., Akriche M., Reynauid A., Bouvard C., Evrard A., Kuhne P. Perception des parents de leur participation aux soins de leur enfant dans les unités de néonatalogie en France [article]. Archives de Pédiatrie. 2016 ; 23(9) : 974-82.

²⁵ Malleta I., Bomya H., Govaerta N., Goudalb I., Brasmea C., Duboisb A., Boudringhienc S., Pierrata V. Le peau à peau en médecine néonatale : connaissances et attentes des professionnels de santé dans deux unités de néonatalogie de niveau III [mémoire]. Archives de Pédiatrie. 2007 ; 14(7) : 881-6.

PARTIE 2 : REALISATION ET RESULTATS DE L'ETUDE

1. REALISATION DE L'ETUDE

1.1.MATERIEL ET METHODE

1.1.1. Type d'étude réalisée

La démarche mise en place était une étude épidémiologique observationnelle descriptive, de nature qualitative qui a permis de décrire la systématisation, la pratique et les connaissances des professionnels de santé vis-à-vis du peau-à-peau en salle de naissance. Il s'agissait d'une étude transversale, par attribution d'un questionnaire à un instant T et par un accès internet à celui-ci et multicentrique par opposition des pratiques et des connaissances entre plusieurs hôpitaux.

1.1.2. Population cible

- Critères d'inclusion :

Activité en service de salle de naissance des hôpitaux choisis, s'occupant du couple mère-enfant après l'accouchement avec pratique de l'acte du peau-à-peau. Personnes concernées : sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignants(es), puéricultrices, étudiants(es) sages-femmes, étudiants(es) puéricultrices et étudiants(es) aides-soignants(es) inclus(es).

- Critères d'exclusion :

Personnels ne travaillant pas en service de salle de naissance et n'accompagnant pas le couple mère-enfant durant les deux ou trois heures du post-partum immédiat, personnels n'ayant pas la qualification requise pour réaliser cet acte.

1.1.3. Question de recherche

Dans quelle mesure faudrait-il systématiser le peau-à-peau ou, au contraire, revoir sa politique de développement ?

1.1.4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude a été de déterminer la pertinence de la généralisation de la pratique du peau-à-peau. Les objectifs secondaires ont été d'identifier la fréquence de mise en pratique du peau-à-peau, d'évaluer les connaissances et pratiques professionnelles des acteurs de santé sur cet acte et d'en élaborer une grille de surveillance en salle de naissance. [X]

1.1.5. Hypothèses de l'étude

Les hypothèses émises sont :

- 1) Une systématisation de cet acte dans l'ensemble des établissements.
- 2) Des difficultés concernant la mise en place d'une surveillance : par le manque de temps et de moyens humains.
- 3) Des connaissances incomplètes des professionnels sur les risques encourus par le peau-à-peau.
- 4) Une absence de protocole dans certaines maternités.

1.1.6. Critère d'évaluation

Pratiques et connaissances des professionnels de santé sur le peau-à-peau en service de salle de naissance.

1.1.7. Méthodologie du recueil de données

Mise à disposition d'un questionnaire papier à compléter par les professionnels de santé dans les services de salle de naissance choisis et mise en place d'un accès au questionnaire via internet : <https://www.sondageonline.fr/s/peau>, durant la période allant du 18 octobre 2016 au 8 janvier 2017 inclus. Le questionnaire comportait 33 questions, dont 29 questions à choix multiples et 4 questions ouvertes. [IX]

1.1.8. Limites envisagées

- Biais de sélection :
 - Hôpitaux non représentatifs des pratiques de tous les hôpitaux de Lorraine.
 - Acceptation des professionnels de santé à remplir le questionnaire.
- Etude transversale :
 - Qualité des données différente de l'étude prospective : impossibilité d'inclure d'autres critères et d'autres questionnaires par la suite.

1.1.9. Procédures de minimisation des biais

- Etude multicentrique réalisée dans divers hôpitaux lorrains de niveaux différents et éloignés géographiquement (Moselle et Meurthe-et-Moselle).
- Déplacement dans les maternités pour les solliciter à remplir le questionnaire.
- Création d'un accès au questionnaire via internet : <https://www.sondageonline.fr/s/peau>.

1.1.10. Lieux d'étude

Les hôpitaux retenus ont été l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy de niveau II (Metz 57000), l'Hôpital Bel Air de niveau II (Thionville 57100), la Maternité du CHRU de Nancy de niveau III (Nancy 54000) et l'Hôpital Robert Pax de niveau I (Sarreguemines 57200). Ces sites ont été choisis compte-tenu des divergences de pratiques observées lors des stages effectués depuis 2013 et de leurs différents niveaux.

1.2.ELEMENTS DE FAISABILITE

- Acceptation des services hospitaliers choisis à autoriser la distribution des questionnaires en service de salle de naissance.
- Mise à disposition de questionnaires papiers à compléter par les professionnels de santé ou possibilité de remplir celui-ci via internet.
- Analyse et exploitation des résultats grâce à Microsoft Excel 2010.

1.3.BUDGET NECESSAIRE A L'ETUDE

- Budget concernant les questionnaires papiers dont le nombre dépendait de l'indication du cadre du service de Salle de Naissance sur chaque hôpital.
- Budget en carburant afin de déposer, puis récupérer les questionnaires dans les différentes maternités et de venir solliciter les personnels à y répondre.

1.4.PERSONNES SOLLICITEES

- Directrices du Mémoire :
Madame Céline MAUCHOFFE Sage-Femme de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy (Metz 57000).
Madame Auriane LARIETTE, Sage-Femme de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy (Metz 57000).
- Expert du Mémoire :
Madame Anne-Catherine FEUERSTEIN, Sage-Femme de l'Hôpital Robert Pax (Sarreguemines 57200).
- Les cadres de santé des services de salle de naissance de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant Mercy (Metz 57000), Madame PAUL ; de la Maternité du CHRU de Nancy (Nancy 54000), Madame GEORGE ; l'Hôpital Robert Pax (Sarreguemines 57200), Madame LUDWIG et de l'Hôpital Bel Air (Thionville 57100), Madame BASSET.
Mémoire « Le Peau-à-Peau » Eléonore VOLPINI

- Docteur WELTER, responsable de pôle, et Madame WALLERICH, cadre supérieure de santé, des hôpitaux Femme-Mère-Enfant de Mercy (Metz 57000) et Bel Air (Thionville 57100).

1.5.OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET/OU ETHIQUES

- Questionnaires anonymes ne comportant pas d'informations personnelles sur le professionnel de santé complétant le document et sur les patients(es).
- Adopter une conduite professionnelle pour le remplissage des questionnaires.
- Un questionnaire par professionnel.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

2.1. RECEPTION DES QUESTIONNAIRES

Après avoir reçu les autorisations de distribution des questionnaires papiers, les cadres de santé ont indiqué le nombre souhaité de questionnaires pour leur service de salle de naissance, dont la répartition était la suivante : 8 questionnaires ont été distribués à la Maternité du CHRU de Nancy et 20 questionnaires distribués à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy, à l'Hôpital Bel Air, et à l'Hôpital Robert Pax.

A la Maternité du CHRU de Nancy, 8 questionnaires ont été complétés ; 10 questionnaires ont été remplis à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy ; 18 à l'Hôpital Bel Air, dont l'un par 1 étudiante et 17 à l'Hôpital Robert Pax. Concernant les questionnaires disponibles via internet, 43 professionnelles de santé y ont répondu, dont 22 par des étudiantes sages-femmes et 21 par des sages-femmes. Sur les 21 sages-femmes, 7 exercent sur le site de Metz, 3 sur le site de Thionville, 10 sur le site de Nancy et 1 sur le site de Sarreguemines.

Il n'y a eu aucune réponse de la part des étudiants(es) puéricultrices et des étudiants(es) aides-soignants(es).

La totalité des 96 questionnaires, a été remplie par des femmes.

-n- représente l'effectif de la population étudiée.

2.2. CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DE LA POPULATION ETUDIEE

Tableau 1 : Répartition des professionnelles de santé en fonction du niveau de l'hôpital et des années d'exercice. (n= 96)

	Sage-Femme(%)	Aide-Soignante(%)	Puéricultrice(%)	Total des diplômées (%)	Etudiante(%)
Niveau					
1	12(21,8)	5(29,4)	1(100,0)	18(24,7)	
2	30(54,5)	7(41,2)	0(0,0)	37(50,7)	
3	13(23,6)	5(29,4)	0(0,0)	18(24,7)	
Années d'exercice					
≤ 2 ans (n=17)	14(25,5)	3(17,6)	0(0,0)	17(23,3)	5(21,7)
3 - < 5 ans (n=8)	6(10,9)	2(11,8)	0(0,0)	8(11,0)	18(78,3)
5 - < 10 ans (n=15)	8(14,5)	7(41,2)	0(0,0)	15(20,5)	
> 10 ans (n=33)	27(49,1)	5(29,4)	1(100,0)	33(45,2)	
Total	55(100,0)	17(100,0)	1(100,0)	73(100,0)	23(100,0)
Total des professionnelles n=96	55(57,3)	17(17,7)	1(1,0)		23(24,0)

Il est à remarquer que 50,7% (n=37) des professionnelles de santé ayant complété le questionnaire exerçaient dans une des deux maternités de niveau 2. Dans les maternités de niveau 1 et 3, elles sont 24,7% (n=18).

La majorité des réponses provenait des sages-femmes (57,3%, n=55), 24,0% (n=23) par les étudiantes sages-femmes, 17,7% (n=17) par les aides-soignantes et 1,0% (n=1) par les puéricultrices. 45,2% (n=33) des questionnaires ont été remplis par des professionnelles de santé ayant plus de 10 ans de métier, 23,3% (n=17) exerçaient depuis 2 ans ou moins, 20,5% (n=15) exerçaient depuis 5 à moins de 10 ans et 11,0% (n=8) exerçaient depuis 3 à moins de 5 ans. Par ailleurs, 78,3% (n=18) des questionnaires ont été remplis par des étudiantes sages-femmes en Master et 21,7% (n=5) par des étudiantes en Licence.

2.3. REALISATION DU PEAU-A-PEAU

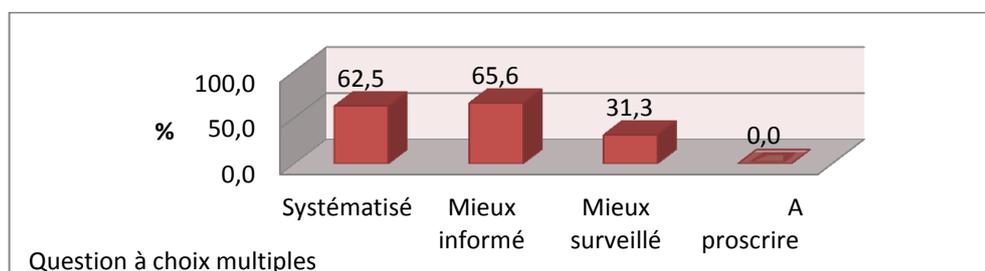


Figure 1 : Souhait de la population étudiée concernant le peau-à-peau. (n=96)

Pour 65,6% (n=63) des professionnelles de santé, l'acte du peau-à-peau devrait être mieux informé, pour 62,5% (n=60) celui-ci devrait être systématisé, 31,3% (n=30) ont souhaité qu'il soit mieux surveillé. Aucune des participantes n'a exprimé l'envie de le proscrire.

