

 <p>Aux portes de la vie</p>	<b>ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PRESUME BIEN PORTANT EN SALLE DE NAISSANCE</b>	<b>Protocole pédiatrique n°8</b> version 2 page 1/8
---	---	--

Référence : RSN/PR/REA.P/008/A	Date de 1 <sup>ère</sup> mise en service : 04/04/2007
--------------------------------	---

<b>Suivi des modifications</b>			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Fait par :
2	15/10/2013	Mise à jour	CMS

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction : Dr C. DAGEVILLE	Nom et fonction : Dr C. DAGEVILLE	Nom et fonction : Dr AM. MAILLOTTE	Nom et fonction : CMS
Date : 07/02/2007	Date : 10/10/2013	Date : 13/10/2013	Date : 15/10/2013
Signature :  <b>signé</b>	Signature :  <b>signé</b>	Signature :  <b>signé</b>	Signature :  <b>signé</b>

## 1. Généralités

- Beaucoup de gestes sont pratiqués systématiquement sur le nouveau-né, dès sa naissance. Pour un certain nombre d'entre eux, des études cliniques convaincantes ont démontré qu'ils étaient inutiles et même délétères.
- Le phénomène d'attachement entre un nouveau-né et sa mère fait intervenir, pour chacun d'eux, quatre ordres de facteurs intriqués : programmation comportementale innée, stimuli sensoriels, sécrétions hormonales et échanges émotionnels ; les interventions médicales face à un processus aussi complexe doivent être particulièrement prudentes.
- Il est démontré que l'attachement mère - nouveau-né passe d'abord par le corps de l'un et de l'autre ; il en résulte que toute intervention sur le corps de l'un des deux ou toute interférence dans leur relation de corps à corps initiale peut troubler le processus. De nombreux arguments font penser que le respect du peau à peau précoce (dès les premières minutes) et prolongé (au moins une heure) favorise l'attachement mère / nouveau-né et la réussite de l'allaitement et que, à l'inverse, leur séparation précoce perturbe ces deux phénomènes.
- Par ailleurs, il est démontré que le contact physique étroit entre la mère et son nouveau-né renforce la production maternelle d'ocytocine et atténue les phénomènes douloureux.
- A partir de ces connaissances scientifiques, nous proposons un protocole d'accueil du nouveau-né présumé bien portant en salle de naissance avec trois objectifs :
  - 1) Favoriser le "peau à peau" précoce et prolongé entre la mère et son enfant,
  - 2) Faire les gestes médicaux nécessaires au moment où ils perturbent le moins la relation mère – enfant,
  - 3) Renoncer aux gestes médicaux inutiles.
- La pratique du peau à peau ne doit pas être imposée à la mère qui doit pouvoir le refuser ou l'interrompre à tout moment.
- La pratique du peau à peau n'est pas réservée aux mères qui souhaitent allaiter. Lorsqu'une mère préfère un allaitement artificiel, ce choix n'est pas contradictoire, si elle le

 <p>Aux portes de la vie</p>	<p><b>ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PRESUME BIEN PORTANT EN SALLE DE NAISSANCE</b></p>	<p><b>Protocole pédiatrique n°8</b> version 2 page 2/8</p>
---	--	--

désire, avec une première et unique tétée du sein par le nouveau-né, appelée "tétée d'accueil".

- Chaque maternité doit réfléchir en équipe aux modifications à apporter à son organisation interne pour mettre progressivement ses pratiques en conformité avec le protocole du Réseau ; il faudra régulièrement évaluer au niveau du réseau l'application du protocole.

## **2. Définition du nouveau-né présumé bien portant**

Les nouveau-nés présumés bien portants dès la naissance :

- ne présentent pas de risque prévisible de décompensation brutale ⇒ analyse du dossier de grossesse ;
- sont indemnes de toute détresse : le premier examen du nouveau-né peut être pratiqué par la sage-femme ; il est nécessairement sommaire ne devant pas retarder l'installation en peau à peau. L'examen porte sur 3 points. Il faut vérifier :
  - l'efficacité de la fonction respiratoire et cardio-vasculaire : mouvements respiratoires amples et réguliers ; coloration rose
  - le bon comportement neurologique : cri vigoureux ; bonne réactivité ; bonne vigilance, bonne motricité
  - l'absence de malformation évidente

1/ Certaines situations représentent des contre-indications certaines à la pratique du peau à peau précoce et prolongé : les nouveau-nés porteurs d'une malformation à risque de décompensation brutale et précoce. Ceux-ci naissent généralement en maternité de niveau III. Par contre la présence d'une malformation non menaçante immédiatement ne doit pas être considérée comme une contre-indication à un accueil non médicalisé.

