



**Repère**  
RÉSEAU PÉRINATAL RÉUNION

# PROTOCOLE REGIONAL PEAU À PEAU EN SALLE DE NAISSANCE



10 bis, allée des Gloxinias - Bassin Plat 97410 Saint-Pierre  
Tél : 0262 35 15 59 - Fax : 0262 35 16 65  
Email: [repere@wanadoo.fr](mailto:repere@wanadoo.fr) - Site Internet : [www.repere.re](http://www.repere.re)



ARSR Réunion  
Agence Régionale de Santé  
Région Réunion

ARSR Réunion  
Agence Régionale de Santé  
Région Réunion

**IDENTIFICATION DU DOCUMENT**

DOMAINE	FONCTION	CARACTÉRISTIQUE	TYPE
Réalisation de service	Prise en charge du patient	Bloc Maternité	Protocole

SECTEUR ÉMETTEUR	
------------------	--

MOTS CLÉS	Accueil – nouveau né – Peau à peau – soins de routine
-----------	---

RÉFÉRENTIEL	DIFFUSION DU DOCUMENT
	Régionale

**GROUPE DE TRAVAIL**

NOM - PRÉNOM	FONCTION – LIEU D'EXERCICE	NOM - PRÉNOM	FONCTION – LIEU D'EXERCICE
Calixte Delphine	Sage-femme, GHER	Ahamed Hayati	Sage-femme, CHU nord
Huet Valérie	Auxiliaire puéricultrice, Clinique Durieux	Rivière Priscaline	Sage-femme, CHU nord
Mochel Katia	Sage-femme, Clinique Durieux	Rajaofera Isabelle	Pédiatre, CHU nord
Hofmann Anna	Pédiatre, CHGM	Julien Chrystel	Sage-femme, CHU sud
Gauthier Joëlle	Sage-femme, CHGM	Loumouamou Yeni	Pédiatre, CHU sud
Jacquemot Laure	Pédiatre, CHU nord	Burlot Emilie	Sage-femme référente, Clinique Ste-Clotilde
Ferrere Gaëlle	Sage-femme, CHU nord	Henniaux Estelle	Sage-femme, Clinique Ste-Clotilde
Lusinchi Sophie	Pédiatre, Clinique Jeanne d'Arc	Valeze Cathy	Sage-femme, Clinique Jeanne d'Arc

**LÉGITIMITÉ DU DOCUMENT**

RÉDACTION	VÉRIFICATION	APPROBATION
<b>Nom :</b> Isabelle RAJAOFERA Chrystel JULIEN	<b>Nom :</b> Sylvie BOUKERROU	<b>Etablissement :</b>
<b>Fonction :</b> Pédiatre/ Sage-femme	<b>Fonction :</b> Coordinatrice Régionale Réseau Périnatal Réunion	<b>Nom :</b> <b>Fonction :</b>
<b>Date :</b> Avril 2014	<b>Date :</b> Septembre 2014	<b>Date :</b>
<b>Visa :</b>	<b>Visa :</b>	<b>Visa :</b>

## SOMMAIRE

### 1. OBJET

### 2. DOMAINE D'APPLICATION

### 3. DOCUMENTS DE REFERENCE / DOCUMENTS ASSOCIES

### 4. DEFINITIONS / ABREVIATIONS

#### 4.1. DEFINITIONS

#### 4.2. ABRÉVIATIONS

### 5. CONDITIONS

#### 5.1. PEAU A PEAU IMMEDIAT APRES LA NAISSANCE

##### 5.1.1. Nouveau-né bien portant

##### 5.1.2. Nouveau-né à risque

#### 5.2. PEAU A PEAU DIFFERE

### 6. PREPARATION DE L'ACCUEIL

### 7. ACCUEIL DU NOUVEAU-NE BIEN PORTANT, NE PAR VOIE BASSE

### 8. SURVEILLANCE

### 9. SOINS DE ROUTINE

#### 9.1. DESOBSTRUCTION DES VAS

#### 9.2. ASPIRATION GASTRIQUE ET VERIFICATION PERMEABILITE DE L'ŒSOPHAGE

#### 9.3. VERIFICATION PERMEABILITE DES CHOANES

#### 9.4. SOINS DE ROUTINE

### 10. EVALUATION

### 11. ANNEXES

### 1 - OBJET

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

Le nouveau protocole d'accueil du nouveau-né intégrant ces nouvelles données doit permettre :

- D'encourager le peau à peau précoce et prolongé entre la mère et son enfant tout en assurant leur sécurité et favoriser ainsi le démarrage de l'allaitement maternel.
- De faire les gestes médicaux nécessaires au moment où ils perturbent le moins la relation mère-enfant.
- De renoncer aux gestes médicaux inutiles.