Mémoire « Le Peau-à-Peau » Eléonore VOLPINI

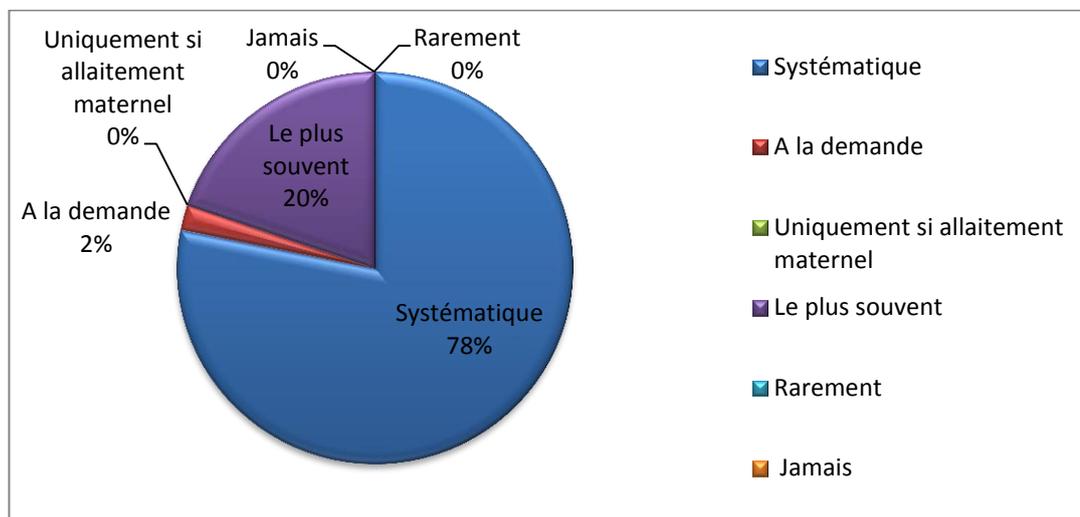


Figure 2 : Réalisation du peau-à-peau par les professionnelles de santé. (n= 96)

Le peau-à-peau est réalisé en systématique par 78,0% (n=75) des professionnelles, 20,0% (n=19) le proposaient le plus souvent et seulement 2,0% (n=2) réalisaient le peau-à-peau uniquement à la demande du couple.

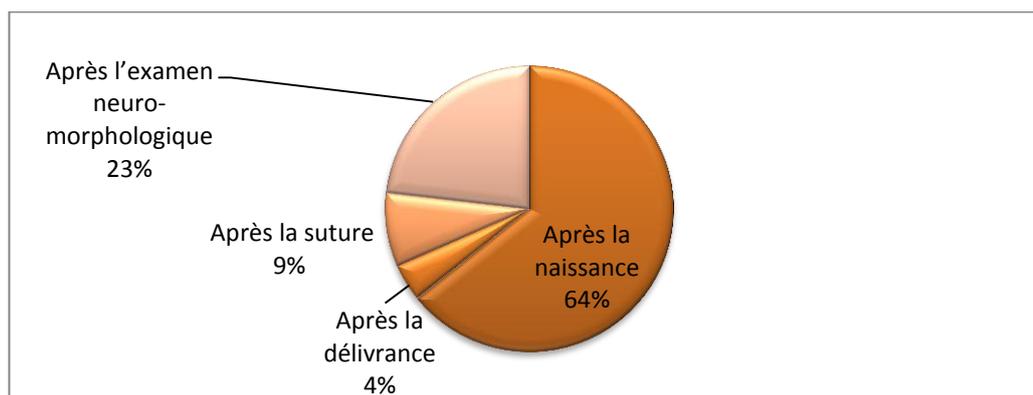


Figure 3 : Moment où le peau-à-peau est mis en place. (n=96)

Ce graphique indique que le peau-à-peau est réalisé dans 64,0% (n=61) dès la naissance de l'enfant et 23,0% (n=22) des professionnelles l'ont mis en place après avoir réalisé l'examen neuro-morphologique de l'enfant. Dans 9,0% (n=8) des cas, il est débuté après la réalisation de la suture de la mère et dans 4,0% (n=4) après la délivrance du placenta.

La durée du peau-à-peau devrait être maximale pour 78,0% (n=74) des professionnelles de santé ; c'est-à-dire, durer aussi longtemps que la surveillance du post-partum en salle de naissance soit deux heures ; mais pour 22,0% (n=21) des participantes à l'étude, un maximum d'une heure de peau-à-peau est jugé suffisant.

2.4.INSTALLATIONS EN VUE DE LA REALISATION DU PEAU-A-PEAU

Tableau 2 : Positions maternelle et néonatale optées par les professionnelles de santé lors du peau-à-peau. Questions à choix multiples (n= 96)

Positionnement					
De la mère	Assise(%)	Semi-Assise(%)	Sur le côté(%)	Couchée(%)	
	15(15,6)	78(81,3)	12(12,5)	11(11,5)	
De l'enfant	Couché sur le côté(%)	Ventre contre ventre(%)	Demi-Assis dans les bras (%)		
	9(9,4)	91(94,8)	3(3,1)		
De la tête de l'enfant	Face au sein (%)	Bien dégagée(%)	Nuque droite(%)	Face à la poitrine (%)	Tournée sur le côté(%)
	30(31,3)	77(80,2)	26(27,1)	20(20,8)	56(58,3)

D'après ce tableau, la mère devait être positionnée semi-assise pour 81,3% (n=78) des participantes, 15,6% (n=15) optaient pour une position assise de la mère, 12,5% (n=12) pour une position sur le côté et pour 11,5% (n=11) des professionnelles, la bonne position maternelle est couchée. 94,8% (n=91) plaçaient le ventre de l'enfant contre celui de la mère, 9,4% (n=9) optaient pour coucher l'enfant sur le côté et 3,1% (n=3) disposaient l'enfant demi-assis dans les bras de la mère. Concernant la position de la tête du nouveau-né, 80,2% (n=77) des participantes ont répondu qu'elle devait être bien dégagée, 58,3% (n=56) mettaient la tête de l'enfant sur le côté, dans 31,3% (n=30) la tête était face au sein maternel, dans 27,1% (n=26) la nuque de l'enfant devait être droite et dans 20,8% (n=20) la tête était face à la poitrine de la mère.

Tableau 3 : Tenue et moyens de réchauffement utilisés par la population d'étude lors du peau-à-peau. Questions à choix multiples (n=96)

Tenue et moyens						
Tenue de l'enfant	Avec des gants (%)	Avec une couche (%)	Avec un body (%)	Avec des chaussettes (%)	Avec un bonnet (%)	Complètement nu (%)
Total	1(1,0)	58(61,5)	0(0,0)	6(6,3)	83(86,5)	7(7,3)
Sages-Femmes	1(1,8)	35(63,6)	0(0,0)	5(9,1)	49(89,1)	4(7,3)
Aides-soignantes	0(0,0)	10(58,8)	0(0,0)	0(0,0)	14(82,4)	1(5,9)
Etudiantes	0(0,0)	13(56,5)	0(0,0)	1(4,3)	20(87,0)	2(8,7)
Moyens de réchauffement	Uniquement par les bras maternels(%)	Blouse (%)	Couverture (%)	Drap (%)	Lampe chauffante (%)	
Total	2(2,1)	64(66,7)	73(77,1)	67(70,8)	8(8,3)	
Sages-Femmes	2(3,6)	38(69,1)	40(72,7)	38(69,1)	7(12,7)	
Aides-soignantes	0(0,0)	11(64,7)	13(76,5)	10(58,8)	1(5,9)	
Etudiantes	0(0,0)	15(65,2)	20(87,0)	19(82,6)	0(0,0)	

Dans ce tableau, lors du peau-à-peau, 86,5% (n=83) des professionnelles habillaient l'enfant d'un bonnet, 61,5% (n=58) lui mettaient une couche, 7,3% (n=7) le laissaient complètement nu, 6,3% (n=6) lui enfilaient des chaussettes et 1,0% (n=1) mettaient des gants à l'enfant. La température de l'enfant était conservée, grâce à une couverture dans 77,1% (n=73), à un drap dans 70,8% (n=67) et avec la blouse de la mère dans 66,7% (n=64). Dans 8,3% (n=8), la lampe Mémoire « Le Peau-à-Peau » Eléonore VOLPINI

chauffante était utilisée et pour 2,1% (n=2) des professionnelles de santé seuls les bras maternels suffisaient à préserver la température de l'enfant.

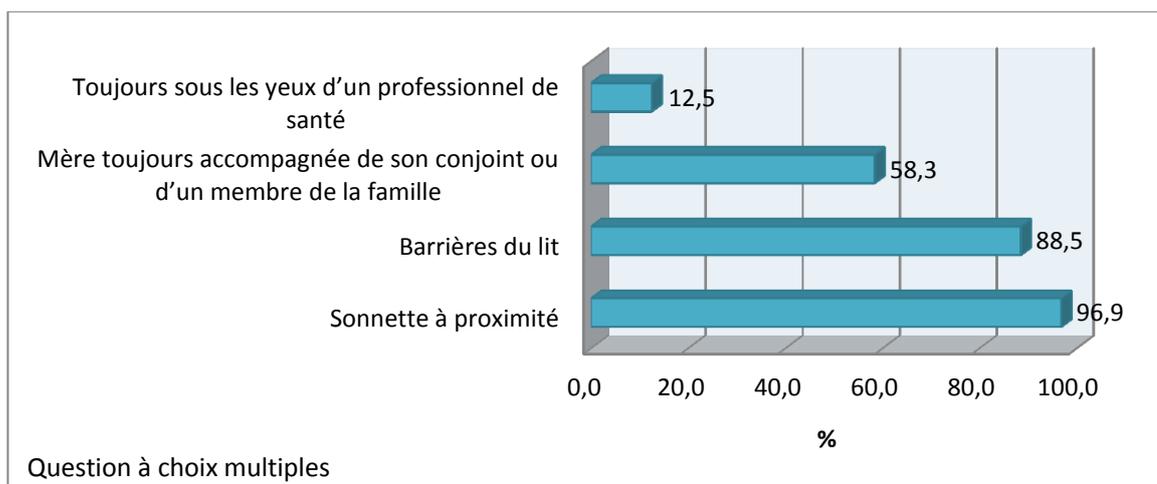


Figure 4 : Installations de sécurité mises en place par les professionnelles de santé. (n=96)

La sonnette, à proximité de la patiente réalisant l'acte du peau-à-peau, était présente à 96,9% (n=93), les barrières du lit étaient levées pour 88,5% (n=85) d'entre elles, la présence d'un accompagnant était nécessaire pour 58,3% (n=56) des professionnelles de santé et pour 12,5% (n=12) des participantes, cet acte devrait toujours être réalisé sous les yeux d'un professionnel de santé.

2.5. PROPOSITION DU PEAU-A-PEAU

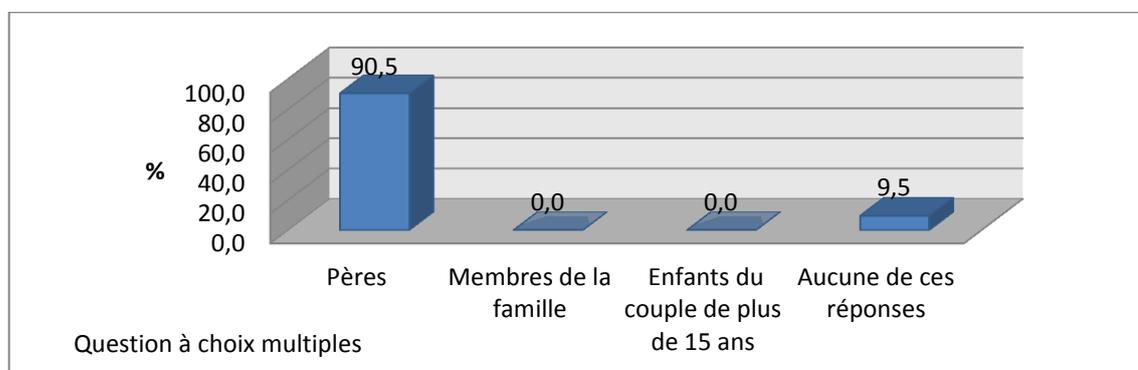


Figure 5 : Personnes pouvant réaliser le peau-à-peau selon la population étudiée. (n=95)

Les professionnelles de santé proposaient le peau-à-peau à 90,5% (n=86) aux pères ; les membres de la famille ainsi que les enfants du couple de plus de 15 ans n'étaient jamais sollicités pour la réalisation de cet acte. 9,5% (n=9) des professionnelles n'autorisaient sa réalisation qu'à la mère.

Pour 84,0% (n=79) des participantes, les femmes ne maîtrisant pas le français pouvaient réaliser l'acte du peau-à-peau sans avoir eu une traduction au préalable.

