



# Prématurité et Peau à peau en salle de naissance

## Principes de sécurité.

### Introduction à la table ronde



# Prématurité et Peau à peau en salle de naissance Principes de sécurité. Introduction à la table ronde

Août 2015

[www.mcsprogram.org](http://www.mcsprogram.org)

## Recommandations de l'OMS sur les interventions visant à améliorer l'issue des naissances prématurées

Grandes lignes et messages clés des recommandations mondiales 2015 de l'Organisation Mondiale de la Santé



World Health  
Organization



## Interventions néonatales recommandées pour améliorer l'issue des naissances prématurées

## II. Interventions néonatales

## Recommandation 7 : la protection thermique du nouveau-né prématuré

<p>Recommandation 7 : la méthode « mère kangourou » est recommandée pour les soins de routine des nouveau-nés pesant 2 000 g ou moins à la naissance. Dans les établissements de santé, les soins « kangourou » peuvent commencer dès que le nouveau-né est cliniquement stable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La méthode « mère kangourou » consiste à mettre un nouveau-né prématuré en contact peau-à-peau avec sa mère. Ses principales caractéristiques sont le contact peau-à-peau précoce, continu et prolongé entre la mère et le bébé, et l'allaitement au sein exclusif (solution idéale) ou l'alimentation au lait maternel.</li> <li>• Les problématiques liées à la méthode « mère kangourou » inhérentes aux systèmes de santé, comme l'environnement, le personnel et ses compétences, les critères pour la sortie de l'établissement et le suivi, devraient être incluses dans le manuel ou le guide de mise en œuvre.</li> </ul>
<p>Recommandation 7.1 : chez le nouveau-né pesant 2 000 g ou moins à la naissance, la méthode « mère kangourou » devrait être aussi continue que possible.</p>	
<p>Recommandation 7.2 : chez le nouveau-né pesant 2 000 g ou moins à la naissance, la méthode « mère kangourou » intermittente est recommandée, au lieu des soins classiques, lorsqu'il n'est pas possible de pratiquer les soins « kangourou » en continu.</p>	
<p>Recommandation 7.3 : le nouveau-né instable pesant 2 000 g ou moins à la naissance, ou le nouveau-né stable pesant moins de 2 000 g, chez qui la méthode « mère kangourou » ne peut être pratiquée, devrait être placé dans un environnement thermique neutre sous un appareil de chauffage radiant ou dans une couveuse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le choix de l'appareil visant à créer un environnement thermique neutre ainsi que les stratégies d'utilisation de cet appareil devraient être rigoureusement évalués en fonction du contexte. Ce contexte inclura la population de patients, déterminée selon la taille, la maturation et les maladies concomitantes, l'environnement physique, le personnel, le coût et d'autres ressources.</li> </ul>

Août 2015

[www.mcsprogram.org](http://www.mcsprogram.org)

Recommandations de l'OMS sur les interventions visant à améliorer l'issue des naissances prématurées

Grandes lignes et messages clés des recommandations mondiales 2015 de l'Organisation Mondiale de la Santé





© EFCNI

# AVOID THE SEPARATION OF MOTHER AND BABY

#BetterStandardsBetterOutcomes #EFCNIwecare



european standards of  
care for newborn health



european foundation for  
the care of newborn infants

# L'EFCNI : Fondation européenne pour les soins aux nouveau-nés

- ❑ Réunit parents, soignants et scientifiques
- ❑ Amélioration de la santé à long-terme des prématurés et des nouveau-nés.
- ❑ **Standards Européens pour la Santé des Nouveau-nés** ([European Standards of Care for Newborn Health](#))
- ❑ -> Développement et mise en place de recommandations au niveau national et international.
- ❑ Travail collaboratif entre pouvoirs publics, dirigeants d'hôpitaux, assureurs, associations de professionnels et de parents, entreprises, européens et nationaux
- ❑ Application de ces standards-> assurer qualité, équité, et dignité pour les plus petits.



## Standard de soins préconisé par l'EFCNI :

### Peau à peau ultra précoce et continu

#### □ *Auteurs :*

- ▶ Bergman NJ, Westrup B, Kuhn P, Daly M, Bertoncelli N, Caballero S, König K

#### □ *Méthodologie :*

- ▶ Très rigoureuse -> cfr explication sur le site EFCNI <https://www.efcni.org/>
- ▶ Revue de la littérature, avis d'expert, relecture par d'autres experts.