### 2 - 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.

### 3 - DOCUMENTS DE REFERENCE / DOCUMENTS ASSOCIES

- OMS / UNICEF : 1989 : 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel.
- OMS / UNICEF 1991 : Programme international IHAB.
- Rapport ANAES mai 2002 : Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant.
- HAS : juin 2006 : Favoriser l'allaitement maternel : Processus - Evaluation.
- Protocole d'accueil du nouveau né présumé bien portant en salle de naissance. Réseau Sécurité Naissance PACA est- Haute Corse- Monaco, protocole validé le 07 février 2007.
- Soins au nouveau-né normal de plus de 36 SA et sans pathologie dans les 2 premières heures « Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire. Validé le 15 septembre 2006.

- Le démarrage de l'allaitement maternel, semaine mondiale de l'allaitement maternel 2007. Livret thématique.
- <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf>
- Recommandations de l'ILCOR 2010
- Protocole d'accueil du nouveau-né né par voie basse et peau à peau. Centre Hospitalier Gabriel Martin. 2012
- Protocole d'accueil du nouveau-né bien portant en salle de naissance. Centre Hospitalier Sud Réunion.
- Protocole d'accueil du nouveau-né en salle de naissance. Naître et grandir en Languedoc Roussillon. 2013.

## 4 - DEFINITIONS / ABREVIATIONS

### 4.1. 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 2010 :
  - **Nouveau-né à terme**
  - **Nouveau-né qui respire ou qui crie**
  - **Nouveau-né qui a un bon tonus**

### 4.2. Abréviations :

**RCIU** : Retard de Croissance Intra Utérin

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

**COFAM** : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel.

**ILCOR** : International Liaison Committee On Resuscitation.

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**IHAB** : Initiative Hôpital Ami des Bébé.

**IMF** : Infection Materno-Fœtale

**RCF** : Rythme Cardiaque Fœtal au monitoring

**VAS** : Voies Aériennes Supérieures

## 5 - CONDITIONS

### CONDITIONS IMPERATIVES POUR LA REALISATION DU PEAU A 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 et sa disponibilité au nouveau-né
- Activité en salle de naissance compatible avec la surveillance

#### 5.1. Peau à peau immédiat après la naissance avec mère ou père (si mère non disponible) :

##### 5.1.1. Nouveau-né bien portant

- A terme (> ou égal à 37 SA)
- Sans risque de pathologie
- Né par voie basse eutocique

##### NB : Peau à peau possible malgré particularité de la situation

- RCIU < 10<sup>ème</sup> percentile
- Nouveau-né à risque d'hypoglycémie
- Nouveau-né à faible risque infectieux (cf protocole IMF)
- Jumeaux



**SURVEILLANCE STANDARD (CF. 8)**

### 5.1.2. Nouveau-né à risque

- Terme entre 34 et 37 SA
- Césarienne
- Extraction instrumentale ou accouchement difficile
- Imprégnation maternelle chronique par un ou des produits potentiellement dépresseurs respiratoires (benzodiazépines, morphiniques)
- Toxicomanie maternelle
- Analgésie maternelle par morphiniques (Nubain ®, pompe à morphine...) moins de 4 heures avant l'accouchement
- Traitement maternel par bêtabloquants
- Liquide amniotique méconial
- Nouveau-né à haut risque infectieux (cf protocole IMF)
- Bonne adaptation mais pH < 7.10 et /ou lactates > 8 (pour les maternités qui ont les résultats dans les 10 premières minutes)



**SURVEILLANCE STANDARD + SATUROMETRE**

### 5.2. Peau à peau différé

- Les malformations à risque de décompensation néonatale de diagnostic anténatal ou néonatal
- Toutes difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine (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.

Si bonne récupération et après avis pédiatrique :



**PEAU A PEAU  
SURVEILLANCE RENFORCEE + SATUROMETRE**



## 6 - LA PREPARATION DE L'ACCUEIL

- Idéalement, les modalités d'accueil du nouveau-né devraient être abordées avec la mère et le père avant la naissance.
- Le peau à peau est proposé à toutes les mères, quelque soit le mode d'alimentation du nouveau-né.
- Le peau à peau ne doit pas être imposé aux parents qui peuvent le refuser ou l'interrompre à tout moment.