Mémoire « Le Peau-à-Peau » Eléonore VOLPINI

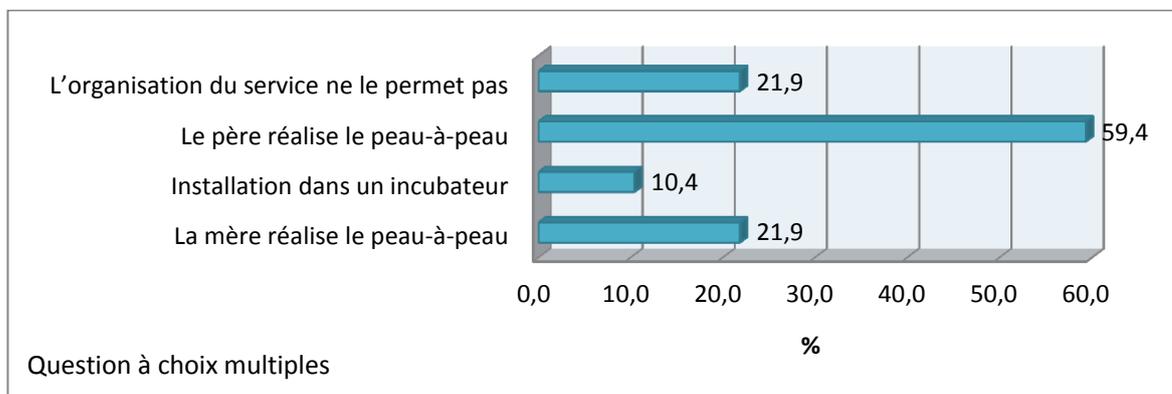


Figure 6 : Pratique du peau-à-peau chez les femmes césariées. (n=96)

Concernant les femmes ayant bénéficié d'une césarienne, dans 59,4% (n=57) le père réalisait le peau-à-peau, dans 21,9% (n=21) la mère avait la possibilité de pratiquer le peau-à-peau en salle de réveil, dans 21,9% (n=21) des cas l'organisation du service ne le permettait pas. Enfin, dans 10,4% (n=10) l'enfant était placé dans un incubateur.

2.6. DIFFICULTES RENCONTREES

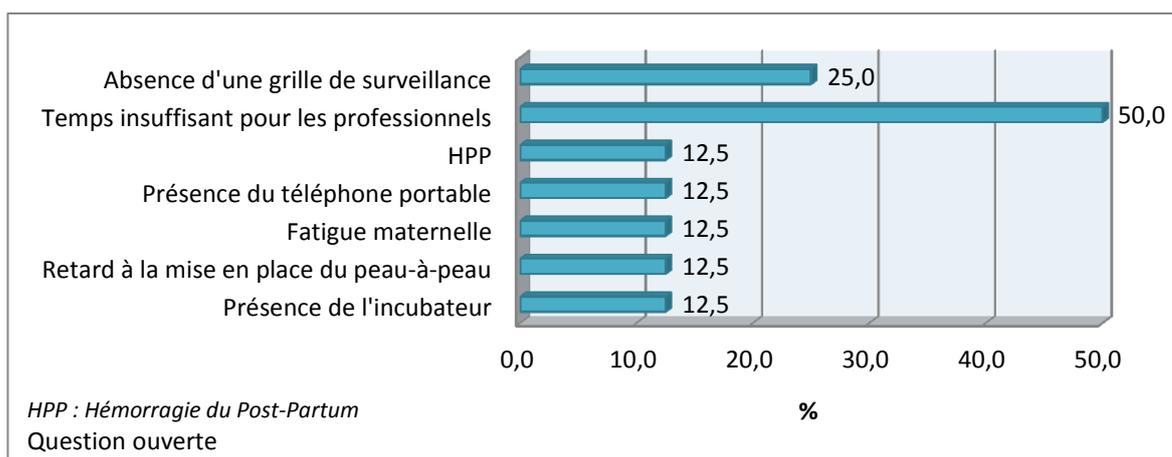


Figure 7 : Difficultés rencontrées par les professionnelles lors du peau-à-peau. (n=8)

La majorité des professionnelles de santé (92,0%, n = 87) n'ont pas rencontré de difficultés à la réalisation du peau-à-peau. Les 8,0% (n = 8) restant ont trouvé des difficultés liées au manque de temps dans la moitié des cas et à l'absence d'une grille de surveillance pour 25,0% (n=2) d'entre elles. Une très faible proportion a considéré que l'Hémorragie du Post-Partum (HPP), la présence du téléphone portable, la fatigue maternelle, le retard à la mise en place du peau-à-peau et la présence de l'incubateur étaient des freins à la réalisation du peau-à-peau.

2.7.CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELLES DE SANTE

Tableau 4 : Caractéristiques de la population sur les formations reçues concernant le peau-à-peau et la demande d'informations complémentaires. (n=96)

	Aucune information reçue Effectif (%)	Souhait de plus amples informations Effectif (%)
Population générale		
n = 96	61 (64,0)	64 (67,0)
Professions		
Aides-Soignantes (n=17)	13 (86,0)	12 (71,0)
Sages-Femmes (n=55)	30 (55,0)	29 (53,0)
Etudiantes (n=23)	18 (88,0)	22 (96,0)
Années d'exercice		
≤ 2 ans (n=17)	11 (65,0)	12 (71,0)
3 - < 5 ans (n=8)	4 (50,0)	4 (50,0)
5 - < 10 ans (n=15)	7 (47,0)	6 (40,0)
> 10 ans (n=33)	21 (64,0)	20 (61,0)

n = effectif

D'après les résultats obtenus, 64,0% (n=61) des professionnelles n'ont pas bénéficié d'informations approfondies sur le peau-à-peau. En revanche, 67,0% (n=64) ont souhaité bénéficier d'informations supplémentaires sur ce sujet.

88,0% (n=18) des étudiantes et 86,0% (n=13) des aides-soignantes n'ont bénéficié d'aucune information. Concernant les sages-femmes, un peu plus de la moitié, soit 55,0% (n=30), n'ont pas reçu d'informations. Il est à noter que 96,0% (n=22) des étudiantes, 71,0% (n=12) des aides-soignantes et 53,0% (n=29) des sages-femmes ont été demandeuses d'informations sur le sujet.

Concernant les années d'exercices, ce tableau met en évidence que les populations ayant 2 ans ou moins d'exercice et celles ayant plus de 10 ans d'exercice ont été celles qui avaient bénéficié le moins d'informations sur cet acte, avec respectivement 65,0% (n=11) et 64,0% (n=21) ; ces mêmes populations ont souhaité plus d'informations, avec 71,0% (n=12) chez celles ayant 2 ans ou moins d'exercice et 61,0% (n=20) pour celles ayant plus de 10 ans de métier. La population ayant entre 3 ans et 5 ans d'exercice et celle ayant entre 5 et 10 ans d'exercice n'ont pas bénéficié d'informations, pour respectivement 50,0% (n=4) et 47,0% (n=7) d'entre-elles ; les professionnelles ayant entre 3 et 5 ans d'exercice ont souhaité avoir des informations complémentaires pour 50,0% (n=4) d'entre elles et 40,0% (n=6) pour la population ayant entre 5 et 10 ans d'exercice.

2.7.1. Bénéfices selon les professionnelles de santé

Pour la majorité des participantes, le peau-à-peau favoriserait le lien mère-enfant (86,5%, n=83), la thermorégulation de l'enfant (83,3%, n=80) et la mise en place de l'allaitement maternel (35,4%, n=34). 21,9% (n=21) ont affirmé que le peau-à-peau veillait à sécuriser l'enfant et dans

de faibles proportions que le peau-à-peau permettait la stimulation des sens de l'enfant à la naissance (12,5%, n=12), l'adaptation du nouveau-né (11,5%, n=11), le bien être du couple mère-enfant (10,4%, n=10), l'immunité du nouveau-né (5,2%, n=5), la diminution du stress maternel et néonatal (5,2%, n=5), la décharge d'hormones maternelles (3,1%, n=3), la prévention de l'HPP (2,1%, n=2), la fierté maternelle (1,0%, n=1) et le décollement placentaire (1,0%, n=1).

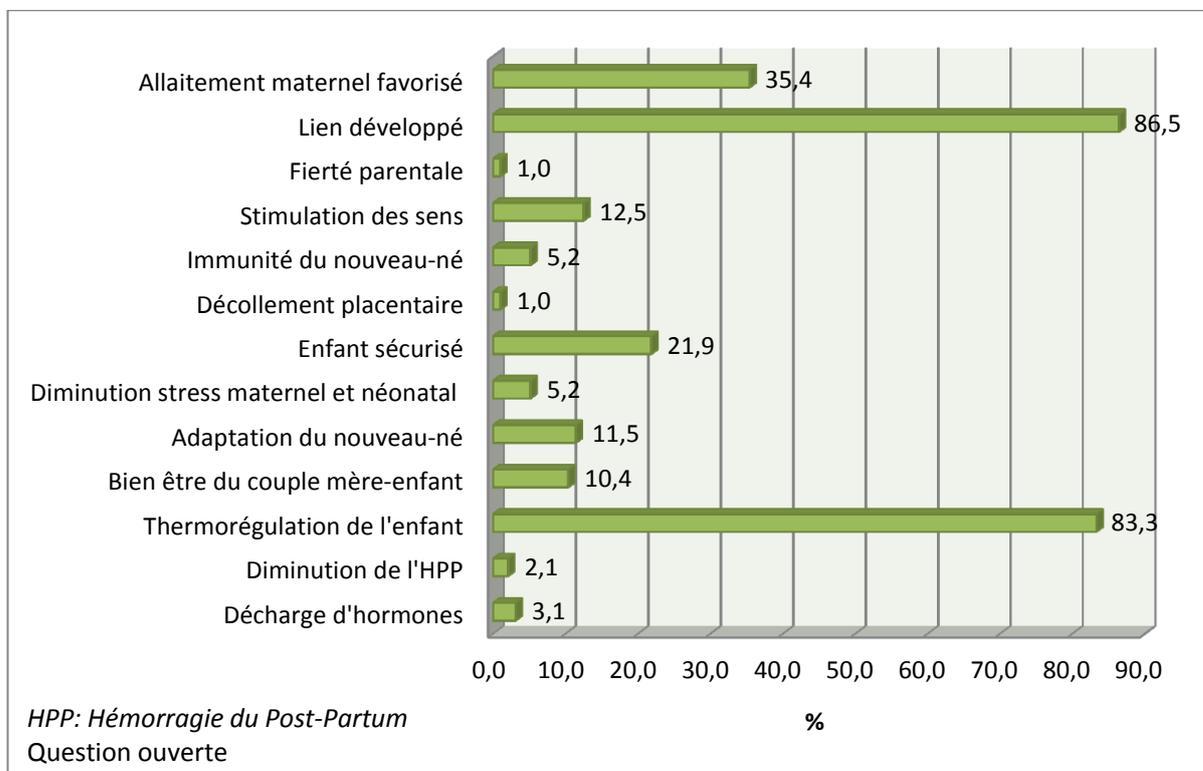


Figure 8 : Bénéfices du peau-à-peau selon les professionnelles de santé. (n=96)

2.7.2. Risques selon les professionnelles de santé

77,0% (n = 72) des professionnelles ont affirmé que le peau-à-peau présente des risques.

L'étouffement de l'enfant mis en peau-à-peau a été le risque le plus exprimé (54,2%, n=39), 31,9% (n=23) ont énoncé le risque de chute de l'enfant, 19,4% (n=14) l'atteinte cardio-respiratoire, 19,4% (n=14) l'hypothermie, 12,5% (n=9) le manque de surveillance, 8,3% (n=6) la mort subite du nouveau-né, 5,6% (n=4) les mauvaises installations, 2,8% (n=2) la fatigue maternelle, 1,4% (n=1) un excès de chaleur pour l'enfant et 1,4% (n=1) des difficultés d'adaptation pour les nouveau-nés vulnérables.

