	PEAU Á PEAU EN SALLE DE NAISSANCE			
Repère	**Réseau Périnatal Réunion**	www.repere.re	Source : protocole « Accueil du nouveau-né en salle de naissance » CHU Sud REPERE : 11 septembre 2025	9 pages

Groupe de travail : Dr Magali RICHARD (Pédiatre CHU Sud), Dr Julie GUINAUD (Pédiatre CHU Sud), Mme Chrystel JULIEN (Sage-femme CHU Sud), Dr Marine TRIGOLET (Pédiatre CHU Sud).

Objet

Décrire les pratiques d'accueil du nouveau-né présumé bien portant en salle de naissance, en tenant compte des connaissances scientifiques sur les compétences et la sensorialité du nouveau-né, et leurs implications dans la relation mère-enfant.

Le protocole d'accueil du nouveau-né intégrant ces données a pour objectif de :

- Encourager le peau à peau précoce et prolongé entre la mère et son enfant tout en assurant leur sécurité,
- Favoriser l'établissement du mien mère-enfant et le démarrage de l'allaitement maternel,
- Faire les gestes médicaux nécessaires au moment où ils perturbent le moins la relation mère-enfant,
- Renoncer aux gestes médicaux inutiles et reporter les gestes non urgents.

Domaine d'application

Salle de naissance de toutes les maternités de l'île, quel que soit leur niveau.
Protocole adaptable en fonction de l'organisation de chaque structure en gardant les principes fondamentaux.

Références règlementaires / Recommandations

1. 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel, OMS UNICEF 1989
2. Programme international IHAB, OMS UNICEF 1991
3. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant, Rapport ANAES mai 2002
4. Favoriser l'allaitement maternel : Processus – Évaluation. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles, HAS juin 2006
5. Protocole Soins au nouveau-né normal de plus de 36 SA et sans pathologie dans les 2 premières heures de vie. « Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire, protocole validé le 15 septembre 2006
6. Protocole d'accueil du nouveau-né présumé bien portant en salle de naissance, Réseau Sécurité Naissance PACA Est – Haute Corse – Monaco, protocole validé le 7 février 2007 (MAJ en février 2023)
7. Le démarrage de l'allaitement maternel, semaine mondiale de l'allaitement maternel 2007, livret thématique
8. Recommandations de l'ILCOR 2015
9. http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf
10. Protocole accueil du nouveau-né né par voie basse et peau à peau, Centre Hospitalier Gabriel Martin
11. Protocole accueil du nouveau-né en salle de naissance, Naître et grandir en Languedoc Roussillon, 2013
12. OMS Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2015
13. Fiche mémo Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Recommandations de bonne pratique « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales », HAS décembre 2017

Terminologie

AG : Anesthésie Générale
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
COFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
HAS : Haute Autorité de Santé
IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés
ILCOR : International Liaison Commitee On Ressuscitation
IMF : Infection Materno-Fœtale
RCF : Rythme Cardiaque Fœtal au monitoring
RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin
SA : Semaine d'Aménorrhée
VAS : Voies Aériennes Supérieures

Annexes / Documents associés

Annexe 1 : Surveillance post partum immédiat

Annexe 2 : Sortie de salle de naissance

1. Définitions

Peau à peau à la naissance :
Il s'agit de mettre le nouveau-né nu contre la peau de sa mère sans interposition de tissu, immédiatement après la naissance et de maintenir ce contact aussi longtemps que la mère le désire.

Nouveau-né présumé bien portant :
Nouveau-né indemne de toute détresse selon les critères de l'ILCOR 2015 :

- **Nouveau-né à terme**
- **Nouveau-né qui respire et/ou qui crie**
- **Nouveau-né qui a un bon tonus musculaire**

2. Préparation de l'accueil

Les modalités d'accueil du nouveau-né doivent être abordées avec la mère et père ou le co-parent **avant la naissance** afin de leur expliquer les **bénéfices du peau à peau,** à savoir qu'il :
- Favorise l'établissement du lien mère-enfant,
- Favorise l'allaitement maternel,
- Favorise l'installation de la flore digestive,
- Effet antalgique chez le nouveau-né,
- Favorise la stabilité hémodynamique néonatale et l'adaptation respiratoire,
- Favorise une bonne régulation thermique et glycémique chez le nouveau-né.