### En pratique :

- Du linge (serviette, drap, couverture...) chaud et un bonnet doivent être prêts.
- Idéalement la température de la pièce doit être > 20°. Sinon, prévoir rampe chauffante
- La lumière doit être douce mais la pénombre **est à proscrire.**

## 7 - L'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 si possible.
- Un **examen clinique minimum** est pratiqué pour confirmer l'absence de malformation évidente ou de détresse :
  - a) Cri vigoureux
  - b) Mouvements respiratoires efficaces
  - c) Bonne réactivité à la stimulation
- Sa tête est recouverte d'un bonnet

### - Désobstruction des VAS/aspiration gastrique et vérification des choanes :

cf 9.1 ; 9.2 ; 9.3

### - 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, rampe chauffante
- Installation confortable (serviettes, coussins pour soutien des bras)
- 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 coté, 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...

### - Gestes de routine (cf. 9.4)

- **Présence d'un accompagnant** : 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 8). La personne accompagnante devra être informée de l'importance du bon positionnement du bébé et des signes qui doivent faire alerter les soignants.

### - Première alimentation du nouveau-né :

**Au biberon** : pour les nouveau-nés non allaités: dans les 2 heures, si risque d'hypoglycémie, petite quantité (5 à 15ml) sinon, lorsque l'enfant recherche activement à téter,

**Au sein** : le nouveau né doit être libre de gagner le sein par lui-même et sa mère est libre de l'aider à son gré. Le personnel soignant ne doit pas faire de mise au sein active, juste être présent si demande de la mère. Interférer le moins possible avec cet échange.

Pour un nouveau-né avec facteurs de risque d'hypoglycémie ET qui a des difficultés à prendre le sein dans les premières heures de vie, exprimer le colostrum maternel et le donner à la cuillère, ou, si la mère n'a pas du tout de colostrum, donner du lait (Peptijunior à la seringue).

## 8 - 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 MIN** : cf FICHE

Elle sera faite en alternance par les personnes disponibles (sage-femme, auxiliaire de puériculture, puéricultrice, aide-soignante, médecin -gynécologue 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 30 mn et H +2
- Vérification de la bonne position de la mère et du bébé
- Surveillance 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 le reprendre dès que possible.

## 9 - SOINS DE ROUTINE

### 9.1. Désobstruction des VAS

Elle doit être immédiate et systématique en cas de :

- **Détresse évidente**
- **Liquide méconial**

Elle est nécessaire en cas de :

- **Difficultés d'adaptation**
- **Encombrement du bébé**
- **Hypotonie même si adaptation cardio-respiratoire satisfaisante**
- **Césarienne**
- **Prématurité < 37 SA**
- **Prise de psychotropes ou sédatifs par la mère**
- **Analgésiques sédatifs administrés à la mère dans les 4h précédent l'accouchement**
- **Anomalies du RCF ET pH < 7,10 ou liquide amniotique teinté ou lactates > 8**
- **Toxicomanie maternelle**

Le geste de désobstruction peut se limiter à une aspiration douce (max 150 mmHg) de la cavité buccale et de la partie antérieure des fosses nasales lorsqu'il n'y a pas de détresse. Importance du soutien comportemental (peau à peau, regroupement en flexion du nouveau-né, enveloppement, grasping, soutien plantaire) qui diminue le stress du nouveau-né.

### 9.2. Aspiration gastrique/test à la seringue

#### 9.2.1. Les Risques

- Bradycardie ou apnée réflexe
- Lésions muqueuses œsophagiennes
- Perturbations de la séquence comportementale initiale qui amène le bébé à téter le sein

#### 9.2.2. Technique

(Latéralement, le long de la joue) une sonde 6F réchauffée (pour l'assouplir) puis :

- Soit, aspiration gastrique simple
- Soit, test à la seringue afin de vérifier la perméabilité de l'œsophage

Chez un enfant sans détresse vitale, l'aspiration gastrique se fera en utilisant des procédures de soutien comportemental (cf ci-dessus).

#### 9.2.3. Indications

##### • Obligatoire si :

- Détresse immédiate et/ou liquide amniotique méconial (aspiration simple)
- Suspicion d'atrésie de l'œsophage (test à la seringue +++++)
  - Anténatale : hydramnios, petit estomac, syndrome polymalformatif...
  - Néonatale : hypersalivation, syndrome polymalformatif, grossesse non suivie (pas d'échographie morphologique)

- Différée si indication de prélèvement périphérique pour risque infectieux (cf protocole en cours dans maternité). Dans ce cas, aspiration gastrique simple qui peut être faite sur le ventre de la mère avant toute alimentation, si bébé va bien

- Facultative pour les bébés sans facteur de risque

### 9.3. 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, avant sortie de la salle de naissance, par une technique non invasive.