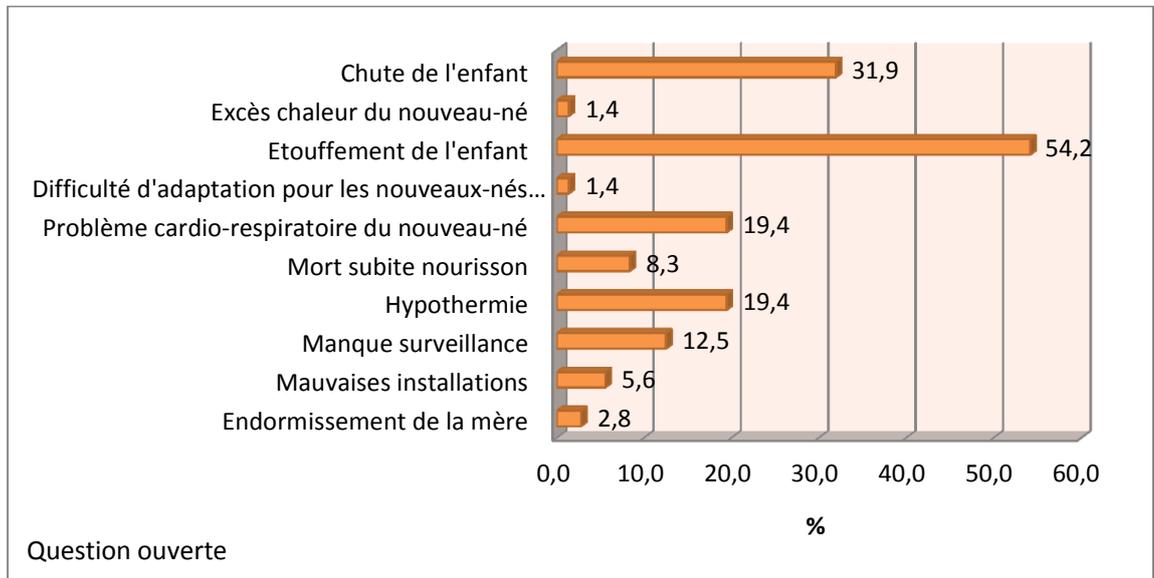


Figure 9 : Risques mis en évidence par les professionnelles de santé. (n=72)

2.7.3. Contre-indications selon les professionnelles de santé

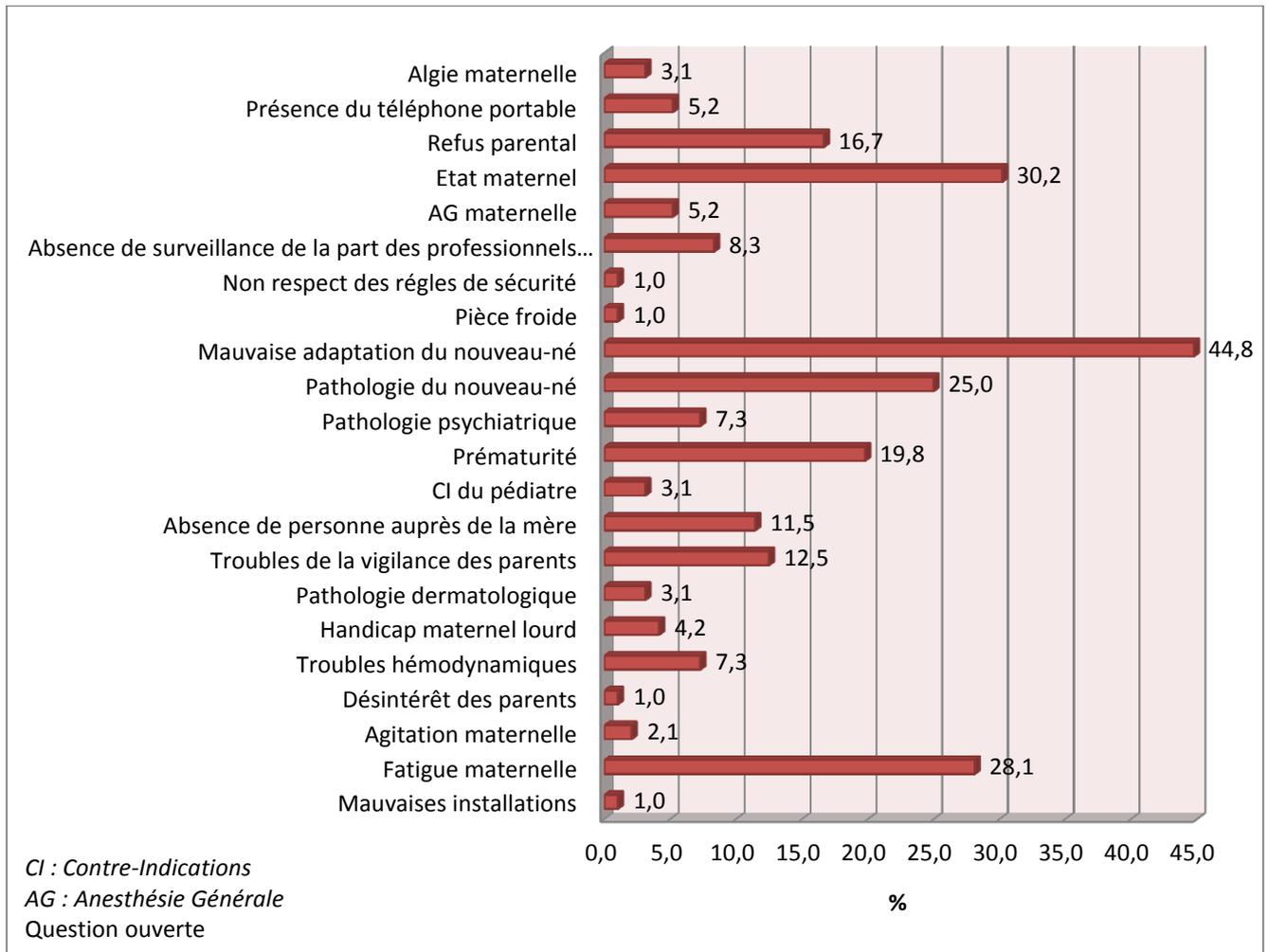


Figure 10 : Les contre-indications du peau-à-peau selon les professionnelles de santé. (n=96)

Selon les professionnelles de santé, les contre-indications à la réalisation du peau-à-peau étaient principalement la mauvaise adaptation du nouveau-né (44,8%, n=43), le mauvais état maternel (30,2%, n=29), la fatigue maternelle (28,1%, n=27) et la découverte d'une pathologie chez le nouveau-né (25,0%, n=24). On a retrouvé à 19,8% (n=19) la prématurité comme contre-indication à la réalisation du peau-à-peau, à 16,7% (n=16) le refus parental, les troubles de la vigilance parentale à 12,5% (n=12), l'absence d'une personne accompagnante auprès de la mère dans 11,5% (n=11) des cas, l'absence de surveillance de la part des professionnels dans 8,3% (n=8), des troubles hémodynamiques maternels pour 7,3% (n=7) et des pathologies psychiatriques parentales pour 7,3% (n=7). Dans de faibles proportions, ce sont : la présence du téléphone portable (5,2%, n=5), l'anesthésie générale de la mère (5,2%, n=5), la présence d'un handicap lourd maternel (4,2%, n=4), l'algie maternelle (3,1%, n=3), la réprobation du pédiatre (3,1%, n=3), la présence de pathologies dermatologiques chez la personne réalisant le peau-à-peau (3,1%, n=3), l'agitation maternelle (2,1%, n=2), le désintérêt parental (1,0%, n=1), le non-respect des règles de sécurité (1,0%, n=1), une pièce trop froide (1,0%, n=1), et les mauvaises installations (1,0%, n=1), qui ont été reconnus comme barrières à la réalisation du peau-à-peau.

2.7.4. Utilisation de l'incubateur

Pour 46,0% (n = 43) des professionnelles de santé, le peau-à-peau remplacerait l'usage de l'incubateur.

2.8. INFORMATIONS DELIVREES AUX PARENTS

94,0% (n = 89) des professionnelles de santé donneraient des informations sur la pratique du peau-à-peau ; dans cette proportion, 53,0% (n=47) des participantes donneraient les informations après la naissance, 43,0% (n=38) délivreraient les informations avant et après la naissance de l'enfant et 4,0% (n=3) uniquement avant la naissance.

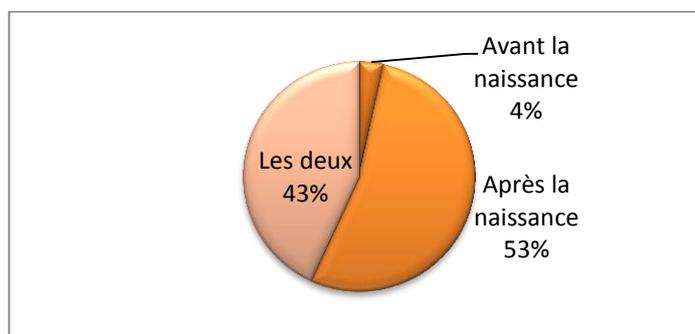


Figure 11 : Moment où les informations sont délivrées par les professionnelles aux parents. (n=96)

84,0% (n=80) des professionnelles informaient les parents sur les bénéfices du peau-à-peau et 66,0% (n=63) avertissaient les parents sur ses risques.

2.9.SURVEILLANCE REALISEE PAR LES PROFESSIONNELLES DE SANTE

98,0% (n = 92/94) des professionnelles de santé exerçaient une surveillance du peau-à-peau. Pour 63,0% (n=60) d'entre elles, la surveillance s'effectuait toutes les 10 minutes, dans 34,0% (n=32) des cas, toutes les 30 minutes ; pour 2,0% (n=2) d'entre elles, la surveillance était permanente, c'est-à-dire que le peau-à-peau était toujours réalisé sous les yeux d'un professionnel de santé. Dans 1,0% (n=1) des cas, la surveillance s'effectuait toutes les 5 minutes.

En service de salle de naissance, il existait un protocole et une grille de surveillance pour 56,0% (n = 41/73) des participantes à l'étude et dans cette population 90,0% (n=36) l'utilisaient.

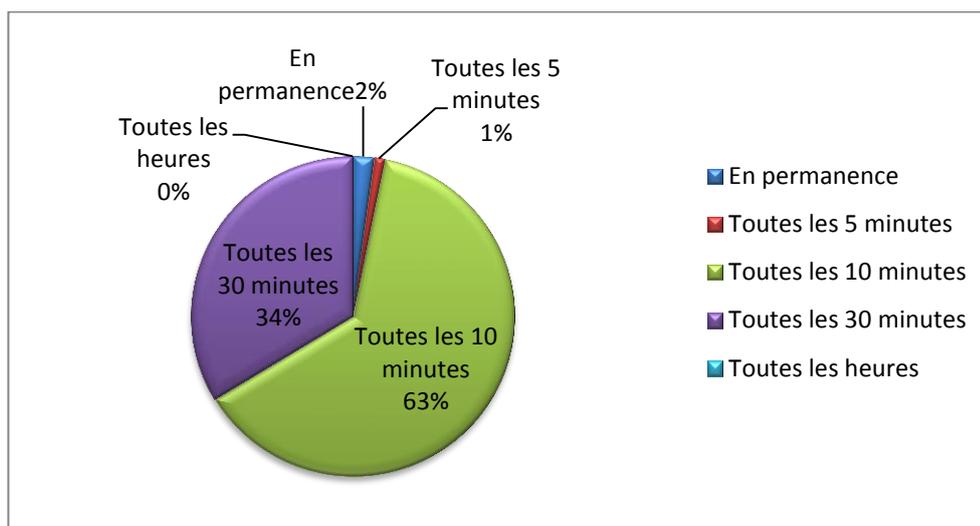


Figure 12 : Réalisation de la surveillance du peau-à-peau. (n=94)

La coloration de l'enfant représentait la surveillance majeure des professionnelles de santé (69,8%, n=67). Dans des proportions également importantes, on a retrouvé la surveillance de la position du couple mère-enfant (44,8%, n=43), la respiration de l'enfant (40,6%, n=39), le dégagement des voies aériennes supérieures (30,2%, n=29), la température de l'enfant (29,2%, n=28), les installations de sécurité (26,0%, n=25) et la vigilance des parents (15,6%, n=15). Dans de plus faibles proportions : la présence d'une personne auprès de la mère lors de la réalisation du peau-à-peau (9,4%, n=9), l'éveil du nouveau-né (9,4%, n=9), la tonicité de l'enfant (8,3%, n=8), la position de la tête du nouveau-né (6,3%, n=6), la fatigue maternelle (4,2%, n=4), l'état de la mère (4,2%, n=4), les constantes de l'enfant (4,2%, n=4), le bien être du couple mère-enfant (4,2%, n=4) et enfin l'absence du téléphone portable (1,0%, n=1).