2/ Certaines situations représentent des contre-indications éventuelles, à analyser au cas par cas : les nouveau-nés présentant un contexte particulier :

- Terme inférieur à 36 SA,
- Liquide amniotique méconial,
- Anomalies profondes et prolongées du rythme cardiaque foetal associées à un score d'Apgar < 7 à 1 mn,
- Chorio-amniotite probable ou certaine,
- Imprégnation maternelle chronique par un ou des produits potentiellement dépresseurs respiratoires : ce sont principalement les benzodiazépines et les morphiniques,
- Traitement maternel par  $\beta$  bloquants si la fréquence cardiaque du nouveau-né est inférieure à 120/mn.

3/ Certaines situations ne représentent pas, par elles-mêmes, des contre-indications en l'absence de détresse associée :

- hypotrophie, macrosomie,
- nouveau-nés à risque d'hypoglycémie,
- nouveau-nés à risque infectieux,
- césarienne,
- extraction instrumentale...

 <p>Réseau <b>SÉCURITÉ</b> Naissance Paca Est-Haute Corse-Monaco <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p><b>ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PRESUME BIEN PORTANT EN SALLE DE NAISSANCE</b></p>	<p><b>Protocole pédiatrique n°8</b> version 2 page 3/8</p>
---	--	--

### **3. Préparation au peau à peau**

- Les modalités de l'accueil du nouveau-né doivent être abordées avec la mère et le père avant la naissance, au cours d'une des consultations prénatales ou d'une des séances de préparation à la naissance.
- Du linge chaud doit être prêt, ainsi qu'un bonnet.
- Idéalement, la température de la salle de naissance doit être supérieure à 20° et la mère ne doit pas être exposée directement au souffle d'une ventilation.
- La lumière doit être douce mais la pénombre est à proscrire.

### **4. Les gestes et traitements inutiles ou utiles mais à différer**

- Il n'y a pas d'indication à aspirer les fosses nasales, la bouche ou le carrefour aéro - digestif.
- La vérification de la perméabilité des choanes à l'aide d'une sonde est inutile (elle est réservée aux nouveau-nés asphyxiques). Une atrésie unilatérale des choanes doit être dépistée à distance de la naissance par une technique non invasive (on repère le souffle expiratoire en plaçant devant chacun des orifices nasaires soit une fine mèche de coton qui est frémit au passage de l'air soit un miroir sur lequel se condense l'humidité expirée).
- La vérification de la perméabilité de l'oesophage :
  - Est obligatoire lorsqu'il existe un signe d'appel prénatal (hydramnios) ou si le nouveau-né présente une hypersalivation mousseuse,
  - Est facultative en l'absence de ces deux signes. Chaque équipe doit décider de pratiquer ou non ce geste à titre systématique et la décision doit être inscrite dans le protocole du service,
  - Lorsqu'elle est pratiquée à titre systématique, elle doit être différée après la période de peau à peau,
  - La technique consiste à introduire par la bouche une sonde gastrique ou une sonde d'aspiration fine (diamètre 6F), réchauffée pour l'assouplir, et à vérifier qu'elle atteint l'estomac par un test à la seringue.
- La mesure de la glycémie capillaire chez le nouveau-né à risque d'hypoglycémie n'a pas d'indication pendant cette période.
- La mesure de la température se fait 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 répété le lendemain.

 <p>Aux portes de la vie</p>	<p><b>ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PRESUME BIEN PORTANT EN SALLE DE NAISSANCE</b></p>	<p><b>Protocole pédiatrique n°8</b> version 2 page 4/8</p>
---	--	--

- 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.
- 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.
- En dehors du bain iodé indiqué immédiatement après la naissance dans le cadre des mesures de prévention de la transmission des virus Herpes et VIH, la seule raison de donner un bain au nouveau-né le jour de la naissance est une demande maternelle.
- Le nouveau-né est habillé après la période de peau à peau.

