

# Accueil du nouveau-né sain en salle de naissance dans une maternité de type IIB : évaluation des pratiques et vécu maternel

**Dr Angélique Tasseau**

Pédiatre, service de néonatalogie et pédiatrie de maternité, maternité Notre-Dame de Bon Secours, hôpital Saint-Joseph, Paris

Le moment de la naissance est pour tous les mammifères une période sensible au cours de laquelle se mettent en place les premiers liens qui constitueront l'attachement entre la mère et son nouveau-né. De nombreux travaux chez l'animal mais aussi chez l'homme ont montré le rôle positif de la non-séparation mère-enfant et du peau à peau pour l'organisation physiologique et neurocomportementale du nouveau-né, mais aussi pour la mise en place des premiers liens avec la mère [1]. La proximité est la pierre angulaire de la théorie de l'attachement dans les premiers mois du développement du bébé et de ceux qui l'élèvent [2, 3]. En salle de naissance, les occasions de séparer un nouveau-né de sa mère sont multiples. Cette séparation est parfois nécessaire pour la surveillance médicale du nouveau-né, mais dans les situations d'accouchement sans complication d'un nouveau-né sain, elle ne devrait plus trouver de justification.

Pour autant cette pratique n'est pas encore toujours reconnue [4] et a du mal à être appliquée de façon systématique dans les maternités, se heurtant à différents écueils : méconnaissances des soignants, information insuffisante des parents, crainte de survenue de malaise grave dont des cas ont été rapportés dans ces circonstances, manque de personnel ou configuration inadaptée des salles de naissance.

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques d'accueil du nouveau-né sain dans notre maternité, d'évaluer les raisons d'une éventuelle séparation et le ressenti des mères face à cette séparation.

## Matériel et méthodes

### *Type d'étude et population*

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive qui s'est déroulée sur une période de 8 semaines au cours des mois de janvier et février 2015 au sein de la maternité Notre-Dame de Bon Secours.

Il s'agit d'une maternité de type IIB avec environ 3 200 accouchements/an et un service de néonatalogie de 21 lits dont 6 de soins intensifs. La salle de naissance fonctionne en continu avec 9 salles d'accouchement, toutes équipées pour pouvoir accueillir l'enfant quand l'accouchement se passe sans problème.

L'objectif principal était d'évaluer les pratiques d'accueil d'un nouveau-né sain en salle de naissance : conditions de mise en peau à peau, causes de séparation entre la mère et l'enfant et appréciation du vécu maternel.

La population de référence était constituée des mères dont les nouveau-nés répondaient aux critères suivants :

- nouveau-né à terme ( $\geq 37$  SA), eutrophe ( $\geq 10^e$  p) ;
- né par voie basse ;
- bonne adaptation à la vie extra-utérine : respire ou crie, a une bonne coloration cutanée, un bon tonus avec un score d'Apgar  $\geq 7$  ;
- absence de liquide amniotique méconial.

## **Outils**

L'étude a reposé sur deux outils :

- un questionnaire réalisé en suites de couches au 2<sup>e</sup> jour de vie sur la base d'un entretien semi-dirigé sur le déroulement de la naissance et du post-partum immédiat faisant appel aux souvenirs des parents. Il comportait une partie sur les conditions de mise en peau à peau avec le nouveau-né, la sortie ou non de l'enfant de la salle d'accouchement et la raison invoquée, le lieu du 1<sup>er</sup> examen du nouveau-né et la satisfaction globale de la mère ;
- le recueil du passage des nouveau-nés dans la nurserie de la salle de naissance fait sur 11 jours. La fiche de recueil était remplie par l'auxiliaire de la salle de naissance et comportait le délai d'arrivée et la durée du passage du nouveau-né dans la nurserie, et la raison principale justifiant la prise en charge en nurserie.

Les raisons invoquées pour la sortie de l'enfant étaient classées en soins de routine (pesée, mensurations, toilette ou examen), surveillance clinique de l'enfant (désobstruction, surveillance d'une gêne respiratoire ou mauvaise adaptation), réchauffement de l'enfant, soins de la mère simples ou compliqués et réalisation d'un prélèvement (liquide gastrique, Rh, pH).

## **Résultats**

### **Questionnaire des mères**

Au total, 85 mères ont été interrogées.

Les pères étaient présents à l'accouchement dans la quasi-totalité des cas (n = 81 soit 95 %).

### **Mise en peau à peau à la naissance**

Toutes les mères ont eu leur nouveau-né en peau à peau dès la naissance.

La durée initiale du peau à peau estimée par les mères a été :

- < 1 h pour 59 % des mères (n = 50) ;
- < 15 min pour 25 % des mères (n = 21).