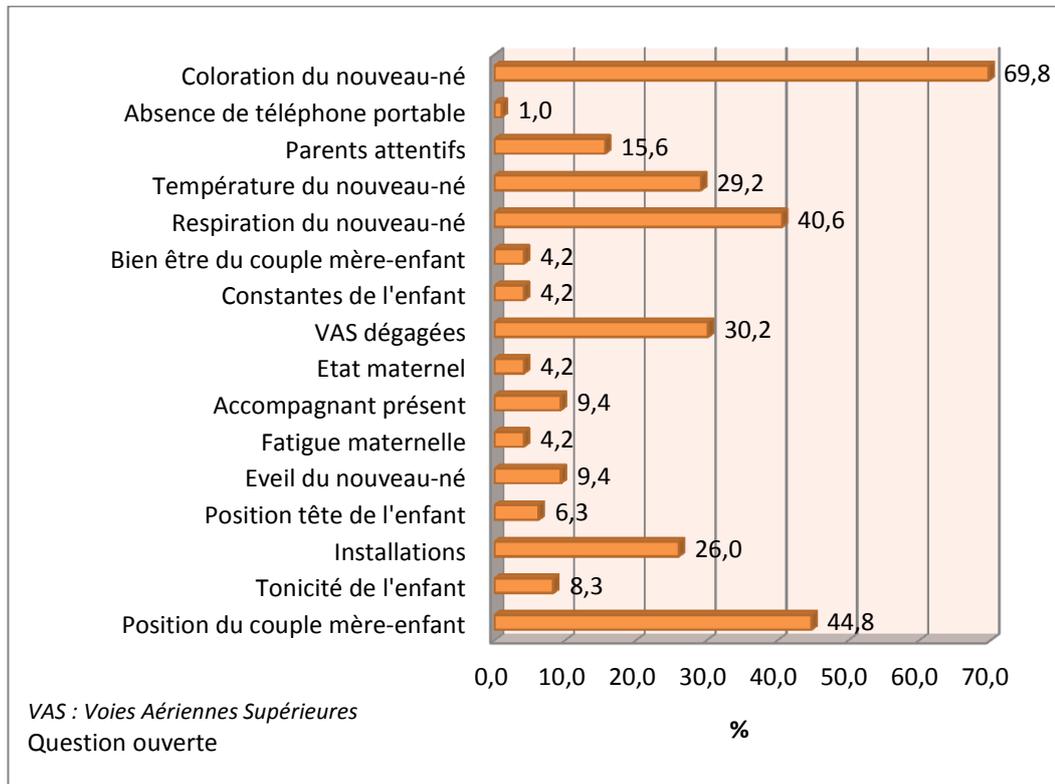


Figure 13 : Les critères de surveillance du peau-à-peau selon les professionnelles de santé.

La totalité des participantes ont été d'accord pour dire que la sage-femme était en mesure de surveiller et mettre en place le peau-à-peau (100,0%, n=96). 94,8% (n=91) ont déclaré que l'aide-soignant(e) était en capacité de le faire, 79,2% (n=76) que l'étudiant(e) le pouvait également, ainsi que 70,8% (n=68) pour la puéricultrice, sans oublier le conjoint pour 14,6% (n=14) d'entre elles.

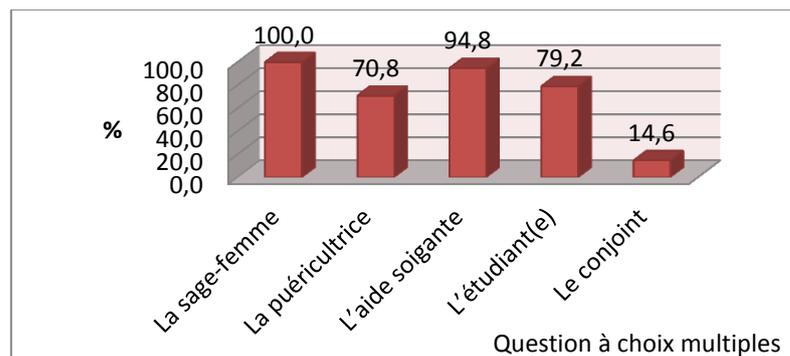


Figure 14 : Personne pouvant surveiller et mettre en place le peau-à-peau selon la population étudiée. (n=96)

70,8% (n=68) des participantes à l'étude surveillaient de manière identique chaque nouveau-né, 20,8% (n=20) les mères ayant des parités différentes, 25,0% (n=24) chacune des mères

présentant un handicap et 9,4% (n=9) des professionnelles réalisaient une surveillance différenciée dans les cas précités.

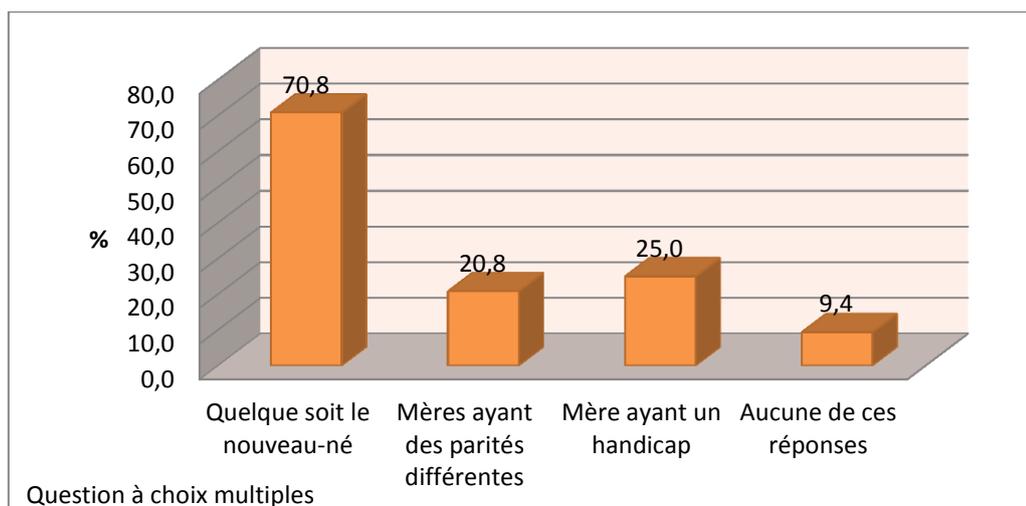


Figure 15 : Réalisation d'une surveillance identique selon les professionnelles de santé. (n=96)

Concernant les « chaussettes alarmes », 88,5% (n=85) des professionnelles ne connaissaient pas leur existence, 9,4% (n=9) auraient peur que ceci remplace la surveillance habituelle, 6,3% (n=6) ne voyaient aucun intérêt à son efficacité, 5,2% (n=5) ne s'y fieraient pas et 3,1% (n=3) aimeraient que cela se mette en place.

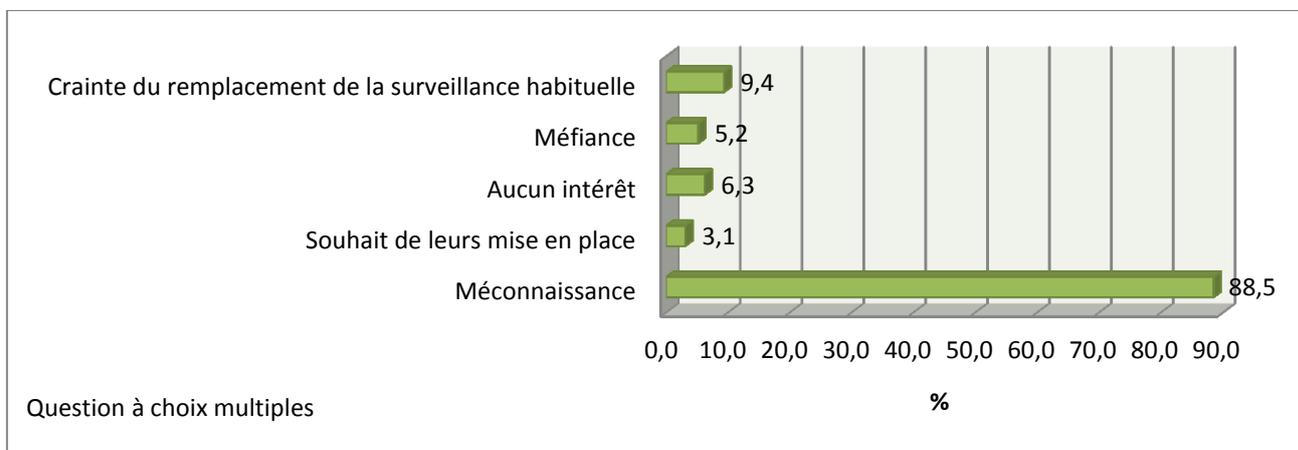


Figure 16 : Avis des professionnelles de santé sur les « chaussettes alarme ». (n=96)

PARTIE 3 : ANALYSE DE L'ETUDE

1. REALISATION DU PEAU-A-PEAU

L'acte du peau-à-peau, d'après cette étude, était un acte systématisé chez 78,0% des professionnelles. Par ailleurs, 20,0% de la population étudiée le pratiquait « le plus souvent ». Ainsi, nous pouvons conclure sur le fait que la réalisation du peau-à-peau est un acte qui se veut systématique. Par ailleurs, 62,5% de notre population d'étude ont souhaité que le peau-à-peau soit systématisé.

La mise en place du peau-à-peau, selon les recommandations, peut être effective dès la naissance de l'enfant : d'après les résultats de l'étude la majorité des professionnelles (63,5%) ont suivi ces recommandations. Ces dernières préconisent son installation dès la délivrance du placenta, 4,2% des professionnelles ont agi ainsi.⁸⁻¹³ 23,0% de notre population d'étude le mettaient en place à la suite de l'examen neuro-morphologique de l'enfant, les recommandations précisent que l'examen neuro-morphologique peut être retardé sauf si l'enfant présente une pathologie sus-citées.¹⁶ Enfin, pour 9,0% de la population, cet acte s'effectuait après la réalisation de la suture, alors qu'il pourrait être fait de façon concomitante (sous conditions d'installations de sécurité et de surveillance adéquate).¹²

2. INSTALLATIONS NECESSAIRES A LA REALISATION DU PEAU-A-PEAU

2.1.POSITION DU COUPLE MERE-ENFANT

La position maternelle, pour la majorité du personnel soignant était une position semi-assise (81,3%), en correspondance avec toutes les recommandations, permettant la vigilance maternelle. Par ailleurs, cette position évite à l'enfant de ne pas supporter tout son poids contrairement à la position assise - choisie pour 15,6% des professionnelles. La position de l'enfant à plat ventre, choisie par la majorité de la population (94,8%), favoriserait le développement de ses premiers réflexes, tel que le ramper ainsi que ses comportements d'attachement avec sa mère. *A contrario*, la position demi-assis de l'enfant dans les bras maternels, choisie par 3,1% des professionnelles, n'offrirait que très difficilement l'émergence de ces facultés. Les positions maternelles sur le côté, représentées par 12,5% de notre population d'étude et couchées représentant 11,5% ainsi que la position néonatale couchée sur le côté, choisie pour 9,4% de la population étudiée, seraient des positions non recommandées du fait des risques qu'elles engendreraient : la chute de l'enfant, son étouffement, la fatigue maternelle avec les troubles de la vigilance et la non visibilité des voies aériennes de l'enfant.¹³

Mémoire « Le Peau-à-Peau » Eléonore VOLPINI

2.2.POSITION DE LA TETE NEONATALE

Selon les recommandations, la tête de l'enfant doit avoir les voies aériennes bien dégagées, ce qui est en correspondance avec la pratique de la majorité de la population (80,2%). Le pôle céphalique doit être tourné sur le côté, comme pratiqué par 58,3% des professionnelles sondées. Les recommandations ajoutent que la nuque de l'enfant doit être droite, ce qui est un repère de non hyper-flexion ou de non hyper-extension du cou, ceci libérant ainsi les voies aériennes supérieures. Pourtant, seule 27,1% de la population étudiée s'en est inquiétée. Le positionnement de la tête face à la poitrine, choisi par 20,8% et de la tête face au sein, choisi par 31,3%, impératif dans le cadre de l'allaitement maternel, sont des positions à risques d'étouffement pour l'enfant. Ils seront subornés à la vérification du dégagement des voies aériennes.⁸⁻¹³