## **5. L'accueil après naissance par voie basse**

- A la naissance, l'enfant est posé immédiatement sur le ventre de sa mère :
  - Il est séché avec des linges chauds,
  - Le clamp de Barr est mis en place sur le cordon,
  - Un examen clinique minimum est pratiqué pour confirmer l'absence de malformation évidente ou de détresse :
    - vigueur du premier cri,
    - mouvements respiratoires amples et réguliers,
    - installation rapide d'une coloration rose ;
    - bonne réactivité à la stimulation.
  - Sa tête est recouverte d'un bonnet.
  - Le prélèvement gastrique pour examen bactériologique est effectué si le contexte infectieux l'impose (avec une sonde fine - diamètre 6F - réchauffée pour l'assouplir, introduite par la bouche) ; ce geste peut aussi être exécuté, au gré de l'opérateur, sur la table d'accueil à la naissance.
  - Une couverture est installée pour le protéger du froid, sans recouvrir son visage.
  - Pendant ce temps, les actes obstétricaux (délivrance artificielle, révision utérine sous anesthésie loco - régionale, suture du périnée) peuvent être pratiqués.
- Par la suite :
  - L'intimité de la mère et de l'enfant doit être préservée,
  - Le nouveau-né doit être libre de gagner par lui-même le sein de sa mère et celle-ci est libre de l'aider à son grès ; il ne s'agit pas d'une mise au sein active faite par le personnel et aucun soignant ne doit interférer pendant cet échange sauf demande contraire de la mère,
  - Un changement de position peut être proposé à la mère en cas de fatigue,
  - La durée de cette période de peau à peau est fonction du désir de la mère; à titre indicatif, 60 à 90 minutes sont souhaitables.

## **6. La surveillance**

- Une lumière douce mais suffisante est indispensable.
- Il faut demander à la mère et à son conjoint ou à toute autre personne qui l'accompagne, sans les alarmer, de rester vigilant.

- La coloration, le tonus et l'activité spontanés du nouveau-né doivent être régulièrement évalués, au minimum toutes les 15 minutes ; cette surveillance doit être consignée sur un document écrit et cette fiche de surveillance doit être émarginée à chaque fois par le soignant qui a effectué l'évaluation.
- En cas de doute sur une anomalie du comportement de l'enfant, une stimulation douce est possible pour vérifier sa réactivité.
- La surveillance doit être renforcée :
  - Pour les mères primipares,
  - Pour toutes les mères non accompagnées lorsqu'elles s'assoupissent,
  - Dans les situations mentionnées au chapitre I.
- Sauf cas particulier, il n'y a pas d'indication à utiliser un dispositif de mesure de la SpO<sub>2</sub>.

## **7. L'accueil après naissance par césarienne**

Les organisations locales de la surveillance en salle de réveil d'une femme après césarienne diffèrent d'une maternité à l'autre ; de ce fait, il n'est pas possible de proposer un protocole uniforme applicable à toutes les situations. Seuls quelques principes peuvent être énoncés :

- La naissance par césarienne n'implique pas, par elle-même, la nécessité de recourir à plus de gestes invasifs pour le nouveau-né (aspiration par exemple) que la naissance par voie basse ;
- La naissance par césarienne n'est pas, en soi, une contre-indication à la pratique du peau à peau ;
- Il n'y a pas de contre-indication, a priori, à installer un nouveau-né auprès de sa mère en salle de réveil polyvalente ;
- La pratique du peau à peau peut être proposée au père si la mère n'est pas accessible ou disponible ; cependant, cette pratique ne répond pas à la même logique et aux mêmes objectifs que le peau à peau mère-enfant ;
- Le peau à peau avec la mère peut être différé ; il demeure bénéfique ;
- La surveillance obligatoire de l'état respiratoire du nouveau-né après césarienne peut être effectuée alors que celui-ci est installé en peau à peau ; une oxymétrie de pouls est alors indispensable.

