

Bienveillance et sécurité de la prise en charge du nouveau-né bien-portant en salle de naissance.

Enquête de pratiques réalisée du 1er au 19 septembre 2014,
auprès des sages-femmes, auxiliaires de puériculture
et aides-soignantes du CHU d'Angers

Étude descriptive, transversale, prospective, mono-centrique.

Roux Marguerite

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Sous la direction de Madame Rodier Eliane - Cadre sage-femme
Et Madame Rouillard Cécile - Directrice de l'école de sage-femme

Soutenu publiquement le 28 mai 2015

Creative commons



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :

Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).

Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.

Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



Engagement de non-plagiat

Je, soussigné(e) ROUX Marguerite

déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **27/04/2015**

Cet engagement de non-plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires

Présidence de l'université
40 rue de Rennes - BP 73532
4935 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



Remerciements

Je tiens à remercier Madame Éliane Rodier qui a accepté de diriger ce mémoire. Sa disponibilité, ses conseils et son accompagnement tout au long de ce travail m'ont été précieux.

Je remercie également Madame Cécile Rouillard, pour son investissement et son dynamisme, sans oublier l'aide qu'elle m'a apportée dans l'exploitation des données.

Je remercie Madame Sylvie Boudier de m'avoir permis de réaliser mon enquête de pratique en salle de naissance. Merci du temps qu'elle m'a accordé et de sa participation à la mise en place de ce projet en salle de naissance.

Un grand merci à toutes les sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes et étudiants sages-femmes qui ont participé à cette enquête de pratique et sans qui ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour. Merci de l'intérêt porté à mon projet, merci d'avoir pris le temps de répondre aux questionnaires même lors des gardes chargées.

Merci à madame Virginie Roué et à Laura Bodineau qui m'ont aidée à préparer mon enquête de pratiques et qui m'ont guidée dans la construction de mon questionnaire.

Merci à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire et que je n'aurais pas cités.

Merci à mes camarades de classe pour ces quatre belles années !

Enfin merci à ceux qui m'ont soutenue pendant ces cinq années d'études et qui se reconnaîtront...

Sommaire

Glossaire	.....	06
Introduction	.....	07
Matériel et Méthode	.....	10
1. Schéma de l'étude	.....	-
2. Population	.....	-
3. Méthode	.....	-
Résultats	.....	12
Discussion	.....	18
Conclusion	.....	21
Bibliographie	.....	22
Annexes	.....	23

Glossaire

AA : Allaitement Artificiel

AM : Allaitement maternel

Amixte : Allaitement mixte

APD : Analgésie péridurale

AP/AS : Auxiliaire de puériculture et Aides-soignantes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EE : Efforts expulsifs

ESF : Etudiant sage-femme

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du post-partum

ILCOR : International Liaison Committee On Resuscitation

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

LA : Liquide Amniotique

MD : Mean Difference (Ecart moyen)

Nné : nouveau-né

P-à-p : Peau-à-peau

RPM : Rupture prématurée des membranes

RR : Risque relatif

RSN : Réseau sécurité Naissance des Pays de Loire

RU/DA-RU : Révision utérine / Délivrance artificielle – Révision utérine

SF : Sage-femme

VB : Voie basse



Introduction

La naissance est depuis toujours accompagnée de rituels autour de l'accueil de l'enfant et des soins qui lui sont prodigués. Ceux-ci diffèrent et évoluent selon les cultures, les sociétés, les croyances et les époques.

En France, au XIXème et XXème siècle, sous l'impulsion du courant hygiéniste, du développement de l'obstétrique et de l'anesthésie, la majorité des naissances bascule du domicile vers le milieu hospitalier (1). Cette prise en charge des mères et des nouveau-nés permet de diminuer nettement la mortalité maternelle et périnatale. Le taux de mortalité maternelle passe ainsi de 116,4 décès pour 100 000 naissances en 1946 à 6,5 en 2000 (2).

Cette médicalisation conduit à séparer le nouveau-né de sa mère dans les minutes suivant sa naissance. En effet, après avoir été placé sur le ventre de sa mère, l'enfant est rapidement emmené sur une table d'examen, parfois dans une pièce séparée. Des soins et des gestes techniques sont alors réalisés de façon systématique. Puis, le nouveau-né est emmailloté ou habillé avant d'être rapporté à sa mère.

Au XXe siècle, les travaux de Winnicott et de Spitz introduisent la notion d'attachement et interrogent cette prise en charge du nouveau-né. Les préjugés de certaines pratiques sur l'adaptation physiologique et comportementale des nouveau-nés à la vie extra-utérine sont mis en évidence à plusieurs reprises. : Aspirations pharyngée et gastrique, bain donné après la naissance (3)(4)(5). Carrasco décrit par exemple, dès 1997, les effets néfastes de l'aspiration du nouveau-né sur sa saturation en oxygène (6).

En parallèle à ces différentes études, le concept de bientraitance fait son apparition à l'hôpital au début des années 2000. La définition donnée par la HAS est « [...] une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. » (7).

En 2002, la loi Kouchner sur les droits du malade et la qualité du système de santé vient conforter cette nouvelle conception de la prise en charge du patient et lui donner un cadre législatif. Le titre II de la loi, « démocratie sanitaire », valorise la place de l'usager au sein du système de santé et affirme ses droits. Cette loi favorise l'expression des usagers afin qu'ils puissent prendre part aux orientations de la politique de santé (8).

C'est également dans ce contexte qu'une demande des patientes et des couples émerge. Les états généraux de la naissance en juin 2003 ont relevé une insatisfaction de la part de certains usagers de la périnatalité souhaitant des pratiques plus respectueuses du déroulement physiologique de l'accouchement et regrettant une « médicalisation parfois excessive et systématique » (9). Cette réflexion a été prise en compte dans l'élaboration du plan de périnatalité "Humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007". Un de ses objectifs était en effet d'améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant (10).

Grâce à ces observations et ces études, une autre approche de la prise en charge des nouveau-nés est proposée. En 2000 Franck et Lawhon introduisent le concept de soins de développement auprès des nouveau-nés prématurés. Le programme NIDCAP « Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program » se développe aussi à cette période.



La philosophie de ce programme est de recentrer les soins apportés aux nouveau-nés sur leurs besoins physiologiques, en observant leur comportement, en favorisant un environnement propice à leur développement et en intégrant les parents à leur prise en charge (11)(12).

En parallèle, le soin de peau-à-peau prend son essor. Il consiste à installer l'enfant préalablement séché, nu, avec un bonnet et éventuellement une couche en contact direct sur la poitrine nue de sa mère ou de son père(13). Mis en place dans les unités de néonatalogie, ce soin s'est étendu à tous les nouveau-nés en salle de naissance. Les bénéfices du peau-à-peau sur l'adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine et sur la mise en place de l'allaitement maternel sont aujourd'hui décrits (14)(15)(16)(17). En 2007, une méta-analyse de 34 études randomisées, réalisée par la Cochrane, mettait en avant un lien entre la réalisation d'un peau-à-peau immédiat et prolongé et l'augmentation du taux d'allaitement maternel à un et 4 mois (RR 1.27). Le peau-à-peau augmentait aussi la durée de l'allaitement maternel de façon non significative (MD 42.55 jours, $p<0,06$). Les nouveau-nés bénéficiant d'un peau-à-peau immédiat et prolongé présentaient des taux sanguins de glycémie plus élevés (MD 10.56 mg/dL), une meilleure régulation de leur température, une diminution des pleurs (MD : -8.01) et une augmentation des scores d'attachement maternel précoce. En 2006, la HAS recommande dans son guide « Favoriser l'allaitement maternel » le contact peau-à-peau après la naissance et reconnaît ses bénéfices pour l'adaptation à la vie extra-utérine, sur le démarrage de l'allaitement maternel mais aussi ses bienfaits sur la communication entre la mère et son enfant, allaité ou non (17).

Des cas de malaises pouvant conduire au décès du nouveau-né sont observés et posent la question de la nécessaire sécurisation du peau-à-peau. Il n'existe pas de fichier de relevé de ces malaises au niveau national permettant de préciser leur incidence et leur fréquence. Cependant, bien qu'il n'ait pas été retrouvé de chiffres précis dans le cadre de ce travail, ces évènements sont porteurs de mortalité et de morbidité néonatale. Au sein du réseau Sécurité Naissance des pays de la Loire, 27 malaises dont 8 avec décès, ont été déclarés entre 2001 et 2013 (13). Ces malaises du nouveau-né viennent souligner l'importance de conjuguer la bienveillance des soins avec leur impérative sécurité. Des modalités de surveillance du peau-à-peau ont pu être proposées grâce à la mesure de la saturation et du pouls néonatal par voie transcutanée. Cette surveillance n'est néanmoins indiquée que dans certaines situations. Le RSN la recommande lorsque la surveillance du nouveau-né et de sa mère n'est possible que toutes les 15-20 minutes par exemple (13).