⇨ Le peau à peau n'est pas uniquement réservé aux mères qui souhaitent allaiter.
⇨ Le peau à peau ne doit pas être imposé aux parents qui peuvent le refuser ou l'interrompre à tout moment.

En pratique :

- Avoir à disposition du linge chaud (molleton, couverture…) et un bonnet.
- La lumière doit être douce mais la pénombre **est à proscrire.**

Conditions impératives pour la réalisation du peau à peau en salle de naissance :

- **Nouveau-né qui respire ou qui crie**
- **Nouveau-né qui a un bon tonus**
- **Mère sans pathologie affectant sa vigilance ou sa disponibilité au nouveau-né**
- **Activité en salle de naissance compatible avec la surveillance**

- Le clampage différé du cordon est recommandé.

3. Peau à peau après une naissance par voie basse

Avec la mère en première intention, il peut être proposé au second parent si la mère n'est pas en mesure de le faire ou ne souhaite pas le faire

Prérequis :

La présence d'une tierce personne auprès de la mère et de son bébé pendant toute la durée du peau à peau est fortement recommandée.
Elle augmente le niveau de sécurité du peau à peau mais ne se substitue pas à la surveillance des soignants selon les modalités ci-dessous (cf. chapitre 5).
La personne accompagnante devra rester à proximité, sans source de distraction (pas d'écran, pas de téléphone), et être informée de l'importance du bon positionnement du bébé et des signes qui doivent faire alerter les soignants.
La sonnette doit être mise à disposition à proximité de façon systématique.

Nouveau-né bien portant	Nouveau-né à risque
A terme (≥ 37SA) Sans risque de pathologie Né par voie basse eutocique ou césarienne sous APD ou rachianesthésie Inclus : les jumeaux à terme Si la mère est primipare mais qu'elle a un accompagnant	Terme entre 34SA et 36SA+6j Imprégnation maternelle chronique par un produit dépresseur respiratoire (benzodiazépines, morphiniques) Toxicomanie maternelle Analgésie maternelle par morphiniques (Nubain®, pompe à morphine…) moins de 4h avant l'accouchement Mère primipare sans accompagnant Asphyxie (pH bas <7.10, lactates >8) Travail long, fatigue maternelle et mère seule Extraction instrumentale difficile Liquide amniotique méconial Césarienne sous AG
⇩ SURVEILLANCE STANDARD	⇩ SURVEILLANCE STANDARD + SATUROMÈTRE

UN AVIS PÉDIATRIQUE est recommandé dans les situations suivantes :

- Les malformations à risque de décompensation néonatale de diagnostic anténatal ou néonatal
- Toutes difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine (geignements, détresse respiratoire, cyanose, encombrement, hypotonie, bradycardie etc…)
- Anomalies profondes et prolongées du rythme cardiaque fœtal associées à un score d'Apgar < 7 à 1 min.

➔ Le pédiatre déterminera la conduite à tenir concernant le peau à peau et la surveillance adéquate.

4. Accueil du nouveau-né bien portant, né par voie basse

- À la naissance : l'enfant est posé sur le ventre de sa mère :

- Il est soigneusement séché avec des linges chauds.
- Une **évaluation clinique minimum** est pratiquée pour confirmer l'absence de malformation évidente ou de détresse :
  - Cri vigoureux
  - Mouvements respiratoires efficaces
  - Bonne réactivité à la stimulation
- Sa tête est recouverte d'un bonnet

- Installation de la mère :

- Position semi assise (proclive 45°)
- Les soins à la mère peuvent être réalisés pendant le peau à peau (délivrance, suture…)
- Veiller à ce qu'elle ait chaud : couverture
- Installation confortable (oreiller, coussin d'allaitement)
- Remonter les barrières du lit
- Sonnette à portée de main

- Installation du bébé :

- En décubitus ventral sur le sternum de la mère (plus haut que les seins) à hauteur de « bisous »
- Tête du bébé tournée sur le côté, VISAGE dégagé et VISIBLE, respiration nasale LIBRE, cou non fléchi
- L'enfant est ensuite recouvert d'un linge chaud (différent de celui qui a servi à le sécher) qui s'arrête à hauteur du cou
- SENSIBILISER la mère sur l'importance d'un bon positionnement du bébé et l'informer des signes qui doivent faire appeler le soignant : changement de coloration du bébé (pâle ou cyanosé), bébé qui ne bouge pas (hypotonique, aréactif), bébé qui ne respire pas, bébé encombré...