2.3.INSTALLATIONS DE SECURITE

Pour la sécurité du couple mère-enfant, les recommandations souhaitent que les barrières du lit soient remontées, limitant ainsi le risque de chute et que la sonnette soit à proximité de la patiente.¹²⁻²⁴ D'après les résultats obtenus, la majorité de la population étudiée positionnait la sonnette à proximité (96,9%) et remontait les barrières du lit (88,5%). La présence d'un accompagnateur auprès de la mère est indispensable, cette personne maintiendra une vigilance supplémentaire concernant la position de l'enfant et la fatigue maternelle ; pourtant seule un peu plus de la moitié de la population (58,3%) ont instauré cette présence.¹³

2.4.TENUE DE L'ENFANT

Concernant la tenue de l'enfant, la population étudiée suivait les recommandations, puisque la présence d'un bonnet (limitant la dispersion de la chaleur) adopté pour 86,5% et d'une couche (améliorant l'hygiène) pour 61,5% sont des éléments portés par l'enfant. Les recommandations n'excluant pas que l'enfant puisse être totalement nu, cette possibilité choisie par 7,3% de la population est tout à fait acceptable. La présence de gants, optée pour 1,0% et celle de chaussettes 6,3% ne seraient pas nécessaire selon les recommandations. Aucune professionnelle de santé n'a choisi le body, qui serait, par définition, une barrière à la réalisation du peau-à-peau.³

2.5. RECHAUFFEMENT DE L'ENFANT

Les recommandations préconisent que l'enfant soit recouvert d'une couverture, pratique adoptée pour 77,1% de la population.⁸ Dans le cas où la température de la pièce est inférieure à 20°C, l'usage d'une lampe chauffante est adopté par 8,3% des praticiennes.¹² Il est à noter qu'en

règle générale, les salles de naissance des hôpitaux doivent avoir des températures à minimum 25°C pour accueillir le nouveau-né.²⁶⁻²⁷ La surveillance de la température de l'enfant est indispensable afin d'éviter un excès de chaleur, tout aussi néfaste qu'une hypothermie.¹³ 2,1% de la population installaient le nouveau-né réchauffé uniquement par les bras maternels, ce qui peut occasionner des risques d'hypothermie non négligeables.

3. DUREE DU PEAU-A-PEAU

78,0% de la population étudiée laissaient le couple mère-enfant en peau-à-peau pendant 2h après la naissance. Selon les recommandations, une durée de 2h est idéale : permettant ainsi l'augmentation des bénéfiques.¹² 22,0% des professionnelles restantes, laissaient l'enfant maximum une heure en peau-à-peau ; comme cela est préconisé.⁸⁻¹³

4. DIFFICULTES RENCONTREES LORS DU PEAU-A-PEAU

Seules 8,0% des professionnelles ayant répondu à l'étude, ont rencontré des difficultés dans la réalisation du peau-à-peau. Notre étude met en évidence le manque de temps des professionnelles, qui est retrouvé dans la moitié des cas ; ceci est un frein non négligeable et qui doit être corrigé. Dans un quart des cas, l'inexistence d'une grille de surveillance est un frein à la réalisation du peau-à-peau. Il serait opportun que chaque service mette en place cet outil pour l'efficacité de la surveillance.²⁴

5. PERSONNE POUVANT REALISER LE PEAU-A-PEAU

Les résultats indiquent aussi que 9,5% des professionnelles autorisaient uniquement la mère à réaliser cet acte.

90,5% des professionnelles offraient la possibilité au père de réaliser le peau-à-peau lors d'une naissance voie basse : ceci en accord avec les recommandations qui donnent préférence au peau-à-peau versus la mise en incubateur.¹³

²⁶ Réseau Périnatal Guyane. Protocole accueil du nouveau-né normal en maternité.[En ligne]. 2013. Disponible sur : <http://www.mdr-973.fr/reseau-perinat/espace-professionnels/protocoles/protocoles-neonataux/item/474-protocole-accueil-du-nouveau-ne-normal-en-maternite>. [Consulté le 14 mars 2017].

²⁷ La Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. Interventions en prévention de l'hypothermie à la naissance chez le nouveau-né prématuré et/ou de faible poids de naissance. [en ligne]. Disponible sur : <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/newborn-health-11>. [Consulté le 14 mars 2017].

6. CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELLES DE SANTE

6.1.BENEFICES DU PEAU-A-PEAU

D'après les résultats de l'étude, la majorité des professionnelles ont acquis la notion que le peau-à-peau favorise la thermorégulation de l'enfant (83,3%), ainsi que la mise en place du lien mère-enfant (86,5%). Par ailleurs, seules 35,4% ont pensé que l'allaitement maternel est avantagé par la mise en place en peau-à-peau.³⁻⁴ Concernant l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, seulement 11,5% des interrogées ont retenu ceci comme bénéfice. 5,2% ont cité l'amélioration de l'immunité de l'enfant et 5,2% la diminution du stress du nouveau-né.⁸ L'hémorragie de la délivrance n'a été pointée quant à elle seulement deux fois (2,1%).⁸⁻⁹⁻¹¹⁻¹³ Les diminutions des pleurs et de la douleur de l'enfant n'ont pas été évoquées.⁸⁻¹³⁻¹⁸ Il est nécessaire que le personnel soignant connaisse au mieux les avantages du peau-à-peau afin de savoir les raisons de sa réalisation et de pouvoir ainsi mieux informer les parents.

6.2 RISQUES DU PEAU-A-PEAU

23,0% des professionnelles ont pensé que la pratique du peau-à-peau n'engendre aucun risque. Selon les recommandations, cet acte est un acte à risques : il peut engendrer l'étouffement de l'enfant et sa chute.⁸ Ces deux risques ont été cités avec respectivement des proportions de 54,2% et 31,9%. De nombreuses professionnelles ont estimé que le peau-à-peau pouvait avoir des conséquences négatives sur la température de l'enfant, des hypothermies pour 19,4% et des hyperthermies pour 1,4% : c'est pourquoi l'enfant doit être correctement recouvert et sa température doit être surveillée. Pour 19,4% des interrogées, le peau-à-peau pourrait entraîner une atteinte sur le plan cardio-respiratoire, or le peau-à-peau permet, *a contrario*, une meilleure adaptation de la saturation en oxygène de l'enfant ainsi qu'une stabilité cardio-respiratoire.²³ Une personne a répondu que le peau-à-peau peut engendrer des difficultés d'adaptation pour les nouveau-nés vulnérables ; en effet, cet acte doit être réalisé selon certains critères (les grands prématurés sont trop petits pour réaliser une thermorégulation efficace). Enfin, 8,3% de la population a mis l'accent sur le risque de décès du nouveau-né par chute ou étouffement.⁸⁻¹⁵⁻

²⁰[VI]

6.3.CONTRE-INDICATIONS DU PEAU-A-PEAU

Toute complication médicale est une contre-indication à la réalisation du peau-à-peau. Les professionnelles de santé répondant à l'étude l'ont bien compris. Selon elles, le mauvais état maternel était une contre-indication pour 30,2%, ainsi que la présence de troubles

hémodynamiques maternels pour 7,3% et une algie maternelle pour 3,1%. La présence d'une pathologie chez le nouveau-né en fait également partie pour 25,0%.

En corrélation avec les recommandations qui énoncent qu'un enfant doit être à terme, 19,8% des praticiennes ne réalisaient pas le peau-à-peau dans le cadre d'une prématurité. Si l'enfant présente des problèmes d'adaptations, sa réalisation est impraticable du fait que l'enfant ne pourra pas s'auto-suffire : 44,8% des professionnelles étaient en accord avec ceci.

La fatigue maternelle est également une contre-indication à la réalisation du peau-à-peau puisqu'elle engendre une baisse de la vigilance maternelle avec des risques conséquents d'étouffement et de chute de l'enfant ; cette contre-indication a été citée chez 28,1% de la population. Dans le même registre, les troubles de la vigilance des parents ont été cités chez 12,5% de la population et le désintérêt parental a été cité chez une personne. Le refus parental, cité chez 16,7% des professionnelles, est en effet une contre-indication à sa mise en place, puisqu'il ne doit pas être imposé mais proposé aux parents : l'installation d'un peau-à-peau « forcé » pouvant être à l'origine d'accidents.

Pour 7,3% de la population, la présence d'une pathologie psychiatrique retrouvée chez les parents et dans 4,2%, celle d'un handicap maternel lourd sont des freins au peau-à-peau par défaut de vigilance ou difficultés dans la mise en place.

La présence du téléphone portable citée pour 5,2% et l'anesthésie générale de la mère pour 5,2% peuvent également entraîner une baisse de la vigilance parentale.

Selon les recommandations, la présence d'une personne accompagnante auprès de la mère réalisant le peau-à-peau est indispensable, car elle permet une vigilance supplémentaire, en alerte en cas de besoin. L'absence d'une personne auprès de la mère a été citée comme contre-indication chez 11,5% de la population.¹³ La surveillance du professionnel de santé est indispensable à sa réalisation : 8,3% de la population ne réalisaient pas le peau-à-peau si la surveillance est impossible. Enfin, 3,1% contre-indiquaient le peau-à-peau si la personne réalisant le peau-à-peau présente une pathologie dermatologique contagieuse par contact en raison de l'immaturation immunologique du nouveau-né.¹¹

Toutes les contre-indications stipulées dans les recommandations sont connues des professionnelles, à noter toutefois qu'elles ne sont pas considérées à la hauteur des préconisations. Une plus ample information des praticiennes semble nécessaire car attendue d'elles.

7. SURVEILLANCE DU PEAU-A-PEAU

Au vu des risques encourus par la réalisation du peau-à-peau, il est nécessaire qu'une surveillance de la part des professionnels soit réalisée, comme le montre notre étude dans 98,0% des cas. Cette étude met en évidence que la majorité des participantes effectuaient une surveillance toutes les 10 minutes (63,0%)⁸, en cohérence avec les recommandations. 34,0% des professionnelles l'effectuaient toutes les 30 minutes, toujours selon ces recommandations, une surveillance toutes les 30 minutes est possible seulement si la première surveillance a été effectuée 10 min après l'installation du peau-à-peau et en dehors de tout critère de risque.¹³ 2,0% de la population estimait que la surveillance de la part du professionnel de santé doit être permanente et pour 1,0% de la population, la surveillance doit être menée toutes les 5 minutes (échantillons mineurs non représentatifs). A noter qu'un excès de présence dans le cadre de cette surveillance est, certes, sécurisant pour les parents, néanmoins il peut engendrer un manque d'intimité lors de la construction des liens de parentalité.²⁴

La majorité de la population étudiée avait pour critères de surveillance ceux des recommandations, qui sont la coloration de l'enfant (69,8%), la position du couple mère-enfant (44,8%), la respiration de l'enfant (40,6%), les voies aériennes supérieures dégagées (30,2%), la température de l'enfant (29,2%) et les installations de sécurité (26,0%). Certains critères de surveillance apparaissant dans les recommandations, tels que la vigilance des parents, la tonicité de l'enfant, la fatigue maternelle et l'état de la mère, n'ont quant à eux, pas souvent été cités.

Selon les recommandations, tout professionnel de santé, ayant les connaissances nécessaires sur le peau-à-peau est en mesure de réaliser sa surveillance.¹⁰ La totalité de la population étudiée était en accord pour dire, que la sage-femme peut exercer cette surveillance. Concernant les autres catégories de personnel : 94,8% accordaient leur confiance aux aides-soignants(es), 79,2% aux étudiant(e)s et 70,8% aux puéricultrices. 14,6% de notre population d'étude estimaient que le conjoint peut effectuer cette surveillance. Il a effectivement, une place de choix dans cet acte, en tant qu'accompagnateur privilégié ne se substituant pas à la surveillance des professionnels de santé.