Sur les 85 nouveau-nés sains étudiés, 24 (28 %) sont restés dans la salle d'accouchement en permanence avec leur mère dans les 2 h suivant la naissance ; 37 % d'entre eux (n = 9) sont restés moins d'une heure en peau à peau.

La plupart des mères (n = 74, soit 87 %) ont été satisfaites de la durée initiale du peau à peau.

### **Raison de la sortie du nouveau-né**

Sur les 85 nouveau-nés sains étudiés, 61 (72 %) ont été sortis de la salle d'accouchement à un moment donné dans les 2 h suivant la naissance.

L'information donnée aux mères concernant la raison de la sortie de la salle d'accouchement était :

- des soins de routine pour près de la moitié des 61 nouveau-nés sortis (n = 30, soit 49 %). Parmi ces 30 nouveau-nés, 17 sont sortis avant 1 heure de vie ;
- la surveillance clinique de l'enfant dans 11 cas (18 %) ;
- des soins de la mère dans 7 cas (11 %).

### **Durée de séparation nouveau-né/mère et ressenti des mères**

La durée de séparation estimée par les mères était de moins de 15 min pour 25 % d'entre elles (n = 15), de plus de 30 min pour 38 % (n = 23) et de plus d'une heure pour 15 % (n = 9).

Parmi les 30 nouveau-nés sortis pour des soins de routine, 7 sont revenus après 30 min de séparation.

Le ressenti du délai de séparation était assez bien corrélé au délai estimé par les mères.

Dans la plupart des cas, les mères disaient avoir vécu cette séparation plutôt facilement (n = 44 soit 72 %) quelle que soit la durée de séparation et principalement parce que le père était présent auprès de leur nouveau-né.

### **1<sup>er</sup> examen du nouveau-né**

Sur la population totale des 85 nouveau-nés sains, seulement 37 (44 %) ont eu leur 1<sup>er</sup> examen médical par la sage-femme dans la salle d'accouchement devant la mère.

Parmi les 61 nouveau-nés sortis, la plupart (n = 48 soit 79 %) ont eu leur 1<sup>er</sup> examen médical par la sage-femme hors de la salle d'accouchement (dans la nurserie). Le père était présent dans 41 cas sur 48 (85 %). Trente-sept mères de ces 48 nouveau-nés (77 %) ont déclaré qu'elles auraient aimé voir ce 1<sup>er</sup> examen.

### **Satisfaction des mères**

Les mères se sont déclarées très satisfaites (n = 69, soit 81 %) ou satisfaites (n = 15, soit 18 %) de la prise en charge en salle de naissance pour elle-même et leur nouveau-né.

Les mères se sont senties dans leur immense majorité « écoutées, entourées par une équipe professionnelle, mises en confiance par tous les intervenants de la salle de naissance ».

### ***Recueil du passage des nouveau-nés en nurserie***

Il y a eu au cours des 11 jours de recueil 89 naissances dont 61 correspondant aux critères de la population étudiée. Parmi ces 61 nouveau-nés, 28 (46 %) sont passés dans la nurserie.

Sur les 28 nouveau-nés passés en nurserie, la raison principale du passage notée sur le recueil était :

- des soins de routine pour 12 d'entre eux (43 %) :
- dont la moitié (n = 6) était arrivée en nurserie avant 1 heure de vie,
- 11 sur 12 sont restés moins de 30 min ;
- la surveillance clinique de l'enfant pour 9 d'entre eux (32 %).

## **Discussion**

L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques d'accueil du nouveau-né sain et le ressenti des mères dans notre maternité. Cette étude a montré que les conditions d'accueil du nouveau-né sain

n'étaient pas optimisées. La durée du peau à peau initiale estimée par les mères a été de moins d'une heure pour 59 % d'entre elles. Un grand nombre de nouveau-nés sains (46 à 72 % selon le moyen d'évaluation) ont été séparés de leur mère au cours des 2 premières heures de vie et sont passés par la nurserie. Que ce soit par le questionnaire des mères ou le recueil du passage des nouveau-nés, deux tiers d'entre eux sont sortis avant une heure de vie, et pour environ 45 % de ces nouveau-nés, la raison principale notée pour expliquer la sortie de la salle d'accouchement était la réalisation de soins de routine. Ces pratiques, qui vont contre les recommandations actuelles, interrompent le temps de peau à peau des nouveau-nés avec leur mère, compromettent la réussite de l'allaitement et rendent potentiellement plus difficile la mise en place des premiers liens mère-enfant [5]. Néanmoins le taux de satisfaction des mères sur la prise en charge globale pour elles et pour leur enfant était excellent, et ceci probablement grâce à un sentiment fort d'écoute et de mise en confiance par l'équipe soignante [6].