- Accompagnement :

Particularité au CHU Sud : dans toutes les salles d'accouchement se trouve une affiche d'information sur le peau à peau et la séquence comportementale après la naissance. Les parents peuvent la lire pendant le travail et s'y référer après la naissance du bébé.

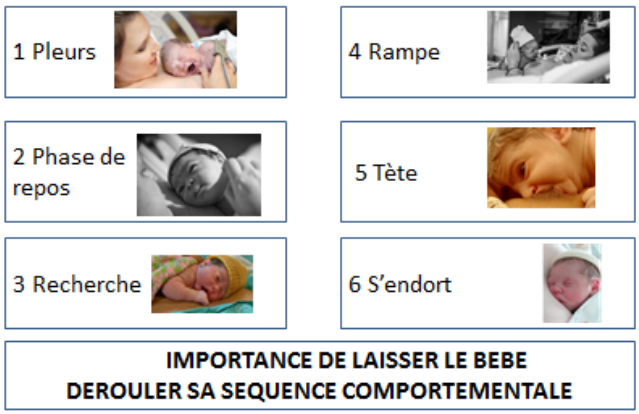
Les soignants montrent aux mères les signes qui indiquent que leur bébé est prêt à téter et proposent leur aide si besoin.

- Séquence comportementale du nouveau-né en peau à peau :

Les bébés naissent avec les réflexes indispensables à leur alimentation. S'ils ne sont pas dérangés après la naissance, les nouveau-nés présentent toute une séquence de comportements réflexes qui les amèneront à prendre le sein et à téter. Le nouveau-né doit être libre de gagner le sein par lui-même. Le personnel soignant ne doit pas faire de mise au sein active, juste être présent si demande de la mère.

Après la naissance le réflexe de succion est optimal **autour de 45 minutes**.

Les étapes de la tétée de salle de naissance



En cas d'alimentation par préparation pour nourrisson, il est recommandé d'attendre que le nouveau-né présente un réflexe de succion et recherche activement à téter pour lui proposer une quantité adaptée à son poids (en général entre 5 et 20ml).

5. Surveillance

FONDAMENTALE pour éviter le risque de malaise de la mère et de l'enfant.
Elle doit être expliquée à la mère et à la personne qui l'accompagne.
Observation clinique **TOUTES LES 15 MINUTES** tracée sur un tableau (annexe 1)
Elle est faite en alternance par les personnes disponibles (sage-femme, auxiliaire de puériculture, puéricultrice, aide-soignante, gynécologue obstétricien ou pédiatre)
Elle comporte :

- Vérification de la liberté des VAS du bébé
- Appréciation de la couleur du bébé
- Appréciation du tonus et de la réactivité du bébé
- Prise de température à H2
- Vérification de la bonne position de la mère et du bébé
- Surveillance de l'état de vigilance de la mère
- **Attention : si bosse séro-sanguine importante** -> retirer le bonnet à chaque surveillance pour vérifier l'évolution de la bosse

Durée du peau à peau : idéalement 2 heures.
Si l'interruption est nécessaire reprendre le peau à peau dès que possible.

6. Soins de routine

Lors des soins de routine, il est important de **favoriser le soutien comportemental du nouveau-né** : peau à peau, regroupement en flexion, enveloppement, grasping, soutien plantaire, qui diminue le stress du nouveau-né.
Dans la mesure du possible, faire les soins du nouveau-né **en présence des parents**, en expliquant les gestes réalisés, leur intérêt pour l'enfant et en les impliquant dans le soutien comportemental de leur enfant.