D'après notre étude descriptive, 20,8% des participantes surveillaient de façon identique les mères ayant des parités différentes, or des études ont montré qu'un des facteurs de risque était la primiparité. Effectivement, une fatigue plus importante du fait de la durée du travail plus longue peut entraîner une vigilance moindre.²⁰ 25,0% de la population surveillaient de manière identique les mères présentant un quelconque handicap : qu'il soit d'ordre physique (mobilisation), sensoriel (audition, vision), ou linguistique. Ces patientes requièrent une attention

Mémoire « Le Peau-à-Peau » Eléonore VOLPINI

renforcée de par la nature même des risques d'incompréhension lors de la dispense des consignes de sécurité et de la mise en œuvre du peau-à-peau. Enfin 70,8% des interrogées, estimaient que chaque nouveau-né doit être surveillé de façon identique. Or certains nouveau-nés sont plus fragiles et présentent des difficultés d'adaptation ou des handicaps, compatibles avec la réalisation du peau-à-peau mais qui nécessitent une surveillance plus soutenue de la part des professionnels.¹² Seules 9,4% ont répondu exercer une surveillance différente dans ces cas précis.

Les « chaussettes alarmes » n'ont pas rencontré un franc succès auprès de notre population, la majorité (88,5%) ne les connaissait pas et seules 3,1% sont intéressées pour leur mise en service. La plupart (20,9%) y sont réticentes et n'y voient aucun intérêt.

8. CESARIENNE ET PEAU-A-PEAU

Cet acte est tout à fait possible au bloc opératoire à condition que la mère soit éveillée et en mesure de s'occuper de son enfant après l'intervention.⁸ Toutefois, dans l'étude, seules 21,9% des professionnelles acceptaient la réalisation du peau-à-peau au bloc opératoire. Nous observons par ailleurs, que selon 21,9% de la population, l'organisation du service était incompatible avec la réalisation de cet acte. 59,4% de la population étudiée offraient la possibilité au père de réaliser le peau-à-peau lors d'une césarienne. Ceci permet également au père d'être acteur de la naissance de son enfant, souvent limité du fait de son absence au bloc opératoire²⁸.

Pour 10,4% de la population, à la suite d'une césarienne l'enfant est placé directement en incubateur. Or, comme vu précédemment, le peau-à-peau offre de plus amples bénéfices que l'incubateur.²³ Nous observons par ailleurs que pour seulement moins de la moitié (46,2%) des professionnelles, le peau-à-peau remplaçait l'usage de l'incubateur.

9. INFORMATIONS DELIVREES AUX PARENTS

La majorité de la population (94,0%) informait les parents sur la pratique du peau-à-peau. Il est en effet nécessaire que les parents soient informés des bénéfices et des risques du peau-à-peau afin de le réaliser dans de bonnes conditions de sécurité et qu'ils soient attentifs vis-à-vis de leur enfant, évitant ainsi tout stress et mise en danger de celui-ci.²⁴ Il est judicieux de délivrer ces informations avant mais aussi après la naissance de l'enfant, afin que le couple puisse s'interroger sur la pertinence et l'intérêt de cet acte. On constate que dans notre population

²⁸ Dubreuil A. La place du père lors d'une césarienne en urgence. [mémoire]. Clermont Ferrand : Université d'Auvergne ; 2012. 93p.

d'étude, seules 43,0% délivraient ces informations avant et après la naissance. 4,0% des participantes à l'étude donnaient ces informations uniquement avant la naissance. Cependant, il est nécessaire de refaire le point sur cet acte après la naissance, afin que ces informations soient toujours claires dans leur esprit, diminuant ainsi les risques du peau-à-peau. De plus, la délivrance anticipée de ces informations offrira un temps de réflexion aux parents qui pourront partager leurs sentiments et leurs questionnements avec les professionnels pour une réalisation plus sereine. 53,0% des participantes délivraient ces informations uniquement après la naissance, n'offrant pas le temps de la réflexion nécessaire. Du coup, cet acte peut paraître imposé aux parents non informés au préalable et qui n'en auraient pas fait le choix. Seules 84,0% des professionnelles informaient les parents sur les bénéfices de cet acte, or il serait opportun qu'ils le soient et qu'ils puissent ainsi se faire leur propre idée. De plus, il est à noter que seules 66,0% des participantes avertissaient les parents des risques encourus.

10. FORMATION DES PROFESSIONNELLES DE SANTE

La majorité des professionnelles de santé (67,0%) ayant répondu à l'étude souhaiterait bénéficier de plus amples informations sur le peau-à-peau. 63,5% de la population n'ont bénéficié d'aucune information au préalable sur cet acte.

De ce fait, il serait bénéfique qu'une formation se mette en place dans les différents établissements de santé. Dans les écoles de sages-femmes, il serait souhaitable également qu'un cours spécifique au peau-à-peau soit dispensé aux élèves : seules 22,0% avaient bénéficié d'informations et 96,0% des étudiantes souhaiteraient avoir de plus amples informations.

Dans les services de salle de naissance, où il existe un protocole et une grille de surveillance, nous observons que 90,0% des professionnelles l'utilisaient. Il serait primordial que la totalité du personnel adopte cette grille, afin que les conditions de sécurité soient optimales. Nous pouvons nous interroger sur les raisons de cette non-utilisation. Est-ce lié à son caractère jugé inapproprié, ou à sa difficulté d'utilisation ?

CONCLUSION

Le peau-à-peau est un acte fondamental, permettant au nouveau-né de s'adapter à la vie extra-utérine. Il favorise notamment la naissance du lien mère-enfant, la mise en marche de l'allaitement maternel, la réalisation de la thermorégulation de l'enfant et bien d'autres bénéfices ; la réalisation du peau-à-peau est d'ailleurs souhaitée par de nombreux couples. Mais cet acte peut également engendrer des risques non négligeables, auxquels les professionnels et les patients doivent être alertés.

D'après l'étude réalisée, la grande majorité des professionnelles pratique le peau-à-peau de manière systématique. Les bénéfices, les risques et les contre-indications à sa mise en œuvre sont bien connus des professionnelles de santé ; toutefois les acteurs de la naissance ne les ont cités que rarement lors de mon étude. Il semble opportun que chaque professionnel de santé puisse obtenir des informations complémentaires sur cet acte ; l'analyse des données recueillies démontre une réelle attente de toutes les catégories professionnelles en ce sens. L'étude révèle que 96% des étudiantes sages-femmes souhaiteraient bénéficier d'un enseignement plus complet sur ce sujet. Concernant les installations de sécurité et le positionnement du couple mère-enfant, l'étude met en évidence que la majorité des professionnelles est en accord avec les recommandations, mais qu'il est nécessaire que l'ensemble des praticiennes disposent des mêmes critères de surveillance et qu'ils soient exhaustifs. De plus, il semble indispensable, pour une surveillance optimale, de mobiliser une attention particulière lorsqu'il existe un facteur de risque. Il me semble opportun que les informations sur la pratique, les bénéfices et les risques du peau-à-peau soient délivrées aux parents, afin qu'ils puissent prendre leur décision quant à sa réalisation et être vigilants durant l'acte. Par ailleurs, la césarienne ne devrait pas être une barrière à la réalisation du peau-à-peau, cette dernière doit être déployée au bloc opératoire ; cependant, si l'organisation du service ne la permet pas, la réalisation du peau-à-peau par le père peut tout à fait être envisageable et permettra ainsi de limiter l'utilisation de l'incubateur, obstacle à la création du lien. Enfin, il est à noter que seulement 8,0% de ma population d'étude ont rencontré des difficultés dans la réalisation du peau-à-peau, liées notamment au manque de temps et à l'absence de protocole et de sa grille de surveillance. Grâce à ce mémoire, j'ai pu élaborer cette dernière, utilisable en service de salle de naissance. [X]

Le peau-à-peau, au vu des bénéfices considérables qu'il offre, devrait être un acte systématisé. L'instauration d'une formation et d'une affiche informative semble primordiale, pour permettre aux professionnels de santé comme aux parents de pratiquer cet acte avec une parfaite vigilance.

ANNEXES

- **Annexe I** : source *Haute autorité de Santé. Favoriser l'allaitement maternel. 2006 Jun* : 6-45.
- **Annexe II** : source *Feldman-Winter L., Goldsmith J. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns [rapport clinique].Amérique; 2016. Archives de l'Académie Américaine de Pédiatrie, Volume 138, Issue 3.*
- **Annexe III** : source *Repère Réseau Périnatal Réunion. PROTOCOLE REGIONAL PEAU À PEAU EN SALLE DE NAISSANCE.[En ligne]. 2015. Disponible sur : http://www.repere.re/fileadmin/user_upload/ProtocolePAP.pdf. [Consulté le 29 Septembre 2016].*
- **Annexe IV** : source *Girard L. PEAU À PEAU... ET VOUS, DANS VOTRE ÉQUIPE, VOUS EN ÊTES OÙ ? Mettre en œuvre le peau à peau en sécurité. 2015 ; N° 446 : 1-6. [En ligne]. Article. Disponible sur le site : http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/DO_446_PUBLICATION_L_GIRARD.pdf. [Consulté le 09 septembre 2016].*
- **Annexe V** : source *Buil A., Carchon I., Apter G., Laborne FX., Granier M., Devouche E. Kangaroo supported diagonal flexion positioning: New insights into skin-to-skin contact for communication between mothers and very preterm infants [résumé].Amérique; 2016. Archives de Pédiatrie, Volume 138, Issue 3.*
- **Annexe VI** : source *Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Université Médicale Virtuelle Francophone. Le nouveau-né. [internet]. 2011-2012. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/examen_nne/site/html/cours.pdf. [Consulté le 29/09/16].*
- **Annexe VII** : source *Davrieux L. Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance [mémoire]. Paris : Université Paris Descartes ; 2012. 110p.*
- **Annexe VIII** : Echelle de Silverman source *Rambaud P. Examen du nouveau-né [cours].Université Joseph Fourier ; 2003.*
- **Annexe IX** : Questionnaire
- **Annexe X** : Grille de surveillance du peau-à-peau en salle de naissance

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

LES TABLEAUX :

- **Page 23 :**
 - Tableau 1 : Répartition des professionnelles de santé en fonction du niveau de l'hôpital et des années d'exercice.
- **Page 25 :**
 - Tableau 2 : Positions maternelle et néonatale optées par les professionnelles de santé lors du peau-à-peau.
 - Tableau 3 : Tenue et moyens de réchauffement utilisés par la population d'étude lors du peau-à-peau.
- **Page 28 :**
 - Tableau 4 : Caractéristiques de la population sur les formations reçues concernant le peau-à-peau et la demande d'informations complémentaires.

LES FIGURES :

- **Page 23 :**
 - Figure 1 : Souhait de la population étudiée concernant le peau-à-peau.
- **Page 24 :**
 - Figure 2 : Réalisation du peau-à-peau par les professionnelles de santé.
 - Figure 3 : Moment où le peau-à-peau est mis en place.
- **Page 26 :**
 - Figure 4 : Installations de sécurité mises en place par les professionnelles de santé.
 - Figure 5 : Personnes pouvant réaliser le peau-à-peau selon la population étudiée.
- **Page 27 :**
 - Figure 6 : Pratique du peau-à-peau chez les femmes césariées.
 - Figure 7 : Difficultés rencontrées par les professionnelles lors du peau-à-peau.
- **Page 29 :**
 - Figure 8 : Bénéfices du peau-à-peau selon les professionnelles de santé.
- **Page 30 :**
 - Figure 9 : Risques mis en évidence par les professionnelles de santé.
 - Figure 10 : Les contre-indications du peau-à-peau selon les professionnelles de santé.
- **Page 31 :**
 - Figure 11 : Moment où les informations sont délivrées par les professionnelles aux parents.
- **Page 32 :**
 - Figure 12 : Réalisation de la surveillance du peau-à-peau.
- **Page 33 :**
 - Figure 13 : Les critères de surveillance du peau-à-peau selon les professionnelles de santé.
 - Figure 14 : Personne pouvant surveiller et mettre en place le peau-à-peau selon la population étudiée.
- **Page 34 :**
 - Figure 15 : Réalisation d'une surveillance identique selon les professionnelles de santé.
 - Figure 16 : Avis des professionnelles de santé sur les « chaussettes alarme ».