## Standard de soins préconisé par l'EFCNI :

### Peau à peau ultra précoce et continu

#### □ Impact positif sur :

- ▶ Transition extra-utérine et stabilisation clinique précoce de l'enfant
- ▶ Aussi chez le prématuré.
- ▶ Interaction sensorielle multimodale mère-enfant offrant l'environnement propice pour de meilleurs processus hormonaux et épigénétiques.
- ▶ Initiation à l'allaitement maternel, l'impact sur la durée et la réussite à long terme.
- ▶ Limitation de la séparation mère/enfant après la naissance -> Moins de réactions hormonales liés au stress toxique ( induisant parfois une diminution de résilience tout au long de la vie)



## Standard de soins préconisé par l'EFCNI :

### Peau à peau ultra précoce et continu

#### • □ Impact positif sur :

- Lien mère-Enfant précoce (parent/enfant) -> moins de dépressions post-partum maternelles et de problématiques dyadiques.
- Qualité des cycles du sommeil -> nécessaire à la maturation du cerveau. (La séparation perturbe l'architecture du sommeil)
- Immunité (colonisation par les germes de ses propres parents).
- Sensibilisation parentale face aux besoins et aux repères de leur enfant
- Réduction du stress des parents et des enfants





## Standard de soins préconisé par l'EFCNI :

### Peau à peau ultra précoce et continu

- EFCNI : Mise en place ce standard de soins dès la salle de naissance
  - ▶ Acquisition par les soignants de compétences spécifiques pour assurer :
    - ❖ La protection des voies respiratoires
    - ❖ Un traitement médical, un support technique, conformément aux indications cliniques
    - ❖ Une sécurité et une prise en charge optimale de l'enfant



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Recommandations EFCNI :

### ➤ Les soignants :

- ❖ Guideline écrit dans l'unité sur le peau à peau précoce, l'allaitement précoce, régulièrement mis à jour.
- ❖ Adhésion de tous aux directives de l'unité sur le peau à peau précoce et l'allaitement précoce.
- ❖ Formation/training /Simulation
  - ✓ Peau à peau sans danger, y compris la protection des voies respiratoires
  - ✓ Transport entre la salle de naissance et le NICU
  - ✓ Allaitement précoce et allaitement au sein



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Recommandations EFCNI :

### ➤ Les soignants :

- ❖ Adaptation des salles de naissance et de césariennes pour le peau à peau immédiat sur la mère ou un membre de la famille.
- ❖ Principes du step by step : mesures progressives pour prendre soin des nouveau-nés plus petits et plus fragiles.
- ❖ Adaptation de l'environnement du NICU, un espace lit/chaises inclinables est prévu pour que les parents puissent pratiquer le peau à peau autant que continu possible ( 24/7)
- ❖ Enregistrement et évaluation des données des durées de peau à peau quotidiennes



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Recommandations EFCNI :

### ➤ Les parents :

- ❖ Information anténatale par les soignants sur l'importance du peau-à-peau sans danger après la naissance.
- ❖ Implication du père pour assurer la continuité du peau à peau lorsque la mère n'est pas en mesure de le faire



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Recommandations EFCNI :

### ➤ Pour les services de santé :

- ❖ Des directives nationales (guideline) sur le peau à peau et l'allaitement précoce sont disponibles et régulièrement mises à jour



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

- ❖ En 2010, A l'Hôpital Erasme, à l'initiative du Dr Hennequin.
- ❖ Sous forme d'étude - non achevée.
- ❖ Néanmoins : Collaboration de toute notre équipe préparée et informée auparavant a permis d'expérimenter les choses dans un cadre défini.
- ❖ -> avancée dans le domaine -> certaine généralisation de la pratique dans l'unité.
- ❖ A l'époque, pas mal de critères des recommandations EFCNI sont réunis -> inspirés par une certaine même revue de la littérature.
- ❖ Ces dernières années -> politique du step by step a fonctionné -> limite d'âge du peau à peau précoce en salle de naissance a baissé.



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

- **Mise en application : Partage d'expérience**
  - ❖ Soins couplés mère et nouveau-né prématuré d'âge gestationnel de 34 semaines et plus durant les 6 premières heures de vie
  - ❖ Pratiquement, comment a-t-on fait ?



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ Avant la naissance : Info des parents

- ✓ Avant ou durant le travail d'accouchement (en fonction des possibilités)
- ✓ Informations orales du pédiatre et de l'infirmière néonatale
- ✓ Explication des critères d'exclusion





# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ Avant la naissance, l'infirmière néonatale s'aide d'une check-list

- ✓ T° Chambre mère-enfant + matériel en ordre
- ✓ Saturomètre + matériel (thermomètre, dextro, lait...) en salle de naissance
- ✓ Salle de naissance à 28° C
- ✓ Chauffe bonnet + édredon sous le radiant




# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ A la naissance :

- ✓ **Peau à peau immédiat si possible.**
- ✓ Si nécessaire, passage sur la table de soins -> estimation du pédiatre selon des critères pré-définis en équipe
- ✓ Soins non indispensables postposés à 1h de vie (Konakion, pesée, vérification des choanes avec stétho).
- ✓ Importance du bonnet, essuie ou tétra, édredon, chauffage radiant saturomètre et surveillance.