Le rôle de la sage-femme est primordial auprès de la mère et du nouveau-né en salle de naissance. Le code de déontologie des sages-femmes et le référentiel métier énoncent que les sages-femmes ont la charge d'assurer la surveillance de la mère et de l'enfant lors des deux premières heures de vie en salle de naissance (18)(19). Selon l'arrêté du 18 octobre 1994, tout nouveau-né doit avoir un examen complet avant de quitter la salle de naissance (20). Le RSN rappelle que l'objectif de cet examen est de « s'assurer de l'absence de pathologie vitale respiratoire ou cardiaque [...] et dépister des anomalies et malformations [...] nécessitant soit une prise en charge rapide avec l'appel du pédiatre, soit une information auprès des parents. »(21). Cet examen est l'une des compétences de la sage-femme. La HAS précise : « La sage-femme procède au premier examen du nouveau-né pour s'assurer de l'absence d'urgence vitale et repérer une éventuelle anomalie ou malformation, justifiant l'appel du pédiatre.»(22).



Seuls 10 % des nouveau-nés ont besoin d'une assistance en salle de naissance (23). Pour ces nouveau-nés, des recommandations claires de prise en charge sont établies par l'ILCOR (23). Des consensus ont été établis sur la réalisation de certains soins et des recommandations ont pu être faites au sein de réseaux de périnatalité (21)(24)(25). Cependant, il n'existe pas de recommandations internationale et nationale sur la prise en charge globale de ces 90% de nouveau-nés bien-portants.

Le développement du peau-à-peau est ainsi venu rappeler la nécessité de penser la bientraitance des soins auprès des nouveau-nés dans un environnement garantissant leur sécurité. Comment, alors, les pratiques actuelles des soignants auprès des nouveau-nés bien-portants en salle de naissance parviennent-elles à concilier bienveillance et sécurité ?

L'objectif de cette étude était de décrire les soins (techniques et de confort) prodigués au nouveau-né bien-portant dans les deux premières heures de vie.

Le critère de jugement principal était les caractéristiques du peau-à-peau.

Les critères de jugements secondaires étaient la réalisation des gestes techniques : aspiration du nouveau-né, vérification de la perméabilité des choanes, réalisation d'un test à la seringue, d'un frottis gastrique, prise de température et réalisation de l'examen morpho-neurologique.



Matériel et Méthode

Schéma de l'étude

Étude descriptive, transversale, prospective, mono-centrique, réalisée par auto-questionnaires remplis par les soignants de salle de naissance du CHU d'Angers entre le 1er septembre 2014, minuit et le 19 septembre 2014, 6h01.

Population

Les cent premiers nouveau-nés, définis comme normaux, nés à partir du 1er septembre 2014 au CHU d'Angers.

Critères d'inclusion :

- à terme
- singleton
- nés par voie basse
- score d'Apgar >7 à 5 minutes de vie
- Liquide amniotique non méconial

Critères d'exclusion :

- Transfert pour raison médicale.
- Naissance out born.
- Contexte septique à l'accouchement ou pendant le travail.
- Risque infectieux, en l'absence d'une antibioprophylaxie complète pendant le travail :

(au moins 2 injections d'antibiotiques) :

- un prélèvement vaginal positif au streptocoque B au cours de la grossesse
- une bactériurie à Streptocoque B en cours de grossesse
- un antécédent d'infection materno-foetale à Streptocoque B
- l'absence de prélèvement de dépistage ou un des facteurs de risque suivant : Accouchement avant 37 SA, RPM supérieure à 12 heures ou température maternelle supérieure à 38°C.

Méthode

Les nouveau-nés ont été inclus par les sages-femmes.

Le recueil de données a été effectué par auto-questionnaires auprès des sages-femmes et auxiliaires de puéricultures ou aides-soignantes de salle de naissance. Il a été complété dans un second temps par l'étudiant-chercheur à partir des dossiers obstétricaux des patientes.

Une rencontre avec Madame Roué, ingénierie de la cellule qualité, a permis d'élaborer un cahier des charges d'enquête de pratiques afin d'organiser le déroulement de l'étude (Annexe 1) et de travailler la réalisation du questionnaire.

Le questionnaire (Annexe 2) a été testé auprès des équipes de salle de naissance les 20 et 21 août 2014 sur deux gardes de jour et une garde de nuit. Cinq questionnaires tests ont été recueillis.

Le questionnaire a également été présenté à Madame Boudier, cadre sage-femme de salle de naissance.

Suite au test du questionnaire et à la rencontre avec Madame Boudier, des modifications ont été apportées au questionnaire pour faciliter sa compréhension et le recueil des horaires du peau-à-peau par les équipes soignantes.



La période de recueil s'est étendue du 1er au 19 septembre 2014 dans l'objectif d'inclure de façon exhaustive les cent premiers nouveau-nés normaux du mois.

La sage-femme décidait d'inclure le nouveau-né à la naissance lorsqu'il répondait aux critères d'inclusion qui étaient rappelés sur chaque questionnaire. Elle remplissait le questionnaire avec l'auxiliaire de puériculture ou l'aide-soignante puis le remettait dans une bannette de retour prévue à cet effet.

Pendant les deux premières semaines du recueil, un passage était effectué par l'étudiant-chercheur à chaque changement d'équipe de garde. Le questionnaire était réexpliqué aux soignants. Les questionnaires remplis étaient récupérés. L'exhaustivité des inclusions était vérifiée à partir du cahier d'accouchement.

La dernière semaine du recueil, un passage quotidien était effectué pour recueillir les questionnaires par deux autres étudiantes en stage à cette période au CHU. L'exhaustivité des inclusions a été vérifiée à la fin de la période en comparant le nombre de questionnaires recueillis au nombre de naissances sur le cahier d'accouchement. Une recherche était alors effectuée dans les dossiers obstétricaux des mères de nouveau-nés bien-portants pour retrouver d'éventuels questionnaires oubliés, lorsqu'ils n'avaient pas été déposés dans la bannette de retour.

Le recueil de données était complété dans un deuxième temps par une fiche renseignant les caractéristiques maternelles, du travail et de l'accouchement (Annexe 3). Cette fiche était remplie par l'étudiant-chercheur pour chaque nouveau-né inclu à partir des dossiers obstétricaux en suite de couche ou aux archives.

L'absence de critères d'exclusion pour les nouveau-nés inclus par les sages-femmes était vérifiée à partir des dossiers obstétricaux.

Les sages-femmes ont été informées de l'étude à partir du 21 août. La communication s'est faite par des messages postés sur la messagerie électronique collective des sages-femmes, et affichés sur les plannings de sages-femmes, des auxiliaires de puériculture et des aides-soignantes. Des mails ont aussi été transférés par les sages-femmes entre elles sur leurs boîtes mails personnelles. Pendant la durée du recueil, des informations ont été réalisées auprès des équipes pour les informer de la progression de l'étude.

Des fiches mémo petit format étaient à la disposition des soignants (Annexe 4). Elles avaient pour but de tenir dans la poche des soignants et leur permettre de noter les horaires de mise en peau-à-peau et d'interruption au moment même de la prise en charge de l'enfant. L'objectif était de faciliter ainsi le remplissage du questionnaire par la suite. Un porte-vue était présent pour les soignants sur le bureau central de salle de naissance tout le long du recueil. Il présentait le questionnaire en grand format et répondait aux questions qui avaient été posées lors du test du questionnaire ou des passages en salle de naissance. Les soignants avaient également la possibilité d'y laisser des messages ou remarques à propos de l'étude.

Une adresse mail avait été créée afin de pouvoir répondre aux questions et prendre connaissance des remarques éventuelles de l'équipe à l'égard de l'étude. L'étudiant-chercheur y répondait.

Les données recueillies ont été saisies informatiquement grâce au logiciel Epidata.

L'analyse statistique a été effectuée à partir du logiciel d'analyse de données Epianalysis.

Pour décrire les variables qualitatives, des effectifs et calcul de pourcentages ont été réalisés.

Pour comparer des variables quantitatives (durée du peau-à-peau), le test de Student a été calculé.

Le risque α de 1ère espèce à 95% a été utilisé, les différences étant considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0,05.