6.1. Désobstruction des VAS et perméabilité œsophagienne

Ne sont plus SYSTÉMATIQUES
Recommandations de l'ILCOR : « *les nouveau-nés à terme, nés dans un liquide clair, qui ont crié immédiatement et ont un bon tonus ne nécessitent pas d'aspiration et ne doivent pas être séparés de leur mère mais séchés et recouverts d'un linge* »

La désobstruction des VAS reste nécessaire en cas de :

- **Détresse évidente**
- **Difficultés d'adaptation**
- **Encombrement du bébé**
- **Hypotonie persistante même si adaptation cardio-respiratoire satisfaisante**
- **Malformations oro-faciales ou suspicion d'atrésie de l'œsophage en anténatal (hydramnios)**

6.2. Vérification de la perméabilité des choanes

La vérification de la perméabilité des choanes à l'aide d'une sonde, dans les minutes qui suivent la naissance, est réservée aux nouveau-nés asphyxiques.
Une atrésie unilatérale des choanes doit être dépistée à distance de la naissance par une technique non invasive.

Le souffle respiratoire est repéré en plaçant devant chacun des orifices narinaires :

- Soit une mèche de coton qui frémit au passage de l'air.
- Soit un miroir sur lequel se condense l'humidité expirée.

6.3. Autres gestes de routine

- **L'examen clinique complet** n'est pas urgent : si un examen clinique minimum ne décèle aucune détresse ou malformation importante à la naissance, il doit être différé à la fin du peau à peau.

- La mesure de la **température** à H2 du peau à peau (en axillaire, ou en rectal).

- Les **mensurations** du nouveau-né doivent être pratiquées à la fin de la période de peau à peau, si possible en présence des parents. Pour faciliter le bien-être de l'enfant, **une pesée dite « enveloppée »** est souhaitable : l'enfant est enveloppé dans un linge chaud en position regroupée avant d'être posé sur la balance.

- L'administration de **collyre** est à réaliser selon le protocole du service et différée à la fin du peau à peau.

- L'administration **de vitamine K** est **obligatoire** (2mg) : elle doit être déposée dans la bouche ; le geste est pratiqué **après la première tétée** et la période de peau à peau (elle sera répétée avant la sortie de la maternité selon le protocole en vigueur.

- La mesure de la **glycémie capillaire** chez le nouveau-né à risque d'hypoglycémie se fait selon le protocole du service.

- Un **transfert en peau à peau** de l'enfant dans le service de suites de couches peut être proposé aux parents (cf protocole de service).

7. Quand interrompre le peau à peau

- Devant tout signe de détresse du nouveau-né
- En cas de fatigue ou sédation de la mère surtout en l'absence d'accompagnant
- En cas de surcharge de travail ne permettant pas une surveillance régulière de l'enfant. **L'équipe doit cependant considérer le peau à peau en salle de naissance comme le standard de soin pour tout nouveau-né bien portant** et faire son maximum pour qu'il puisse être proposé.

A l'issue des 2 premières heures du post partum les soins de routine sont effectués si possible en présence des 2 parents.

8. Si le bébé ne tète pas

Si le bébé a des difficultés à téter en salle de naissance, le personnel propose son aide à la maman pour l'aider à se positionner, à positionner son bébé, et/ou pour la prise du sein.

Si malgré l'aide proposée le bébé ne tète pas, la mère sera guidée et encouragée à :

- Exprimer manuellement du colostrum
- Donner le colostrum à la cuillère
- Monter en chambre avec son bébé en peau à peau, et à continuer le peau à peau en chambre

Le personnel de salle de naissance informera les équipes de suites de couche pour poursuivre la prise en charge.

Les chapitres 9 et 10 sont spécifiques au CHU Sud Réunion

9. Pour les nouveau-nés de 34SA et/ou < 2000g

- **Maintien de la température :** ajout d'une rampe ou couverture chauffante au-dessus de la mère et du nouveau-né en peau à peau.
- Tétée au sein avec compression mammaire ou alimentation **avant H1.**
- **Expression manuelle et don de colostrum à la cuillère en SYSTÉMATIQUE** après la tétée au sein**.**
- **Donner 1ml de Liquigen** (au frigo) au bébé après alimentation en salle de naissance**.**
- **TRANSFERT AVANT H2 en UK.**

Si une des étapes est impossible en raison de :
- Manque de matériel
- Charge de travail
- Difficultés d'alimentation du bébé

TRANSFERT à H1 AVEC LE CO-PARENT en UK

10. Pour les nouveau-nés à risque d'hypoglycémie

<u>Population à risque</u>

- Terme entre 35SA et 36SA+6jours
- RCIU < 10èmep ou macrosomie > 90èmep
- Nouveau-né de mère diabétique (diabète type 1 ou type 2, ou DG déséquilibré)
- Asphyxie néonatale (Apgar < 7 à 5min, pH < 7 ou lactates > 8)