CUB Hopital Erasme - ULB						Service de Néonatalogie						Etiquette GUS											
						Date et heure de naissance:																	
						T° de la salle d'acc:																	
Peau à peau à la naissance						Immédiat: O/N						Pq ?											
						Après combien de temps?:						min											
						Durée ?						min/heures											
Etude pàp / neonat																							
(* remplir systematiquement)																							
1e H												2e H											
3e H												4e H											
5e H												6e H											
1e H												2e H											
3e H												4e H											
5e H												6e H											
Minutes/ Heures																							
Rythme cardiaque *												Peau à peau											
rythme respiratoire *												Transfert: comment ?											
Saturation *												T° avant transfert											
T° cutanée (axi/rect) *												T° après transfert											
Cyanose généralisée																							
Cyanose extrémités																							
Comportement																							
Silverman (0-1-2)												Alimentation:											
Gémissements												Alimentation sein											
BAN												expression manuelle											
Tirage												Tire-lait											
Entonnoir xyphoidien												Tasse / seringue (ml)											
Balancement thorax -abdo												Gavage tulipe (ml)											
Silverman total *												Biberon (ml)											
Urine												Incidents: détails											
Selle																							
Dex/pH																							
TA																							
Poids/taille/PC																							
Vit K																							

# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ A la naissance : Importance de la surveillance

- ▶ Toutes les 10 min la première heure, toutes les heures jusqu'à la 6ème heure.
  
- ▶ Pédiatre et infirmière surveillent
  - Saturation
  - Silverman
  - Température
  - Glycémie



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ A la naissance : Importance de la surveillance

- ✓ Saturation de l'hémoglobine en O<sub>2</sub> > 90 % après les 10 premières minutes de vie.
- ✓ Garder en mémoire que la saturation normale en O<sub>2</sub> est :

Acceptable pre-ductal SpO <sub>2</sub>	
2 min	60%
3 min	70%
4 min	80%
5 min	85%
10 min	90%



# Score de Silverman

	0	1	2
Balancement thoraco-abdominal	Absent (respiration synchrone)	Thorax immobile (l'abdomen seul se soulève)	Respiration paradoxale
Tirage	Absent	Intercostal discret	Intercostal Sus- et sous -sternal
Entonnoir xiphoidien	Absent	Modéré	Intense
Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Percu au stéthoscope	Audible-continuu



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ A la naissance : Importance de la surveillance

- ▶ Médicalement parlant, soins de même qualité que sur le plateau chauffant
- ▶ Mise en place d'un support respiratoire (Cpap, lunettes haut débit,... ) -> selon les critères de surveillance habituels
- ▶ Objectif d'un maximum de soins en peau à peau
- ▶ Si nécessaire, un temps sur la table chauffante sera requis pour certains actes et pour une remise en peau à peau ensuite.
- ▶ Politique du step by step -> Importance du sentiment de sécurité chez les soignant pour assurer les soins de qualité
- ▶ Intérêt de revoir régulièrement le guideline de l'unité.



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ A la naissance : Maintien de la Glycémie

- ✓ Protection thermique optimale.
- ✓ Mise au sein dès que fuissement.
- ✓ Dex à 1h de vie puis par 3h ou plus si nec.
- ✓ Si pas de fuissement : Administration à la seringue
  - ✓ Colostrum frais via expression manuelle
  - ✓ Colostrum issu d'une expression en anténatal si a été possible
  - ✓ LB ou LA si pas d'allaitement
- ✓ Premier repas entre 30 et 60 min de vie (2 à 5 ml).
- ✓ Hypoglycémies modérées (25-45mg/dl) traitées sur le ventre de la mère. (late preterm)





# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?



## Expressing Colostrum – during pregnancy and after the Birth



## Contrôle et prise en charge des troubles de la glycémie chez les bébés à risque<sup>1</sup> en maternité -> penser prévention<sup>2</sup>

Une hypoglycémie au dextro doit être contrôlée au laboratoire, sans retarder le traitement

**Symptomatique<sup>3</sup>  
et < 40mg/dL**

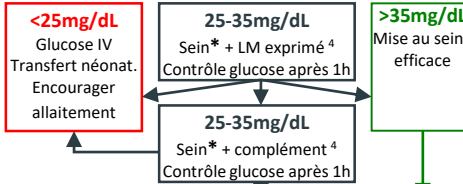


**Glucose IV  
(G10 % 2ml/kg suivi perfusion)  
Vérifier disparition symptômes  
Glycémie laboratoire  
Transfert néonatalogie  
Viser glycémies 45-60 mg/dL**