Résultats

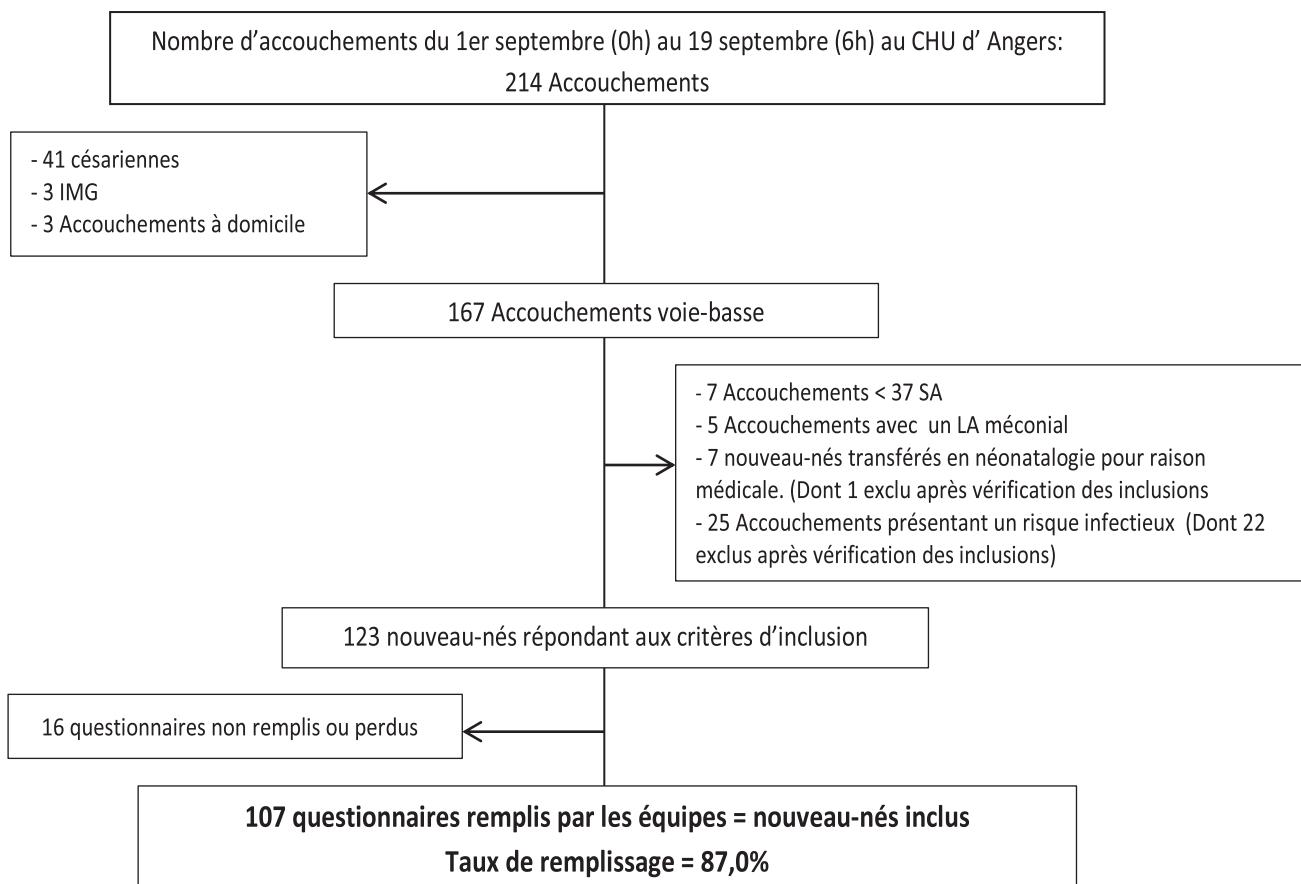


Figure 1 : Diagramme de flux représentant la sélection des nouveau-nés pour l'enquête de pratiques : « Bienveillance et sécurité de la prise en charge du nouveau-né bien-portant en salle de naissance ». Réalisée du 1er au 19 septembre 2014 auprès des équipes de salle de naissance du CHU d'Angers.

Caractéristiques de la population :

- Le poids moyen des nouveau-nés était de 3359,9 grammes (+/- 438,8g).
- 3 nouveau-nés ont été réanimés: 1 stimulation/aspirations, 2 stimulation - aspirations - ventilation au masque.
- 11 Hémorragies du post-partum (HPP) et une déchirure du 3ème degré représentaient les 12 complications de l'accouchement.

Tableau I : Caractéristiques maternelles, des nouveau-nés, du travail et de l'accouchement de l'enquête de pratiques « Bienveillance et sécurité de la prise en charge du nouveau-né bien-portant en salle de naissance ». Réalisée du 1er au 19 septembre 2014 au CHU d'Angers.

Caractéristiques maternelles	n	%
Parité (N=107)		
IP	40	(37,4%)
IIP	42	(39,2%)
III P et plus	25	(23,4%)
Caractéristiques des Nouveau-nés		
Sexe (N=107)		
Féminin	56	(52,3%)
Masculin	51	(47,7%)
Apgar (N=107)		
APGAR < 7		
à 1 minute de vie	3	(2,8%)
à 3 minutes de vie	2	(1,9%)
APGAR > 7		
à 1 minute de vie	104	(97,2%)
à 3 minutes de vie	105	(98,1%)
à 5 minutes de vie	107	(100%)
pH au cordon (N=102)		
7,0<pH<7,15	12	(11,8%)
pH>7,15	90	(88,2%)
Caractéristiques du travail et de l'accouchement		
Moment de l'accouchement (N=107)		
Jour	67	(62,6%)
Nuit	40	(37,4%)
Semaine	85	(79,4%)
Weekend	22	(20,6%)
Nature du travail (N=107)		
Spontané	90	(84,1%)
Déclenchement artificiel	17	(15,9%)
Durée du travail (N=107)		
<ou= 2h	17	(15,9%)
2h<durée travail<10h	79	(73,8%)
>ou= 10h	11	(10,3%)
Durée efforts expulsifs (N=95)*		
<10 minutes	55	(57,9%)
10min< EE < 30min	34	(35,8%)
> 30 minutes	6	(6,3%)
Analgésie (N=107)		
Aucune	21	(19,6%)
APD	86	(80,4%)
Mode d'accouchement (N=107)		
VB non instrumentale	94	(87,9%)
VB instrumentale	13	(12,1%)
Complication du PPI (N=107)		
Oui	12	(11,2%)
Non	95	(88,8%)

*12 dossiers non retrouvés

- 91,6% des nouveau-nés (n=98) ont bénéficié d'un peau-à-peau en salle de naissance.

- Délai moyen d'installation : 3,77 +/- 8,85 minutes.

- Durée moyenne : 38,65 +/- 25,14 min.

- Minimum : 4 min. Maximum : 125 min.

- 8 ,4% des nouveau-nés (9 /107) n'ont pas bénéficié d'un peau-à-peau :

- 4 pour refus maternel

- 4 pour motif médical maternel (2 HPP, 1 patiente ayant reçu une injection de Nalbuphine) ou néonatal (1 nouveau-né en hypothermie).

- 1 pour motif « organisation des soins ».



Tableau II : Caractéristiques du peau-à-peau et de la première alimentation des nouveau-nés inclus dans l'enquête de pratiques « Bienveillance et sécurité de la prise en charge du nouveau-né bien-portant en salle de naissance ». Réalisée du 1er au 19 septembre 2014 au CHU d'Angers.

Première installation en p-à-p (N=96)*	n	%
Avec la mère	92	(95,8%)
Avec le père	4	(4,2%)
Pause(s) pendant le p-à-p (N=97)**		
Non	72	(74,2%)
Oui	25	(25,8%)
Nombre de pauses		
1 pause	20	(80%)
2 pauses	5	(20%)
Durée moyenne de la pause (N=25)		
Pause 1	16,16 +/- 9,01 minutes	
Pause 2	0,6 +/- 0,9 minutes	
Durée – classes (N=97)**		
0 -15 minutes	18	(18,6%)
15 – 30 minutes	26	(26,8%)
30 – 60 minutes	36	(37,1%)
60 – 90 minutes	12	(12,4%)
> 90 minutes	5	(5,2%)
Soignant		
Mise en p-à-p (N=60)		
SF	9	(15%)
AP/AS	51	(85%)
Fin du p-à-p (N=73)		
SF	34	(46,6%)
AP/AS	37	(50,7%)
ESF	2	(2,7%)
Pause 1 (N=22)		
SF	15	(68,2%)
AP/AS	15	(22,7%)
ESF	2	(9,1%)
Reprise 1 (N=14)		
SF	3	(21,4%)
AP/AS	9	(64,3%)
ESF	2	(14,3%)
Pause 2 (N=4)		
SF	1	(25%)
AP/AS	2	(50%)
ESF	1	(25%)
Reprise 2 (N=4)		
SF	1	(25%)
AP/AS	2	(50%)
ESF	1	(25%)
Motif d'interruptions et de fin		
Pause 1 (N=25)		
Organisation des soins	19	(76%)
Raison médicale	4	(16%)
Autres motifs	2	(8%)
Pause 2 (N=5)		
Autres motifs	5	(100%)
Fin (N=96)*		
Organisation des soins	73	(76,0%)
Raison médicale	17	(17,7%)
Autres motifs	6	(6,3%)
Alimentation (N=107)		
Allaitement maternel	62	(58%)
Allaitement artificiel	41	(38,3%)
Allaitement mixte	4	(3,7%)
AM : Première mise au sein (N=67)		
Durée moyenne	26,60 minutes +/- 18,20min	
Mini	0 minutes	
Maxi	80 minutes	
AA : Personne ayant donné le biberon (N=36)***		
Soignant	26	(72,2%)
Père	8	(22,2%)
Mère	2	(5,6%)

* 2 questionnaires non renseignés pour ces items

**1 questionnaire non renseigné pour ces items

*** 4 questionnaires non renseignés pour cet item



Les interruptions et fin de peau-à-peau pour raison médicale (N=19) étaient :

- 8 HPP ou RU/DA-RU
- 3 nécessités d'aspiration du nouveau-né
- 10 pour hypothermie du nouveau-né.