Prise en charge :

- **Maintien de la température :** ajout d'une rampe ou couverture chauffante au-dessus de la mère et du nouveau-né en peau à peau.
- Tétée au sein avec compression mammaire ou alimentation **avant H1.**
- **Expression manuelle et don de colostrum à la cuillère en SYSTÉMATIQUE** après la tétée au sein**.**
- **Donner 1ml de Liquigen** (au frigo) au bébé après l'alimentation en salle de naissance**.**

Transfert en maternité ou UK selon indication à H2.

11. Annexes

Annexe 1 : Surveillance post partum immédiat

ETIQUETTE PATIENTE	POST PARTUM IMMEDIAT	ETIQUETTE BEBE

Date :

Opérateur :

Bébé : consignes de sécurités expliquées à la mère et à la personne accompagnante ❑

HEURE	CONSTANTES	TONICITE UTERINE	NIVEAU DE L'UTERUS	LOCHIES	Autres	Vigilance parentale	Voies aériennes dégagées	Bonne position NN	Bonne coloration NN	Bon tonus	Respiration	Si nécessaire	
												FC	SaO2
	TA : π : θ :	2 1 0	□ Sous l'ombilic □ A l'ombilic □ Au-dessus de l'ombilic	□ Physio □ Patho		□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON		
	TA : π : θ :	2 1 0	□ Sous l'ombilic □ A l'ombilic □ Au-dessus de l'ombilic	□ Physio □ Patho		□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON		
	TA : π : θ :	2 1 0	□ Sous l'ombilic □ A l'ombilic □ Au-dessus de l'ombilic	□ Physio □ Patho		□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON		
	TA : π : θ :	2 1 0	□ Sous l'ombilic □ A l'ombilic □ Au-dessus de l'ombilic	□ Physio □ Patho		□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON		
	TA : π : θ :	2 1 0	□ Sous l'ombilic □ A l'ombilic □ Au-dessus de l'ombilic	□ Physio □ Patho		□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON		
	TA : π : θ :	2 1 0	□ Sous l'ombilic □ A l'ombilic □ Au-dessus de l'ombilic	□ Physio □ Patho		□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON		
	TA : π : θ :	2 1 0	□ Sous l'ombilic □ A l'ombilic □ Au-dessus de l'ombilic	□ Physio □ Patho		□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON		
	TA : π : θ :	2 1 0	□ Sous l'ombilic □ A l'ombilic □ Au-dessus de l'ombilic	□ Physio □ Patho		□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON		

Annexe 2 : Sortie de salle de naissance

Examen de sortie de salle de naissance à ……H……

- **Constantes :** TA : Pouls : Température :
- **Examen obstétrical :**
  - Tonicité de l'utérus : □ 2, sous l'ombilic □ 1 □ 0
  - Lochies : □ Physiologiques □ Pathologiques
- **Miction :** □ Absence □ Spontanée productive □ Sondage évacuateur : ……
  □ Retrait SUAD : ……
- **Toilette vulvaire :** □ Oui □ Non
- **Périnée :** □ Hématome □Œdème □ Hémorroïdes
- **Ablation du KT de péridural :** □ Oui □ Non
- **VVP :** □ Retirée □ Obturée □ Garde veine
- **Test de Kleihauer :** □ Fait □ Non fait

Nouveau-né :

- Mise au sein : ……min □ Alimentation Artificielle : …… θ° : ……
- Peau à peau : ……min □ Non fait
- Bracelet d'identification posé par : ……
- Difficultés AM rencontrées : ……

Dossiers

- Dossier complété : □ Oui □ Non
- Déclaration de naissance signée : □ Oui □ Non
- Carnet de santé rempli : □ Oui □ Non

Transmissions faites à

Nom de la sage-femme : …… Nom de la puéricultrice : …… Chambre : ……

□ SDC physiologiques □ SDC pathologiques □ Grossesses à Haut risque
□ Nurserie du 2 □ Nurserie du 0 □ Unité Kangourou

SORTIE AUTORISEE : □ OUI □ NON