## **8. Cas particulier des nouveau-nés de faible poids de naissance**

Le faible poids de naissance n'est pas une contre-indication au peau à peau, bien au contraire. Par contre il impose certaines précautions particulières.

- La pesée et l'examen par le pédiatre doivent être effectués précocement, pour pouvoir décider d'un transfert éventuel en néonatalogie,
- Le premier repas doit avoir lieu au cours de la première heure et, en cas d'allaitement au sein, un complément doit être proposé.

Dans ces conditions, et même dans l'attente d'un transfert, l'enfant peut être mis en peau à peau.

## **9. Cas particulier des nouveau-nés avec détresse respiratoire**

- La détresse respiratoire est à priori une contre-indication au peau à peau.
- Une exception à cette règle peut être faite :

	<b>ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PRESUME BIEN PORTANT EN SALLE DE NAISSANCE</b>	<b>Protocole pédiatrique n°8</b> version 2 page 6/8
---	---	--

- Si le score de Silverman est inférieur ou égal à 2,
- Si la SpO<sub>2</sub> est supérieur ou égale à 85% en air ambiant,
- Si l'état clinique reste stable.

- En pratique, cette exception concerne le nouveau-né à terme présentant une détresse respiratoire modérée en rapport avec un retard de résorption du liquide pulmonaire secondaire à une césarienne.

Dans ce cas particulier la surveillance de l'oxymétrie de pouls est indispensable.

### REFERENCES

- Kattwinkel J et al. ILCOR Advisory Statement : resuscitation of the newly born infant : an advisory statement from the pediatric working group of the international liaison committee on resuscitation. *Circulation* 1999;99:1927-38
- Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared from skin-to-skin or in cot. *Acta Paediatr* 1992;81:488-93
- Bystrova et al. Skin-to skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study of temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St Petersburg. *Acta Paediatr* 2003;92:320-6
- Estol PC et al. Oro-naso-pharyngeal suction at birth: effects on respiratory adaptation of normal term vaginally born infants. *J Perinat Med* 1992;20:297-305
- Gunkor S et al. Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally delivery born infants : A prospective randomised controlled trial. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2005;45:453-6
- Widstrom AM et al. Gastric aspirates of newborn infants: pH, volume and levels of gastrin- and somatostatin- like immunoreactivity. *Act Paediatr Scand* 1988;77:502-8
- Widstrom AM et al. Gastric suction in healthy newborn infants; effects on circulation and developing feeding behaviour. *Act Paediatr Scand* 1987;76: 566-572
- Zupan J et al. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane database Syst Rev* 2000;(2): CD001057
- Goldbloom R et al. Periodic health examination, 1992 update: 4. Prophylaxis for gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. *Can Med Assoc J* 1992;147: 1449-14454
- Swiss Society of Neonatology. Prise en charge des nouveaux-nés à la naissance ; recommandations. Novembre 2000
- Medves J et al. Three infant care interventions : reconsidering the evidence. *JOGNN* 2002;31: 563-9
- Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. La vitamine K en pédiatrie ; recommandation de prescription. *Arch Fr Pédiatr* 1991;48:57-59
- Nelson E et al. Brain substrates of infant-mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neurosci Biobehav Rev* 1998;22: 437-52
- Nissen E et al. Elevation of oxytocin levels early postpartum in women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74: 530-3
- Lvolf N et al. effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a russian hospital. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154: 474-7
- Kennell J et al. Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review* 1998;19: 4-12
- Christensson K et al. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr* 1995;84: 468-73
- Goldstein Ferber S et al. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2004;113: 858-65

 <p>Aux portes de la vie</p>	<b>ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PRESUME BIEN PORTANT EN SALLE DE NAISSANCE</b>	<b>Protocole pédiatrique n°8</b> version 2 page 7/8
---	---	--

- Righard L et al. Effect of delivery room routines on success of first breast-feeding. Lancet 1990;336: 1105-7
- Winberg J et al. Olfaction and human neonatal behaviour: clinical implications. Acta Paediatr 1998;87: 6-10
- Polberber S et al. Early neonatal sudden death and near death of fullterm infants in maternity wards. Acta Paediatr Scand 1985;74: 861-6
- Gatti H et al. Malaises graves et morts subites après une naissance normale à terme: à propos de six cas. Arch Pédiatr 2004;11: 432-5

### ANNEXE (remplace le protocole n°30)

Cette annexe est un complément au protocole " ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PRESUME BIEN PORTANT EN SALLE DE NAISSANCE"

Sa rédaction est motivée par l'inquiétude qui semble ressurgir à la suite d'une alerte adressée par une compagnie d'assurance, relative au risque de malaise grave du nouveau-né en peau à peau en salle de naissance.