Les autres motifs d'interruptions et de fin du peau-à-peau (N=13) étaient :

- Réinstallation de la mère (n=2)
- Changement de peau-à-peau de la mère au père ou inversement (n=5)
- Fatigue maternelle ou souhait de la mère (n=6).



Tableau III : Caractéristiques des soins techniques prodigués aux nouveau-nés de l'enquête de pratiques «Bienveillance et sécurité de la prise en charge du nouveau-né bien-portant en salle de naissance». Réalisée du 1er au 19 septembre 2014 au CHU d'Angers.

Dépistage de l'atrésie des choanes	n	%
Réalisation (N=105)*		
oui	105)	(100%)
Qui? (N=105)*		
SF	67	(63,8%)
ESF	38	(36,2%)
Quand ? (N=103)*		
0-30min	43	(41,7%)
30-60min	38	(36,9%)
60-90 min	19	(18,4%)
90-120 min	3	(2,9%)
Où ? (N=102)*		
Table d'examen	101	(99%)
P-à-p	1	(1%)
Aspiration		
Réalisation (N=105)*		
oui	64	(61%)
non	41	(39,0%)
Qui? (N=64)**		
SF	42	(65,6%)
ESF	21	(32,8%)
Quand ? (N=63)*		
0-30 min	35	(55,6%)
30-60 min	20	(31,7%)
60-90min	7	(11,1%)
90-120 min	1	(1,6%)
Où ? (N=64)		
Table d'examen	63	(98,4%)
P-à-p	1	(1,6%)
Test à la seringue		
Réalisation (N=105)*		
Oui	65	(61,9%)
Non	40	(38,1%)
Qui ? (N=64)		
SF	33	(51,6%)
ESF	31	(48,4%)
Quand ? (N=63)*		
0-30 min	27	(42,8%)
30-60 min	26	(41,3%)
60-90min	9	(14,3%)
90-120 min	1	(1,6%)
Où ? (N=63)*		
Table d'examen	61	(96,8%)
P-à-p	2	(3,2%)
Frottis gastrique		
Réalisation (N=104)*		
Oui	65	(62,5%)
Non	39	(37,5%)
Qui ? (N=65)**		
SF	46	(70,8%)
ESF	18	(27,7%)
Quand ? (N=65)*		
0-30 min	35	(53,9%)
30-60 min	19	(29,2%)
60-90min	10	(15,4%)
90-120 min	1	(1,5%)
Où ? (N=65)*		
Table d'examen	63	(96,9%)
P-à-p	2	(3,1%)
Examen du nné		
Réalisation (N=105)*		
Oui	105	(100%)
Qui ? (N=105)*		
SF	67	(63,8%)
ESF	38	(36,2%)
Quand ? (N=102)*		
0-30 min	35	(34,3%)
30-60 min	45	(44,1%)
60-90min	18	(17,6%)
90-120 min	4	(3,9%)

** 1 aspiration et 1 frottis gastrique réalisés par l'interne de Pédiatrie

*Autres questionnaires non renseignés pour cet item



Modalités de réalisation des gestes techniques :

- 69,6% (n=71) dépistages de l'atrésie des choanes avec un morceau de coton ou compresse ; 30,4% (n=31) par le passage d'une sonde dans les choanes avec ou sans aspiration.
- 7,8% (n=5) aspiration buccale pour encombrement
- 6,3% (n=4) aspiration pharyngée au-delà du V lingual d'encombrement ou salivation en excès
- 85,9% (n=55) aspiration gastrique: 35 pour faire un Frottis Gastrique, 12 pour encombrement, 4 pour « aspiration systématique ».
- 33,3% (n=35) des nouveau-nés ont eu un double passage de sonde : test à la seringue et frottis gastrique ou test à la seringue et aspiration avec l'aspiration murale.
- 93,5% (N=100) température prise en rectale au moins une fois, 5,6% (n=6) en axillaire et 0,9% (n=1) aux plis du cou.

Influence de l'organisation et des caractéristiques maternelles et néonatales sur la durée du peau-à-peau :

Que l'accouchement ait eu lieu le jour/la nuit, la semaine/le week-end, quelle qu'ait été la charge de travail de la sage femme et de l'auxiliaire de puériculture ou aide-soignante, la durée de peau-à-peau observée n'était pas significativement différente. La parité, le mode d'entrée en travail, la durée du travail, l'analgesie, le mode d'accouchement et la durée des efforts expulsifs n'étaient pas non plus des critères significatifs sur la durée de peau-à-peau.

Le seul critère retrouvé significatif dans cette étude était le mode d'alimentation du nouveau-né avec une durée moyenne de peau-à-peau de 41,42 minutes +/- 29,20 min chez les nouveau-nés allaités par leur mère contre 26,40 +/- 16,65 minutes chez les nouveau-nés allaités artificiellement et 31,25 +/- 39,02 minutes chez les nouveau-nés bénéficiant d'un allaitement mixte. Avec $p=0,0386$, inférieur à 0,05.



Discussion

Les points forts de l'étude sont un taux de remplissage élevé : 87% des nouveau-nés répondant aux critères d'inclusion ont été inclus pendant les 19 jours de l'étude. Le nombre de questionnaires recueillis, 107 au total, confère à ce travail une certaine puissance.

On peut relever deux biais de sélection à ce travail. Le premier est que certains des nouveau-nés normaux qui n'ont pas été inclus par les sages-femmes sont probablement nés à des moments où la charge de travail était importante. Ces nouveau-nés auraient sans doute bénéficié d'un peau-à-peau d'une durée moins importante voire n'auraient pas eu de peau-à-peau en raison d'une impossibilité de surveillance. Cela représente un biais de sélection de la population. Le deuxième biais de sélection est lié à la durée de l'étude qui a été courte dans l'objectif d'obtenir un recueil le plus exhaustif possible. Aussi l'étude réalisée ne renseigne que sur les pratiques d'une petite partie des soignants, notamment pour des sages-femmes, susceptibles d'intervenir en salle de naissance. Sur la période, environ 24 sages-femmes et 14 auxiliaires de puériculture ou aides-soignantes travaillaient en salle de naissance et ont pu remplir les questionnaires. Cela représente un autre biais de sélection.

Les données ont été recueillies par auto-questionnaire, des biais liés à ce mode de recueil sont à souligner : biais de sélection, biais de mesure, biais de mémoire. De fait, certaines parties du questionnaire n'ont pas été remplies de façon satisfaisante, des biais de mémoire liés aux difficultés de mémorisation des horaires de mise en peau-à-peau et de la réalisation des soins se sont révélés.

La majorité des nouveau-nés ont bénéficié d'un peau-à-peau en salle de naissance dont la durée moyenne restait courte. 91,6% des nouveau-nés ont bénéficié d'un peau-à-peau, le délai de mise en peau-à-peau était en moyenne de 3,77min et la durée moyenne de 38,65 min (+/- 25,14min). 47,2% des nouveau-nés qui ont eu un peau-à-peau sont restés moins de 30 min en peau-à-peau et 84,3% moins de 60 min alors que les recommandations sont de laisser le nouveau-né au moins une heure en peau-à-peau en salle de naissance (13)(16).

La durée du peau-à-peau a été tributaire de l'organisation des soins. Seuls 17 peau-à-peau ont été repris suite à l'interruption pour la réalisation de l'examen morpho-neurologique. 74,2% des peau-à-peau se sont déroulés sans la réalisation d'une pause. Lorsqu'une première pause a eu lieu, elle était justifiée dans 64% des cas par la réalisation de l'examen morpho-neurologique du nouveau-né. 76,0% des peau-à-peau ont été arrêtés définitivement pour l'organisation des soins. Une première pause devrait être réalisée de façon systématique, rapidement après la réinstallation de la mère, afin de procéder à un examen rapide du nouveau-né. Cet examen permettrait de s'assurer de l'absence de malformation et de la bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine avant de le remettre en peau-à-peau pour une période prolongée lorsque la surveillance par l'équipe médicale est possible (13)(16)(25).

11 patientes ont présenté une HPP : Parmi elles, 3 nouveau-nés ont été remis en peau-à-peau avec leur mère après la prise en charge de l'HPP. Cette observation n'est pas conforme aux recommandations puisque l'existence d'une HPP est une contre-indication à la réalisation d'un peau-à-peau lorsqu'elle entraîne une baisse de la vigilance maternelle (13)(21). Néanmoins, on peut s'interroger sur la possibilité de réalisation d'un peau-à-peau en ayant évalué au cas par cas la vigilance maternelle et si la présence permanente d'un soignant est possible auprès de la mère. Il n'a en effet pas été évalué au cours de cette étude, ni le volume de l'HPP ni la fatigue maternelle en résultant.



10 peau-à-peau ont été arrêtés définitivement pour motif d'hypothermie du nouveau-né. Bien que le peau-à-peau soit un moyen efficace d'augmenter la température du nouveau-né, ce résultat souligne l'importance de la surveillance du peau-à-peau et de la qualité de l'installation de l'enfant (14)(25)(26).