Cette étude a permis d'établir un état des lieux des pratiques d'accueil du nouveau-né sain dans une maternité de type IIB. Il en ressort que trop de nouveau-nés sont encore séparés de leur mère sans justification médicale. Pour améliorer ces pratiques, plusieurs actions pourraient être menées :

- approfondir les connaissances des intervenants de la salle de naissance (sages-femmes, auxiliaires, infirmières, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres) afin de les sensibiliser sur l'importance du peau à peau précoce et prolongé et de ses bienfaits pendant les 2 premières heures suivant la naissance ;
- améliorer les informations données en amont de l'accouchement aux mères et aux pères sur les modalités d'accueil du nouveau-né sain, l'importance du peau à peau et, en cas de non-faisabilité (césarienne, urgence néonatale ou maternelle) les autres possibilités d'accueil (peau à peau avec le père [7, 8], peau à peau en suites de couches, etc.) ;
- établir un protocole sur la prise en charge du nouveau-né sain et rappeler que les soins de routine peuvent être différés au moins après 1 heure de peau à peau et/ou après la première tétée ;
- établir un protocole de mise en peau à peau avec ses contre-indications et les conditions de sécurité indispensables à sa mise en œuvre. Ces dernières années, des cas de malaises graves, certes rares mais aux conséquences souvent désastreuses, ont été décrits en salle de naissance [9-11]. Le peau à peau fait partie des facteurs de risque généralement retrouvés. Ce risque est souvent cité par les équipes soignantes comme un frein à la mise en place du peau à peau particulièrement lorsque la charge de travail est importante. Ce risque peut être en partie prévenu par la formation des équipes et la mise en place de protocoles stricts [12, 13] ;
- instaurer une traçabilité de la mise en peau à peau comme un soin à part entière et de l'éventuelle séparation du nouveau-né de sa mère avec sa justification dans le dossier médical de l'enfant, afin de sensibiliser les soignants à leurs actions.

## Conclusion

Séparer un nouveau-né de sa mère à la naissance est une pratique médicale qui ne doit pas être banalisée. De nombreuses études en faveur de la proximité mère-enfant après la naissance ont été publiées au cours des 40 dernières années [14]. Les recommandations de l'ANAES en 2002 préconisaient déjà : « *Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité. Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après*

*une période de contact prolongée et ininterrompue. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant. Après la naissance, la première tétée est favorisée par ce contact intime* ». [15]

Ces recommandations doivent être appliquées et pour cela il est nécessaire de repenser l'organisation des pratiques au sein des maternités afin de proposer des modalités de prise en charge respectant au mieux le lien mère-enfant mais aussi la sécurité. Le peau à peau, dont les bénéfices sont depuis longtemps reconnus, doit faire partie aujourd'hui de l'accueil physiologique du nouveau-né en salle de naissance. Le personnel soignant et les parents doivent être informés de ces modalités et de ces bienfaits, afin qu'il soit appliqué comme un soin devant être standardisé à tous les accouchements physiologiques.

## Références

- [1] Dageville C, Casagrande F, De Smet S, Boutté P. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Arch Pediatr*. 2011 ; 18 : 994-1000.
- [2] Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Arch Pediatr*. 2008 ; 15 Suppl 1 : S12-9.
- [3] Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2009 ; 36 (2) : 97-109.
- [4] Rodgers C. Why Kangaroo Mother Care Should Be Standard for All Newborns. *J Midwifery Womens Health*. 2013 ; 58 (3) : 249-52.
- [5] Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnäs-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr*. 1995 ; 84 (5) : 468-73.
- [6] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 ; 7 : CD003766.
- [7] Erlandsson K, Christensson K, Fagerberg I. Fathers' Lived Experiences of Getting to Know Their Baby While Acting as Primary Caregivers Immediately Following Birth. *J Perinat Educ*. 2008 ; 17 : 28-36.
- [8] Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 2007 ; 34 (2) : 105-14.
- [9] Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. *Transl Stroke Res*. 2013 ; 4 (2) : 236-47.
- [10] Dageville C, Pignol J, De Smet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatr*. 2008 ; 97 : 866-9.
- [11] Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*. 2011 ; 127 : e1073-6.
- [12] Réseau sécurité naissance, Branger B. Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau à peau en salle de naissance. Nantes : Réseau sécurité naissance ; 2013.
- [13] Tourneux P, Dubruque E, Baumert A, Carpentier E, Caron-Lesenechal E, Barcat L, et al. Peau-à-peau en salle de naissance: impact du monitoring de la saturation pulsée en oxygène. *Arch Pediatr*. 2015 ; 22 (2) : 166-70.
- [14] Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 ; 5 : CD003519.
- [15] ANAES. Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Service recommandations et références professionnelles, mai 2002.