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

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

### 9.4. Autres gestes de routine

- La mesure de la **glycémie capillaire** chez le nouveau-né à risque d'hypoglycémie (cf protocole en cours)
- La mesure de la **température** à 30 mn de peau à peau (en axillaire ou en tympanique) et après la période de peau à peau ; lorsqu'elle est mesurée en rectal, elle permet en même temps la vérification de la perméabilité anale.
- L'administration de **collyre** est inutile après une naissance par césarienne à membranes intactes ; elle est facultative dans les autres cas. Là encore, chaque équipe doit décider d'administrer ou non ce traitement et la décision doit être inscrite dans le protocole du service. Dans tous les cas, l'administration peut être 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 période de peau à peau et répétée avant la sortie selon protocole en vigueur
- **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
- Les **mensurations** du nouveau-né doivent être pratiquées à distance de la naissance, la pesée à la fin de la période de peau à peau, la mesure de la taille et du périmètre crânien dans les jours qui suivent.

- **La pesée** : 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.
- En dehors du bain iodé immédiatement après la naissance dans le cadre des mesures de prévention de la transmission des virus herpès et VIH, la seule raison de donner **un bain** au nouveau-né le jour de la naissance est une demande maternelle.

## 10 - EVALUATION

### PHASE I : Etat des lieux

Pré évaluation des pratiques de la mise à peau à peau en SDN par le questionnaire (ci-après) à remplir pour chaque naissance vivante.

### PHASE II : Analyse comparative

Evaluation des pratiques 6 mois après la mise en place du protocole : remplissage du même questionnaire pour chaque naissance vivante.

### PHASE III : Réajustement

Réajustement du protocole une fois par an en fonction des dernières recommandations en vigueur.

### PHASE IV : Démarche qualité / Amélioration

A décider, en fonction de l'analyse des questionnaires

## 11 - ANNEXES

- Questionnaire d'évaluation des pratiques
- Feuille de surveillance du peau à peau
- Image résumant la bonne position de la mère et du nouveau-né en peau à peau.

## QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

### LE PEAU A PEAU EN SALLE DE NAISSANCE ET LES SOINS DE ROUTINE

A remplir pour chaque naissance vivante sur un mois environ\*

Etablissement : .....

Date : ..... /..... /..... Terme : ..... SA Poids : ..... Kg

1. Mise en peau à peau à la naissance  Oui  Non

2. Si non, pourquoi ?

Charge de travail

Refus du parent

Mère qui ne va pas bien

Césarienne

Bébé qui ne va pas bien

Bébé prématuré Terme : ..... SA

Autre (préciser).....

3. Si oui :

En salle d'accouchement  En salle de réveil

Avec la mère  Avec le père

Immédiat  oui  non

Retardé (préciser à combien de minutes de vie).....

a. Raison du retard :

Charge de travail

Mère non disponible

Soins à faire au bébé

b. Durée du peau à peau :

Moins de 30 min  Entre 30 et 60 min

Entre 60 et 90 min  Entre 90 et 120 min  Plus de 120 min

**4. Avez-vous pratiqué une aspiration gastrique ?**

- Non
- Oui
- Avant le peau à peau     Après le peau à peau
- Facteurs de risques infectieux     Facteurs de risque d'atrésie de l'œsophage
- Autre, préciser : .....

**5. Avez-vous pratiqué une désobstruction des Voies Aériennes Supérieures ?**

- Non
- Oui :     avant le peau à peau     Après le peau à peau
- Bébé encombré
- Autre raison, préciser : .....

**Remarques :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**\* Si Jumeaux, remplir 2 feuilles**



# SURVEILLANCE BÉBÉ EN SALLE DE NAISSANCE

Consignes de sécurité expliquées

à la mère  à la personne accompagnante

ÉTIQUETTE  
BÉBÉ

ÉTIQUETTE  
MÈRE

Minutes de vie	5	10	15	30	45	60	75	90	105	120
Peau à peau										
<b>Motif(s) du non peau à peau</b> <input type="checkbox"/> Soins urgents <input type="checkbox"/> Refus maman <input type="checkbox"/> Pas d'accompagnant <input type="checkbox"/> Surcharge de travail										
<b>Surveillance du peau à peau</b>										
Mère										
Semi-assise (45°)										
Sécurisation : barrière/polochon										
Sonnette disponible										
Bébé										
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Voies Aériennes Supérieures dégagées										
Bonne coloration										
Bon tonus										
Bonne position										
Eveillé										
Dort										
Valeur Sao2/Fc										
Surveillance en berceau										
Couleur										
Tonus										
Alimentation										
Tétée : - Spontanée - Aidée - Refus sein										
Biberon										
Température										
Remarques										
Initiales Soignant										