Le nombre d'auxiliaires de puéricultures ou aides-soignantes intervenant en salle de naissance varie le jour et la nuit, les remplacements en cas d'arrêts inopinés sont plus difficilement remplacés le weekend : ces facteurs d'organisation du personnel en salle de naissance n'ont cependant pas influencé la durée moyenne du peau-à-peau de manière significative. La parité de la mère, le mode d'entrée en travail, la durée du travail, le mode d'accouchement, la durée des efforts expulsifs et l'analgésie n'ont pas non plus été critères significatifs sur la durée moyenne de peau-à-peau.

Les caractéristiques des patientes, du travail et de l'accouchement ainsi que l'organisation du service n'ont pas semblé influencer la prise en charge des nouveau-nés. Ils ont bénéficié des mêmes chances d'être mis en peau-à-peau en salle de naissance.

La durée moyenne du peau-à-peau n'a pas non plus semblé être différente en fonction de la charge de travail des sages-femmes ou des auxiliaires de puériculture. Deux hypothèses pourraient expliquer ce résultat. La première est que la réalisation d'un peau-à-peau est une priorité pour les soignants qui organisent leur travail de façon à le mettre en place et le surveiller quelle que soit leur charge de travail. La deuxième hypothèse est que la durée de peau-à-peau aurait dû être significativement plus courte lors de période de travail importante, les possibilités de surveillance étant moindres. Nos résultats montrent au contraire que la différence n'était pas significative. Aussi, les peau-à-peau réalisés à ces périodes ont pu ne pas être surveillés de manière aussi attentive qu'à l'habitude et la sécurité aurait été alors moins bien assurée qu'en période de travail normale.

Le mode d'alimentation du nouveau-né était le seul critère retrouvé significatif dans cette étude. La durée moyenne de peau-à-peau était de 41,42 minutes +/- 29,20 min chez les nouveau-nés allaités par leur mère contre 26,40 +/- 16,65 minutes chez les nouveau-nés allaités artificiellement et 31,25 +/- 39,02 minutes chez les nouveau-nés bénéficiant d'un allaitement mixte ($p=0,0386$). Ce résultat montre une inégalité de prise en charge chez les nouveau-nés allaités au biberon et constitue une piste d'amélioration importante à travailler. Des actions devraient être proposées pour allonger la durée de peau-à-peau chez les enfants nourris artificiellement, par exemple encourager à donner le premier biberon en peau-à-peau. En effet les bénéfices du peau-à-peau ne se limitent pas à la mise en place de l'allaitement maternel (13)(16)(26)(27).

Seulement 6,3% des nouveau-nés ont été aspirés au-delà du V lingual pour motif d'encombrement ou salivation en excès, ce geste n'est pas conforme aux recommandations (21)(25).

50,5% ($n=54$) des nouveau-nés ont eu une aspiration gastrique, parmi ces aspirations, 39 étaient justifiées par la réalisation d'un frottis gastrique. Au total, 60,7% des nouveau-nés de l'étude ($n=65$) ont eu un frottis gastrique. Des recommandations ont été proposées par le RSN en 2014 sur la prévention et la prise en charge de l'infection materno-fœtale(27). Une modification du protocole de réalisation du frottis gastrique du CHU d'Angers à partir de ces nouvelles recommandations permettrait certainement de diminuer ce chiffre important.



Quatre nouveau-nés ont eu une aspiration gastrique au motif d'aspiration systématique, une pratique qui n'est plus recommandée actuellement (17)(21)(26).

33,3% des nouveau-nés (n=35) ont eu un double passage de sonde. Sur les 35, 16 ont été fait par des sages-femmes, 19 par des Etudiants sage-femme. Le passage de sonde peut être traumatisant pour les muqueuses. Cependant, il n'existe pas de consensus sur la nécessité d'un test à la seringue en salle de naissance (17)(21). Les pratiques diffèrent selon les sages-femmes, il pourrait donc être intéressant de réfléchir à la nécessité ou non de réaliser un test à la seringue lorsqu'une aspiration gastrique ou un frottis gastrique est réalisé chez le nouveau-né, mais surtout de favoriser une technique permettant un seul passage de sonde pour la réalisation des différents examens et vérifications. Ce résultat rappelle également l'importance de sensibiliser les étudiants sages-femmes intervenant en salle de naissance au principe de bienveillance des soins.

Le dépistage de l'atrésie des choanes a été réalisé dans 30,4% des cas par le passage d'une sonde dans les choanes, avec ou sans aspiration. Cette pratique n'est pas conforme aux recommandations qui préconisent l'utilisation d'un morceau de coton ou compresse ou l'observation de buée sur un instrument métallique (16)(21)(25).

Dans 93,5% des cas, la température du nouveau-né a été recueillie au moins une fois en rectal au cours de ses deux premières heures de vie. Un geste qui peut entraîner des ulcérations selon le groupe de travail du RSN qui recommande la prise de température par voie axillaire (21).

La réalisation de ces différents gestes n'est pas conforme aux consensus qui ont pu être établis et représente des pistes d'amélioration des pratiques en salle de naissance.

78,4% des nouveau-nés ont été examinés au cours de la première heure de vie. Cette observation est conforme aux recommandations. Un examen précoce dans les deux premières heures de vie est recommandé pour dépister une éventuelle malformation et évaluer l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (13)(16)(21). Les recommandations n'indiquent pas précisément dans quel délai après la naissance il doit être réalisé.

Les soins techniques ont été réalisés dans la première heure de vie : 83% des frottis gastriques, 84,2% des tests à la seringue et 78,6% des dépistages de l'atrésie des choanes.

Les soins ont été réalisés dans la quasi-totalité des cas sur la table d'examen ou table radiante. Un dépistage de l'atrésie des choanes, deux frottis gastriques et deux tests à la seringue ont cependant été réalisés en peau-à-peau. Cela montre que ces gestes pourraient être réalisés en peau-à-peau, celui-ci ayant une propriété antalgique et diminuant le stress du nouveau-né (14)(13)(22).

72,2% des nouveau-nés alimentés artificiellement ont reçu leur premier biberon par un soignant. Il n'a pas été évalué si cela était un choix ou non des parents. Cette observation peut s'expliquer par la nécessité de surveillance de la première alimentation. Cependant, cette première alimentation revêt une symbolique importante. Dans l'heure qui suit la naissance, le nouveau-né est éveillé, ses premiers regards sont fondamentaux pour l'établissement du lien d'attachement avec sa mère, c'est une période propice aux échanges et aux apprentissages (28). Que le nouveau-né soit allaité artificiellement ou au lait maternel il est important de permettre cette rencontre et de favoriser ces premiers moments de la relation entre le nouveau-né et son parent (16)(26). Il serait donc intéressant que soit davantage proposé aux parents de donner le premier biberon, sous réserve qu'un soignant soit disponible pour surveiller cette alimentation.



Conclusion

Cette étude descriptive, transversale, prospective, mono-centrique décrit que la majorité des nouveau-nés définis comme normaux bénéficient d'un peau-à-peau au CHU d'Angers. Cependant, la durée moyenne observée (38,65 +/- 25,14 min) est plus courte que la durée d'une heure recommandée (13)(16).

La majorité des soins réalisés par les soignants en salle de naissance respectent les recommandations. Cependant, certaines pratiques observées pour le dépistage de l'atrésie des choanies, les aspirations pharyngées et gastriques et la prise de température semblent être moins conformes aux recommandations. Elles représentent une piste d'amélioration de la prise en charge. La fréquence des frottis gastriques pourrait être réduite si le protocole était révisé à partir des recommandations proposées par le RSN en 2014 (27).

Cette enquête s'est déroulée sur une période courte de 19 jours. Elle n'a donc interrogé les pratiques que d'une petite partie des soignants qui interviennent en salle de naissance. Aussi, il serait intéressant de mener une enquête similaire sur une période plus longue afin que les résultats recueillis puissent refléter les pratiques de l'ensemble des soignants, notamment pour les sages-femmes. Les résultats observés montrent que la prise en charge des nouveau-nés bien-portants varie selon les pratiques et les habitudes des soignants.

La diffusion de cette enquête de pratiques auprès des équipes de salle de naissance inviterait les professionnels à se questionner individuellement sur leurs pratiques et pourrait donner lieu à une réflexion multidisciplinaire autour de la prise en charge globale du nouveau-né en maternité. De nombreuses évolutions autour de la bientraitance des soins ont déjà eu lieu au sein de la maternité du CHU d'Angers. Le bain n'est plus donné aux nouveau-nés en salle de naissance. Une formation a aussi été dispensée à l'ensemble des auxiliaires de puériculture et des aides-soignantes de la maternité par deux psychomotriciennes de pédopsychiatrie sur le développement psychique et psychomoteur de l'enfant, elle a été l'occasion pour les équipes de travailler à la réalisation de soins « enveloppants » pour le nouveau-né. Cette bientraitance des soins constitue un des axes de travail pour les maternités labellisées IHAB. Ce label œuvre notamment à centrer les soins sur les besoins et les rythmes de tous les nouveau-nés. Son objectif est de répondre aux besoins physiques, psychologiques et culturels de l'enfant et de sa famille mais aussi de reconnaître les compétences des parents afin de favoriser leur autonomie et consolider l'attachement parents-enfant (29). Ces principes ne sont cependant pas propres aux seules maternités labellisées. Ils représentent des pistes de réflexion pour les équipes vis-à-vis de leurs pratiques dans toutes les maternités et devraient être appliqués pour tous les nouveau-nés quels qu'ils soient, allaités par leur mère ou non.