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bruni-Bizet AF. PEAU à PEAU en salle de naissance Expérience du CHU de Nîmes. 2011 Jun 06 : 1-14.
2. Branger B. Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau-à-peau en salle de naissance. 2013 Jul 4 : 1-8.
3. La Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. Contact peau à peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé, [en ligne]. (Consulté le 21/12/15). Disponible sur : <http://apps.who.int/rhl/newborn/hsguide2/fr/>
4. Haute autorité de Santé. Favoriser l'allaitement maternel. 2006 Jun : 6-45.
5. Fernandez H., Dreyfus M. JOURNAL DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION [journal]. Elsevier Masson ; 2007.
6. Chisa R. Peau-à-peau en salle de naissance dans une maternité de niveau III : pratique et sécurité. Étude descriptive semi-expérimentale à propos de 50 sages-femmes et 58 couples « mère–nouveau-né » à la maternité du centre hospitalier universitaire de Besançon [résumé]. La revue sage-femme. 2009 Jun ; 8 (3) : 138-44
7. Vija. Histoire du peau à peau [en ligne]. (Consulté le 09/02/17). Disponible sur : <http://peau-a-peau.info/histoire-du-peau-a-peau/>
8. Feldman-Winter L., Goldsmith J. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns [rapport clinique].Amérique; 2016. Archives de l'Académie Américaine de Pédiatrie, Volume 138, Issue 3.
9. Pejoan H. Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance [article]. La revue sage-femme. 2010 ; 9 (4) : 189-94
10. Aboudiab T., Vue-Droy L., Al Hawari S., Attier S., Chouraki J. La pratique du peau à peau à la naissance est-elle sans risque? [article]. Archives de pédiatrie. 2007 ; 14 (11) : 1368-9.
11. Bieber E. Peau à peau... Cible ! Pratiques et impact du peau à peau chez les femmes césarisées. [mémoire]. Metz : Université de Lorraine ; 2014. 89p.
12. Repère Réseau Périnatal Réunion. PROTOCOLE REGIONAL PEAU À PEAU EN SALLE DE NAISSANCE.[En ligne]. 2015. Disponible sur : http://www.repere.re/fileadmin/user_upload/ProtocolePAP.pdf. [Consulté le 29 Septembre 2016].
13. Girard L. PEAU À PEAU... ET VOUS, DANS VOTRE ÉQUIPE, VOUS EN ÊTES OÙ ? . Mettre en œuvre le peau à peau en sécurité. 2015 ; N° 446 : 1-6. [En ligne]. Article.

- Disponible sur le site : http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/DO_446_PUBLICATION_L_GIRARD.pdf. [Consulté le 09 septembre 2016].
14. Buil A., Carchon I., Apter G., Laborne FX., Granier M., Devouche E. Kangaroo supported diagonal flexion positioning: New insights into skin-to-skin contact for communication between mothers and very preterm infants [résumé]. *Amérique*; 2016. *Archives de Pédiatrie*, Volume 138, Issue 3.
 15. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Université Médicale Virtuelle Francophone. Le nouveau-né. [internet]. 2011-2012. [Consulté le 29/09/16]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/examen_nne/site/html/cours.pdf
 16. Davrieux L. Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance [mémoire]. Paris : Université Paris Descartes ; 2012. 110p.
 17. Benhamou D. LA CÉSARIENNE NATURELLE [article]. *Groupe Hospitalier et Université Paris Sud*. 2014 : 4-5
 18. Pierrat V. , Bomy H., Courcel C., Dumur S., Caussette V., Bouckenhove N., Casen N., Rombaut A. Le peau à peau dans la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance [article]. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2004 ; 17(7) : 351-7.
 19. Tourneuxa P. , Dubruquec E., Baumertc A., Carpentiera E., Caron-Lesenechala E., Barcata L., Elaloufa C., Blanchardc M., Bonifacec A., Poupartc C., Gondryc J., Fontainea C. Peau-à-peau en salle de naissance : impact du monitoring de la saturation pulsée en oxygène [mémoire]. *Archives de Pédiatrie*. 2015 ; 22 (2) : 166-70.
 20. Girard L. Mettre en œuvre le peau à peau en sécurité [article]. *PEAU À PEAU... ET VOUS, DANS VOTRE ÉQUIPE, VOUS EN ÊTES OÙ ?*. 2015 ; 445 : 1-6.
 21. Kopaniak J. Surveiller son enfant grâce à des bracelets [article]. *20 minutes*. Fev 2014.
 22. Vaineau AL. Naissance : le peau à peau [article]. *Psychologies magazine*. 2011 ; 303
 23. Zaoui C., Réthoré S. Peau à peau dès la naissance pour les nouveau nés prématurés [présentation] Journée Nationale IHAB 4/11/2014 CH Valenciennes. Disponible sur : https://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2015/Zaoui-C-PAP-naiss-Premas-sansphoto.pdf. [Consulté le 9 février 2017]. 2014 : 1-27.
 24. Caspera C., Caeymaexb L., Dickya O., Akriche M., Reynauid A., Bouvardd C., Evrardc A., Kuhne P. Perception des parents de leur participation aux soins de leur enfant dans les unités de néonatalogie en France [article]. *Archives de Pédiatrie*. 2016 ; 23(9) : 974-82.
 25. Malleta I., Bomya H., Govaerta N., Goudalb I., Brasmea C., Duboisb A., Boudringhienc S., Pierrata V. Le peau à peau en médecine néonatale : connaissances et attentes des professionnels de santé dans deux unités de néonatalogie de niveau III [mémoire]. *Archives de Pédiatrie*. 2007 ; 14(7) : 881-6.

26. Réseau Périnatal Guyane. Protocole accueil du nouveau-né normal en maternité.[En ligne]. 2013. Disponible sur : <http://www.mdr-973.fr/reseau-perinat/espace-professionnels/protocoles/protocoles-neonataux/item/474-protocole-accueil-du-nouveau-né-normal-en-maternite>. [Consulté le 14 mars 2017].
27. La Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. Interventions en prévention de l'hypothermie à la naissance chez le nouveau-né prématuré et/ou de faible poids de naissance. [en ligne]. Disponible sur : <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/newborn-health-11>. [Consulté le 14 mars 2017].
28. Dubreuil A. La place du père lors d'une césarienne en urgence. [mémoire]. Clermont Ferrand : Université d'Auvergne ; 2012. 93p.

BIBLIOGRAPHIE

29. Sham Portail de Prévention. « Peau à peau »: pratique à risques ou démarche de soins « amie des bébés »?, [en ligne]. (Consulté le 21/12/15). Disponible sur : <http://prevention.sham.fr/Risques-medicaux/La-parole-a/Peau-a-peau-pratique-a-risques-ou-demarche-de-soins-amie-des-bebes>
30. Mallet I., Bomy H., Govaert N., Goudal I., Brasme C., Dubois A., Boudringhien S., Pierrat V. Le peau à peau en médecine néonatale : connaissances et attentes des professionnels de santé dans deux unités de néonatalogie de niveau III [résumé]. *Archive de pédiatrie*. 2007 Jul ; 14 (7) : 881-6
31. Maillotte A-M. Peau à peau en salle de naissance : enquête en PACA EST. [Internet]. 2008. [consulté le 29/02/2016]. Disponible sur : http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/PACA/Marseille/gen_paca/journee_annuelle/GEN_PACA_2008_3_EST.pdf.
32. Durant M. Le peau à peau, habitat naturel du nouveau-né. [Internet]. 2013. [consulté le 29/02/2016]. Disponible sur le site : http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/LR/reseau_NLR/journee_reseau/2013/NGLR_20juin_2013_acte6_peau_peau.pdf.
33. Gremmo-Feger G. Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance. [Internet]. 2013. [consulté le 29/02/2016]. Disponible sur : <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf>.
34. Laisné C., Tholozan L., Blin C. Accueil du Nouveau-né en Salle de naissance et Allaitement du prématuré. [Internet]. 2009. [consulté le 29/02/2016]. Disponible sur : <http://www.perinat->

france.org/upload/professionnelle/reseaux/PACA/Marseille/gen_paca/journee_annuelle/2009/GEN_PACA_2009_04.pdf.pdf.

35. Mochel K. PRATIQUE DU PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE A LA CLINIQUE DURIEUX [mémoire]. Saint Denis : CHU de La Réunion ; 2014. 38p.
36. Michon L. Encyclopædia Universalis. NAISSANCE - Néonatalogie [en ligne]. Article. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/naissance-neonatalogie/>. [Consulté le 29 septembre 2016].
37. Rambaud P. Examen du nouveau-né [cours]. Université Joseph Fourier ; 2003.

Le peau-à-peau

De la conceptualisation à la mise en œuvre opérationnelle : chronique d'une standardisation

Etude épidémiologique observationnelle descriptive réalisée auprès des professionnels de santé de la salle de naissance – Lorraine – 2016

Introduction : Le peau-à-peau est un acte fondamental, source de nombreux bénéfices nécessaires à l'adaptation extra-utérine du nouveau-né. Il peut toutefois occasionner des risques, qui doivent être connus des professionnels de santé et des parents. L'objectif de l'étude est de déterminer la pertinence de la généralisation du peau-à-peau, en évaluant connaissances et pratiques des professionnels.

Méthode : Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive, de nature transversale, par attribution d'un questionnaire papier à un instant T et par un accès internet à celui-ci durant la période allant d'octobre 2016 à janvier 2017 et de nature multicentrique, par la distribution du questionnaire dans plusieurs hôpitaux de Lorraine. La population étudiée était le personnel soignant travaillant en salle de naissance, comprenant sages-femmes, aides-soignants, puéricultrices et étudiants. Le critère de jugement était l'évaluation des pratiques et connaissances des professionnels sur le peau-à-peau.

Résultats : Les résultats des 96 questionnaires complétés montraient, que le peau-à-peau est un acte systématisé pour 78,0% des professionnelles. Pour la majorité, son installation est en cohérence avec les recommandations. Seule 8,0% de la population a éprouvé des difficultés dans sa mise en œuvre, soit par manque de temps et/ou d'absence de grille de surveillance. Concernant les connaissances des professionnelles, certains bénéfices n'étaient pas connus, les contre-indications étaient citées mais avec des faibles proportions et 23,0% pensaient que le peau-à-peau n'engendrait aucun risque. 67,0% de la population souhaitait bénéficier de plus amples informations, voire d'une formation sur cet acte.

Conclusion : Le peau-à-peau, par l'apport de nombreux bénéfices, devrait être un acte généralisé. Les professionnelles suivent les recommandations, mais souhaitent la création d'une formation sur ce thème, pour une parfaite réalisation.

Mots clés : Peau-à-peau, Allaitement maternel, Post-partum immédiat, Adaptation extra-utérine.

Introduction : Skin-to-skin care is a fundamental act, source of many necessary benefits for the extra-uterine newborn child's adaptation. However it can also cause risks, which have been known by healthcare professionals and parents. The objective of the study is to determine the skin-to-skin generalization's relevance, by estimating knowledge and practices of professionals.

Method : It was an observational descriptive epidemiologic study based of a cross-sectional survey, by allocation of paper questionnaires at a T moment and by internet access during the period dating from October 2016 to January 2017 and of multicenter nature, by the distribution in several hospitals in Lorraine. The study population was the professionals who were working in delivery rooms, comprising midwives, nursing auxiliaries, nursery nurses and students. The evaluation goals focused on practices and knowledge of the professionals on skin-to-skin.

Results : 96 questionnaires' results showed that skin-to-skin is a systematized act for 78,0% of the healthcare professionals. For a majority, its installation was consistent with the recommendations. Only 8,0% felt the difficulties : these observed were based on a lack of time and/or a protocol. Regarding the knowledge level, some care benefits were not known, the contraindications were only quoted with small proportions and 23,0% of professionals estimated that skin-to-skin did not generate risk. 67,0% of the studied population wished to benefit from more ample information about this care.

Conclusion: The skin-to-skin, by the added value of many benefits, should be widespread. The healthcare professionals globally follow the recommendations, but they wished for more training for a perfect fulfillment.

Keywords : Skin-to-skin, Breastfeeding, Immediate post-partum, Extra-uterine adaptation.