#### **Rationnel**

Trois études récentes ont évalué l'incidence de la mort subite et du malaise grave du nouveau-né au cours des premières heures de vie. Le tableau ci-dessous regroupe les principales caractéristiques et résultats de ces travaux.

caractéristiques de l'étude	France (PACA) 2006-2007 prospective	Royaume Uni 2008 - 2009 prospective	Allemagne 2009 prospective
nombre de naissances étudiées	63 000 naissances	850 000 naissances	665 000 naissances
période postnatale étudiée	H0 à H2	H0 à H12	de H0 à H24
incidence pour 100 000 naissances	3,2	3,5	2,6
facteurs de risque retrouvés	primiparité mère seule avec NN peau à peau	primiparité peau à peau	peau à peau

Ces travaux permettent 4 remarques :

- 1) Ce type d'accident existe ; il est exceptionnel. Statistiquement, il risque de survenir une fois tous les 30 ans pour une maternité qui fait 1000 accouchements par an, une fois tous les 12 ans pour une maternité avec 2500 naissances par an. On peut considérer qu'il est 10 fois plus rare que la mort inattendue du nourrisson au cours des premiers mois de vie.
- 2) Les facteurs de risque sont facilement repérables.
- 3) Ni les auteurs anglais, ni les auteurs allemands ne remettent en cause le peau à peau en salle de naissance, pratique banale dans ces deux pays. Une étude menée en Suède, pays où la pratique du peau à peau est très largement répandue, n'a enregistré aucun accident de ce type.

 <p>Aux portes de la vie</p>	<p><b>ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PRESUME BIEN PORTANT EN SALLE DE NAISSANCE</b></p>	<p><b>Protocole pédiatrique n°8</b> version 2 page 8/8</p>
---	--	--

- 4) Donc le risque d'accident ne justifie pas :
- qu'on renonce au peau à peau ;
  - que le nouveau-né soit monitoré.

### **Conduite à tenir en pratique**

1) Les parents doivent être prévenus du caractère exceptionnel mais possible d'un tel évènement.

Il faut installer confortablement la mère = position 1/2 assise pour pouvoir observer son enfant ;

2) L'enfant séché avec du linge chaud, laissé presque nu, sa tête est coiffée d'un bonnet préchauffé, il est recouvert sur le dos d'une serviette préchauffée et d'une couverture.

3) La position du bébé doit permettre la liberté des voies aériennes, les interactions sensibles, olfactives et visuelles, la motricité (appuis plantaires et palmaires, redressement de la tête et du tronc). Il est placé ventre à ventre, tête tournée sur le côté, nez et bouche bien dégagés. La barrière du lit est fermée.

4) Il faut laisser l'enfant agir selon son rythme ; ne pas le forcer à téter ; l'aider quand il semble près (selon le souhait de sa mère).

5) Une surveillance du positionnement de l'enfant, de sa vitalité et de la vigilance de sa mère et de la personne accompagnante doit être mise en place et consignée par écrit ; fréquence du contrôle = 10mn. (cf. annexe). La vigilance doit être renforcée lorsque la mère est primipare et/ou seule.

### **Remarque**

Séparer un nouveau-né de sa mère est une décision médicale ; elle doit figurer dans le dossier avec la justification qui a conduit à cette décision.

### **Références**

- Dageville.C et al. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. Acta paediatr 2008;97:866-69.
- Becher J-C et al. Unexpected collapse in apparently healthy newborns - a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012;97:F30-F34.
- Poets A et al. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. Pediatrics 2011;127:e869-e873.
- Polberber S et al. Early neonatal sudden death and near death of fullterm infants in maternity wards. Acta Paediatr Scand 1985;74: 861-6