Cette démarche pourrait donc être poursuivie en salle de naissance afin de réfléchir à la réalisation des autres soins prodigués aux nouveau-nés. La pesée, la toilette, le moment de l'administration de la vitamine K1 mais aussi la lumière, le bruit et la température de la pièce sont autant d'éléments qui participent à la bienveillance de l'accueil du nouveau-né. Un travail pluridisciplinaire réunissant les pédiatres, sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides-soignantes sur ce sujet permettrait d'élaborer les principes d'une prise en charge bienveillante du nouveau-né à la naissance. Une charte de prise en charge pourrait être créée. Elle représenterait un support pour la pratique des soignants et pour l'enseignement aux étudiants. C'est en effet la globalité de la prise en charge du nouveau-né et de sa famille qui doit être pensée autour de la naissance afin de concilier sécurité et bienveillance pour tous.



Bibliographie

1. Morel M-F. Histoire de la naissance en France. ADSP Actual Doss En Santé Publique. 2007;61-2.
2. Bouvier-Colle M-H, Szego E. la mortalité maternelle en France depuis 1945. La population de la france, tome II. etal. ed. CUPED. 2005. p. 373-84.
3. Behring A, Vezeau TM, Fink R. Timing of the newborn first bath: a replication. *Neonatal Netw J Neonatal Nurs.* 2003;22(1):39-46.
4. Kelleher J, Bhat R, Salas AA, Addis D, Mills EC, Mallick H, et al. Oronasopharyngeal suction versus wiping of the mouth and nose at birth: a randomised equivalency trial. *The Lancet.* 2013 août;382(9889):326-30.
5. Anand KJ., MBBS. Gastric suction at birth associated with long-term risk for functional intestinal disorders in later life. *J Pediatr.* 2004 Apr;Volume 144(Issue 4):Pages 449-454.
6. Carrasco M, Martell M, Estol PC. Oronasopharyngeal suction at birth: Effects on arterial oxygen saturation. *J Pediatr.* 1997 mai;130(5):832-4.
7. HAS. Définition de la bientraitance - HAS [Internet]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1313787/fr/bientraitance
8. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.
9. CNGOF, CIANE. conclusion des états généraux de la naissance. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2003 Nov;32(7):599-605.
10. Ministère de la santé. Plan "périnatalité" 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004.
11. Ratinsky N, Catelin C, Ansquer H, Sizun J. NIDCAP et douleur néonatale [Internet]. CNRD; 2004. Available from: http://www.cndr.fr/NIDCAP-et-douleur-neonatale.html?page=article-imprim&id_article=199
12. NIDCAP - website [Internet]. Available from: <http://nidcap.org/en/>
13. Branger B, RSN. Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau-à-peau en salle de naissance [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 18]. Available from: <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/zb/8xvxtqj46v4ddpwtyidq5jfhja3644- org.pdf>
14. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2014 Jul 16]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/abstract>
15. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr.* 2003;92(3):320-6.
16. Gremmo-Féger G, Laparra V, Collet M, Sizun J. De quoi le nouveau-né bien portant a-t-il besoin en salle de naissance? What does a healthy newborn infant need in delivery room? [cited 2014 Jun 19]; Available from: <http://www.co-naitre.net/articles/accueilnnJNN2009GGF.pdf>



17. HAS. Favoriser l'allaitement maternel Processus - Evaluation [Internet]. 2006. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitemt_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006.pdf
18. Code de la santé publique.
19. CASSF, CNOSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010. Available from: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
20. Arrêté du 18 octobre 1994 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.
21. Branger B, Brossier J-P, Seguin G. Soins au nouveau-né normal, de plus de 36 SA et sans pathologie, dans les deux premières heures [Internet]. 2006 [cited 2014 Aug 18]. Available from: <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/w7/6l3xh8ui8fsrmpzycq5na3ewtmanpy-org.pdf>
22. HAS. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance - Guide méthodologique [Internet]. 2014. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf
23. Part 7: Neonatal resuscitation. Resuscitation. 2005 Nov;67(2-3):293–303.
24. OMS. Les soins liés à un accouchement normal : Guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique [Internet]. 1997. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH MSM_96.24_fre.pdf?ua=1
25. Pejoan H. Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance. Rev Sage-Femme. 2010 Sep;9(4):189–94.
26. Gremmo-Féger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Doss Allaitement [Internet]. 2002 avril-mai-juin;(51). Available from: <http://www.co-naître.net/articles/accueilnnGGF.pdf>
27. Branger B, RSN. Prévention et prise en charge de l'infection materno-foetale [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 20]. Available from: <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/7r/afi9w0lntv9oz2pstv7b80jjm8557j-org.pdf>
28. Pilliot M. Le regard du naissant. Spirale. 2006 Apr 6;no 37(1):79–96.
29. IHAB [Internet]. Initiative Hôpital Amis des Bébés. Available from: <http://amis-des-bebes.fr/>



Annexes

Annexe 1 : Cahier des charges du projet d'enquête de pratique

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'ANGERS	Commission Médicale d'Etablissement		
	CME-FO-0008 Doc. lié en amont : CME-PR-0001	Version 02	20/08/2014
	• Cahier des charges d'un projet d'EPP		

Thématique : Bienveillance et sécurité de la prise en charge du nouveau-né normal dans les deux premières heures de vie	Code :
---	--------

Pôle : FME Service ou UF : Salle de naissance
--

Pilotage du projet : Marguerite ROUX (DFASMa2) dans le cadre du mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de sage-femme Directrice de mémoire : E. Rodier, cadre sage-femme

Participants à l'étude : Sages-femmes de salle de naissance Auxiliaires de puériculture et Aides-soignantes de salle de naissance
--

● 1- INTITULE Projet :

Bienveillance et sécurité de la prise en charge du nouveau-né bien portant en salle de naissance. Enquête de pratiques auprès des sages-femmes, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture du CHU d'Angers

L'objectif est : Décrire les soins (de confort et techniques) prodigués au nouveau-né bien portant dans les deux premières heures de vie.

● 2- NATURE de l'outil d'évaluation

Audit clinique et Enquête de pratiques

● 3- JUSTIFICATION du projet

3.1 Existence de bonnes pratiques ou d'un référentiel

1. Branger B., Brossier JP, Seguin G. Soins au nouveau-né normal, de plus de 36 SA et sans pathologie, dans les deux premières heures. Recommandations « Réseau "Sécurité Naissance" » des Pays de Loire. Juillet 2006, révision juillet 2013.
2. Branger B., commission des pédiatres, sages-femmes, anesthésistes et commission obstétricale. Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau-à-peau en salle de naissance [en ligne] 04/07/2013. Disponible sur : <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/zb/8xvxtqj46v4ddpwtyidq5jfhja3644-org.pdf>

3. Pejoan, H. « Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance ». La Revue Sage-Femme 9, no 4 (septembre 2010): 189-194. doi:10.1016/j.sagf.2010.06.006.

3.2 Intérêt pour le patient

Bienveillance et sécurité de la prise en charge du nouveau-né

3.3 Intérêt pour l'établissement

Proposer des actions d'amélioration pour permettre une prise en charge bienveillante du nouveau-né tout en garantissant la sécurité des soins.

● 4- CONSTRUCTION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION

Auto-questionnaire réalisé par M Roux, proposé sous forme de livret en format A5 aux équipes soignantes.

● 5- ÉCHANTILLON

5-1 Population d'étude

Recueil exhaustif des nouveau-nés "normaux" nés entre le 01 septembre 2014 et 19 septembre 2014. (Dans l'objectif d'obtenir 100 nouveau-nés « normaux »)

5-2 Critères d'inclusion

Nouveau-nés :

- à terme, singleton
- né par voie basse
- score d'Apgar >7 à 5 minutes de vie
- Liquide amniotique non méconial.

5-3 Critères d'exclusion

- Transfert pour raison médicale
- Naissance out-born
- Contexte septique à l'accouchement ou pendant le travail.
- Risque infectieux, en l'absence d'une antibioprophylaxie complète pendant le travail :
(au moins 2 injections d'antibiotiques) :
 - o un prélèvement vaginal positif au streptocoque B au cours de la grossesse
 - o une bactériurie à Streptocoque B en cours de grossesse
 - o un antécédent d'infection materno-foetale à Streptocoque B
 - o l'absence de prélèvement de dépistage ou un des facteurs de risque suivant : Accouchement avant 37 SA, RPM supérieure à 12 heures ou température maternelle supérieure à 38°C.

5-4 Taille

Sont inclus 100 nouveau-nés répondant aux critères d'inclusion.

Recueil exhaustif des nouveau-nés « normaux » nés pendant la période

Intérêt : Pas de biais sélection si les sages-femmes respectent la consigne d'inclure tous les nouveau-nés.

Inconvénient : Qualité du remplissage (remplir plusieurs questionnaires par jour peut être beaucoup surtout en période de surcharge de travail). Exhaustivité des inclusions en période de surcharge de travail.

5-5 Biais

Biais de sélection :

- Risque de nouveau-nés non inclus en cas de surcharge d'activité. Les sages-femmes remplissant le questionnaire en fonction de leur disponibilité.
- Le recueil se déroulant sur trois semaines et les équipes effectuant des roulements par périodes de plusieurs mois. Les professionnels étudiés ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble des équipes de sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides-soignantes de la salle de naissance.

● 6- RECUEIL

6-1 Responsable

Le recueil sera réalisé par les sages-femmes aidées des étudiants lorsqu'ils seront en stage et par les auxiliaires de puériculture et aides-soignantes.

La vérification de l'inclusion des nouveau-nés ainsi que les caractéristiques de la population seront recueillies à partir des dossiers obstétricaux par M. Roux.

6-2 Schéma d'étude

Étude descriptive, transversale, prospective et monocentrique.

6-3 Durée et période

Trois semaines : Du 1er septembre au 19 septembre

Calendrier

	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Suite à la soutenance du mémoire (juin 2015)
Rédaction du cahier des charges	X Cellule Qualité/MR					
Élaboration de la grille d'audit	X MR/Cadre					
Test de la grille		X MR				
Réajustement en fonction du test		X MR				
Réunion d'ouverture/ Présentation du projet et de la grille aux équipes et aux étudiants SF		X SF/MR Cadre/AP				
Recueil des données			1er au 19 septembre SF/AP-AS MR			
Analyse et saisie des données				MR		
Interprétation des résultats - Définition du plan d'actions					MR/ Service	
Réunion de clôture						MR/ Cadre-SF AP-AS

6-4 Support de collecte
Grille d'audit –papier

6-5 Support de saisie
Epi data

● 7- CONTRÔLE DE QUALITÉ DES DONNÉES

7-1 Au niveau de la collecte

● 8- ANALYSE

L'analyse sera réalisée avec le logiciel Epi analysis
Un descriptif de l'ensemble des données sera réalisé par MR.

● 9- PLAN D'ACTION

Un retour sera organisé auprès de la cadre de salle de naissance et de l'ensemble de l'équipe de salle de naissance afin d'exposer les résultats et d'apporter des solutions aux différents points soulevés.

● 10- RESTITUTION

A l'ensemble de l'équipe de salle de naissance.

● 11- CONFIDENTIALITÉ

Anonymisation pour les patients et les professionnels

● 12- VALIDATION

Cadre de salle de Naissance	Directrice de mémoire	Directrice de l'école de sage-femme
<i>Nom, Prénom Boudier Sylvie - sage-femme cadre en Salle de Naissance</i>	<i>Nom, Prénom Rodier Éliane - sage-femme cadre en Suites de Couches</i>	<i>Nom, Prénom Rouillard Cécile</i>
<i>Visa</i>	<i>Visa</i>	<i>Visa</i> 

Pour information: délégation qualité évaluation risques

Questionnaire utilisé pour le recueil de données en salle de naissance lors de l'enquête de pratiques.
(Le questionnaire se présentait sous la forme d'un livret format A5)



Mémoire DFASMa 2ème année
Roux Marguerite
Année 2014/2015
Email : memoire.esfroux@gmail.com

Bienveillance de la prise en charge du nouveau-né normal dans les deux premières heures de vie : Enquête de pratiques auprès des sages-femmes, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture de la salle de naissance

OBJECTIF DES NOUVEAU-NÉS À INCLURE DANS L'ÉTUDE :

Les 100 premiers nouveau-nés entre le 1er et le 30 septembre :

Nouveau-né - à terme, singleton
- né par voie basse
- non transféré pour raison médicale
- avec un Apgar >7 à 5 minutes de vie
- LA non méconial, LAT à inclure
- Sans contexte septique à l'accouchement ou pendant le travail.

Date d'accouchement :

Jour de semaine Jour de weekend

Heure d'accouchement :

N° dossier :

Accouchement n° :

PROFESSIONNELS AYANT PRIS EN CHARGE L'ENFANT :

	Sage-femme	<input type="checkbox"/> Aide-soignante <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture
Année d'obtention du diplôme		
Formation aux soins du nouveau-né (toute formation en rapport à la PEC du Nné en SDN)	<input type="checkbox"/> Oui , précisez laquelle : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui , précisez laquelle : <input type="checkbox"/> Non
Expérience en salle de naissance	<input type="checkbox"/> < 1 an : mois <input type="checkbox"/> Entre 1 et 5 ans <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> > 10 ans	<input type="checkbox"/> < 1 an : mois <input type="checkbox"/> Entre 1 et 5 ans <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> > 10 ans

ESTIMATION DE SA CHARGE DE TRAVAIL PAR LE PROFESSIONNEL

AU MOMENT DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT :

Sage-femme	Aide-soignante ou Auxiliaire de puériculture
<input type="checkbox"/> Très peu d'activité <input type="checkbox"/> Activité modérée <input type="checkbox"/> Activité normale <input type="checkbox"/> Activité importante <input type="checkbox"/> Surcharge d'activité	<input type="checkbox"/> Très peu d'activité <input type="checkbox"/> Activité modérée <input type="checkbox"/> Activité normale <input type="checkbox"/> Activité importante <input type="checkbox"/> Surcharge d'activité

PEAU-À-PEAU :

Rappel : Installation de l'enfant, préalablement séché, nu avec un bonnet et éventuellement une couche en contact sur la poitrine nue de sa mère.

Peau-à-peau	Heures	Fonction du soignant	Motifs ou commentaires
Heure de naissance	.... h	<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> Autre précisez :	<input type="checkbox"/> Pas de peau-à-peau après la naissance: <u>Si pas d'installation en peau-à-peau après la naissance, précisez motif</u> <input type="checkbox"/> Refus de la mère <input type="checkbox"/> Mauvaise adaptation du Nné <input type="checkbox"/> Fatigue maternelle HDD Anesthésie Générale <input type="checkbox"/> Soins à la mère empêchant le peau-à-peau, précisez : <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Installation en peau-à-peau	.... h	Soignant :	<input type="checkbox"/> Avec la mère <input type="checkbox"/> Avec le père
Si interruption(s) :			
Interruption 1	.... h	Soignant :	Motif d'interruption : <input type="checkbox"/> Fatigue maternelle <input type="checkbox"/> Organisation des soins, précisez : <input type="checkbox"/> Souhait de la mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Reprise 1	.... h	Soignant :	<input type="checkbox"/> Avec la mère <input type="checkbox"/> Avec le père
Interruption 2	.... h	Soignant :	Motif d'interruption : <input type="checkbox"/> Fatigue maternelle <input type="checkbox"/> Organisation des soins, précisez : <input type="checkbox"/> Souhait de la mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Reprise 2	.... h	Soignant :	<input type="checkbox"/> Avec la mère <input type="checkbox"/> Avec le père
Fin du peau-à-peau	.... h	Soignant :	Motif d'interruption : <input type="checkbox"/> Fatigue maternelle <input type="checkbox"/> Organisation des soins, précisez : <input type="checkbox"/> Souhait de la mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :

ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ :

<input type="checkbox"/> Allaitement maternel <input type="checkbox"/> Allaitement mixte <input type="checkbox"/> Allaitement artificiel <input type="checkbox"/> Tétée d'accueil
Première alimentation (AM ou AA) : début : h Fin : h
Si biberon donné par : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :

Nature du soin	Par qui ?	Quand ?	Où ?	Comment ?	Commentaire
Aspiration oro-pharyngée ou gastrique □ Oui □ Non □ Non applicable*	□ Sage-femme □ Étudiant SF ème année □ Pédiatre □ Interne en Pédiatrie * Il n'y a pas d'indication à réaliser ce soin chez ce Nné.	□ Entre 0 et 30 min après la naissance □ 30 et 60 min □ 60 et 90 min □ 90 et 120 min ou : à .....h	□ Table d'examen ou table radiante □ Autre, précisez :	□ Aspiration buccale □ Aspiration pharyngée au-delà du V lingual □ Aspiration gastrique	Motif : □ Aspiration systéma-tique □ Nné encombré □ Nné salivant en excès □ Autre, précisez :
Perméabilité des choanies □ Oui □ Non	□ Sage-femme □ Étudiant SF ème année □ Pédiatre □ Interne en Pédiatrie	□ Entre 0 et 30 min après la naissance □ 30 et 60 min □ 60 et 90 min □ 90 et 120 min ou : à .....h	□ Table d'examen ou table radiante □ Nné habillé dans les bras de sa mère ou de son père □ Nné en peau-à-peau avec sa mère ou son père	□ Sonde n°6 avec aspiration en retirant la sonde □ Simple passage d'une sonde n°6 sans aspiration □ Morceau de coton ou compresse □ Miroir ou objet métallique	
Test à la seringue □ Oui □ Non	□ Sage-femme □ Étudiant SF ème année □ Pédiatre □ Interne en Pédiatrie	□ Entre 0 et 30 min après la naissance □ 30 et 60 min □ 60 et 90 min □ 90 et 120 min ou : à .....h	□ Table d'examen ou table radiante □ Nné habillé dans les bras de sa mère ou de son père □ Nné en peau-à-peau avec sa mère ou son père	□ Sonde n°10 introduite dans l'oesophage jusqu'à l'estomac, injection de 5 ml d'air en auscultant la zone épigastrique au sté-thoscope	□ Autre technique (précisez) :
Frottis gastrique □ Oui □ Non □ Non applicable	□ Sage-femme □ Étudiant SF ème année □ Pédiatre □ Interne en Pédiatrie	□ Entre 0 et 30 min après la naissance □ 30 et 60 min □ 60 et 90 min □ 90 et 120 min ou : à .....h	□ Table d'examen ou table radiante □ Nné habillé dans les bras de sa mère ou de son père □ Nné en peau-à-peau avec sa mère ou son père	□ Aspiration avec l'aspiration murale □ Aspiration avec une seringue □ Autre (précisez) :	
Examen morphoneurologique □ Oui □ Non	□ Sage-femme □ Étudiant SF ème année □ Pédiatre □ Interne en Pédiatrie	□ Entre 0 et 30 min après la naissance □ 30 et 60 min □ 60 et 90 min □ 90 et 120 min ou : à .....h	□ Table d'examen ou table radiante □ Autre, précisez :		

Annexe 3 :**Fiche de recueil des caractéristiques maternelles, du travail et de l'accouchement et des nouveau-nés.****Renseignements maternels:**

- Date de naissance de la mère : / / Âge :
- Parité (Premier enfant, P=1) :
- Date de début de grossesse : ___ / ___ / 20___
- Grossesse normale : Oui Non, précisez : DT2 DiabG Cholestase PE Autre :
- Addictions : Oui, précisez : Tabac Alcool Cannabis Autre Non Non renseigné

Accouchement :

- Date accouchement : / / 2014
- Heure d'accouchement : h Jour Nuit
- Travail : Spontané Déclenchement : Propess + Syntocinon Maturation propess seule
 Syntocinon seul

Durée totale travail :

- Analgésie : APD Rachi-anesthésie AG Aucune
- Mode d'accouchement : Voie basse non instrumentale
 Voie basse instrumentale : Ventouse Spatules Forceps

Durée des efforts expulsifs : minutes

CI au peau-à-peau : Complications du post- partum immédiat : HDD AG Fatigue maternelle
 Autre :

Vérification de l'inclusion – absence de contexte septique :

- Liquide Amniotique : 1. Clair 2. Teinté 3. Méconial 4. Autre
- RPM>12h : Oui Non
- PV strepto B : 1. Négatif 2. Positif
 - 3. Portage chronique du strepto B ou infection urinaire à strepto B au cours de la grossesse
 - 4. Pas de PV ou non renseigné
- Si PV strepto B positif / portage chronique / IU à SGB / pas de PV :
Réalisation de l'antibioprophylaxie (au moins deux injections) : Oui Non

Caractéristiques du nouveau-né :

- Poids de naissance : g
- Sexe : Féminin Masculin
- Apgar: à 1 min : à 3 min : A 5 min :
- pH au cordon : Lactates :
- Réanimation néonatale : Oui, précisez : Non
- Mode de recueil de la température : Axillaire Plis du cou Rectal

Annexe 4 :

Fiche mémo de recueil des horaires du peau-à-peau proposée aux soignants pendant la durée de l'étude.

Heure de naissance : h

Heure début peau-à-peau : h

Soignant :

Peau-à-peau avec : la mère le père autre:

Si pas d'installation en peau-à-peau après la naissance, précisez le motif :

Refus de la mère

Mauvaise adaptation du Nné

Soins à la mère empêchant le peau-à-peau (précisez) :

.....

Autre (précisez) :

Si interruption(s) :

Heure interruption 1 peau-à-peau : h

Motif de l'interruption :

Fatigue maternelle Organisation des soins, précisez :

Souhait de la mère Autre (précisez) :

Heure reprise 1 : h

Reprise 1 p-à-p avec : la mère le père autre:

Heure interruption 2 peau-à-peau : h

Motif de l'interruption :

Fatigue maternelle Organisation des soins, précisez :

Souhait de la mère Autre (précisez) :

Heure reprise 2 : h

Reprise 2 p-à-p avec : la mère le père autre:

Fin p-à-p : h

Motif :

Fatigue maternelle Organisation des soins, précisez :

Souhait de la mère Autre (précisez) :

Résumé

Introduction : Il n'existe pas de recommandation nationale sur la prise en charge globale à la naissance des nouveau-nés bien-portants. Le peau-à-peau est une demande des usagers, exprimée lors des États généraux de la naissance de 2003. Cependant des cas de malaises, parfois de décès, ont été observés depuis sa mise en place.

L'objectif de cette étude était de décrire les soins de confort et techniques prodigués aux nouveau-nés bien-portants dans les deux premières heures de vie au CHU d'Angers.

Matériel et Méthode : Étude descriptive, transversale, prospective, mono-centrique, réalisée par auto-questionnaires auprès des soignants de salle de naissance du CHU d'Angers entre le 1^{er} et le 19 septembre 2014. 107 nouveau-nés bien-portants ont été inclus. Critère d'inclusion : à terme, singleton, nés par voie basse, APGAR>7 à 5 min, LA non méconial. Critères d'exclusion : Transfert pour raison médicale, naissance out-born, risque infectieux.

Résultats : 91,6% des nouveau-nés ont bénéficié d'un peau-à-peau d'une durée moyenne de 38,65 min (+/-25,14min). Le mode d'alimentation était le seul critère influençant de manière significative la durée de p-à-p : 41,42 minutes +/- 29,20 min chez les nouveau-nés allaités par leur mère contre 26,40 +/- 16,65 minutes chez les nouveau-nés allaités artificiellement et 31,25 +/- 39,02 minutes chez les nouveau-nés bénéficiant d'un allaitement mixte ($p=0,0386$). 72,2% des nouveau-nés allaités artificiellement ont reçu leur premier biberon par un soignant. Le dépistage de l'atrézie des choanes a été réalisé dans 30,4% des cas avec le passage d'une sonde. 33,3% des nouveau-nés ont eu une double aspiration oropharyngé ou gastrique. La température a été prise en rectal au moins une fois chez 93,5% des nouveau-nés.

Conclusion : Les principes de bientraitance portés par le label IHAB peuvent être appliqués dans toutes les maternités et pour tous les nouveau-nés bien-portants. Un groupe de travail pluridisciplinaire pourrait être mis en place pour réfléchir à une prise en charge conciliant sécurité et bienveillance pour tous les nouveau-nés bien-portants qu'ils soient allaités ou non.

Mots clés : Prise en charge du nouveau-né, bienveillance, bientraitance, peau-à-peau, aspiration, allaitement, examen du nouveau-né.

Abstract

Introduction : There are currently no national guidelines addressing global care of the newborn during his first hours of life. The request for Skin-to-skin contact was introduced by users during the "Etats généraux de la naissance" in 2003. However, since its implementation, several cases of life-threatening events have been observed, sometimes even leading to death.

The aim of this study was to describe comfort and technical cares provided to the newborn during his first two hours of life in the University Hospital of Angers.

Method : Descriptive, prospective, cross-sectional, monocentric study conducted at the University Hospital of Angers through self-assessment questionnaires, which were filled by the nursing staff of delivery room, between September 1-19, 2014. A total of 107 healthy newborns were included. Eligibility criteria: term, single, vaginally newborn with an APGAR score>7, without meconium-stained amniotic fluid. Exclusion criteria: Medical-purpose transfer, "out-born" birth, infectious risk.

Results : 91,6% of newborn infants benefited from a skin-to-skin contact with their mother after birth, with an average duration of 38,65 minutes (+/- 25,14min). The feeding method was the only criterion to significantly impact the duration of skin-to-skin contact : 41,42 minutes +/- 29,20 min for breastfed newborns, compared with 26,40 +/- 16,65 minutes for bottle-fed newborns, and 31,25 +/- 39,02 minutes for mixed-fed newborns ($p=0,0386$). 72,2% of bottle-fed newborns had their first baby-bottle given by a professional. Choanal atresia screening was done using a suction probe for 30,4% of newborns. 33,3% of newborns had a double oropharyngeal or gastric suction. For 93,5% of newborns, rectal temperature was measured at least once.

Conclusion: Positive treatments, as promoted by the "IHAB" label, could be applied to all maternity hospitals and for all healthy newborns. A multidisciplinary working group could be created in order to develop a global care framework for newborns, aiming at conciliating goodwill and security regardless of whether the newborn is breastfed or not.

Key-words: care of the newborn, goodwill, positive treatments, skin-to-skin contact, suction, breastfeeding, clinical examination of the newborn.