**Asymptomatique**

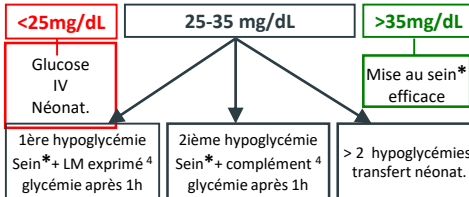
**H0-H4 de vie**

Mise au sein\* efficace<sup>2</sup> dans la 1<sup>ère</sup> heure  
Contrôle glucose après 1<sup>ère</sup> tétée (max H1 si diabète)



**H4-H24 de vie**

Allaitement\* /2-3 h,  
Contrôle glucose avant chaque tétée.



Durée: 12h sidiabète, ≥24h si hypotrophe. Stop si 2 gluco.> 45 ,  
Après 24 h, viser glycémies préprandiales > 45 mg/dL,

18 06 2015  
IHAB - SPF Santé :

## Schéma pour le traitement de l'hypoglycémie

\* si choix alimentation artificielle  
suivre le même protocole en  
remplaçant le sein et le LM par  
du LA adapté à l'AG et au PN

### 1. Bébés à risque :

- prématurité tardive <37semaines
- hypotrophie (<P10)
- mère diabétique
- macrosome (> P90)
- hypothermie
- polyglobulie (hct>70%)
- alcool/médicaments

### 2. Prévention:

- peau à peau,
- première tétée à <1H de vie
- apprentissage expression manuelle
- si tétée insuffisante, expression manuelle colostrum
- allaitement min. 8/24h

### 3. Symptômes:

léthargie, stupeur, hypotonie  
irritabilité, cris aigus,  
apnées, respirations irrégulières  
succion faible - inexistante  
hypothermie  
pâleur/cyanose  
trémulations/convulsions

### 4. complément: 2 à 5 ml/kg

- 1.Lait maternel exprimé en 1<sup>ère</sup> intention
- 2.Lait artificiel adaptée à l'AG /PN
- 3.Lait artificiel enrichi (dextrine-maltose ou triglycérides à chaînes moyennes)

# Cue-based Feeding

Recommandations pratiques en matière  
d'alimentation du nouveau-né  
prématuré



neon<sup>at</sup>.be

# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ A la naissance : Maintien de la Température

- ✓ Température axillaire comprise entre 36,5 et 37,5° C
- ✓ Si hypothermie : réchauffer l'enfant sur le ventre de sa mère avec intensification des mesures de protection (teta chauffé, couverture supplémentaire, augmentation de la température ambiante, diminuer sueurs froides chez la mère...)
- ✓ Importance de la position ventrale pour augmenter la superficie de peau à peau



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ A la naissance : transfert au NICU peau à peau

- ✓ Estimation de la stabilité de l'enfant par le pédiatre
- ✓ L'enfant reste en peau à peau (édredon et bonnet)
- ✓ Saturomètre branché.
- ✓ Transfert effectué par l'infirmière de la maternité et du néonatal.
- ✓ Accord avec les sages-femmes pour une surveillance de la mère 1H en salle de naissance et si tout ok -> suite du suivi en NIC ou chambre



# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ A la naissance : transfert au NICU en peau à peau

- ❖ Evolution de ces dernières années à Erasme ->
- ❖ Transfert en peau à peau des enfants sous support respiratoire en tandem sur le papa ou mère. En lit ou en chaise.



Transfert au NICU  
Peau à peau : Hôpital Erasme - Tandem

# Comment mettre en place ce standard de soins dès la salle de naissance ?

## □ Mise en application : Partage d'expérience

### ❖ Dès l'admission au NICU

- ✓ Respect si possible du temps du peau à peau (6h).
- ✓ Prévention de l'hypoglycémie : veiller aux signes d'éveil pour mise au sein précoce. Si nécessaire mise en place d'une sonde gastrique. Dex selon protocole.
- ✓ Consignes du pédiatre.
- ✓ Surveillance cardio-respiratoire selon feuille de surveillance.





# Peau à peau en salle d'accouchement en cas de prématurité

## Principes de sécurité.

### Introduction à la table ronde.

#### □ Conclusion

- ❖ De + en + de recommandations internationales - > OMS/ EFCNI / Neo IHAB -> peau à peau ultra précoce et continu.
- ❖ Guideline national/ guideline NIC
- ❖ Training du personnel -> Sécurité et Transversalité
- ❖ Sécurité de l'enfant et techniques de soins médicales maintenues :
  - Cardio-respiratoire/ Température/ Glycémie/ initiation à l'allaitement précoce
- ❖ Participation des familles
- ❖ Politique du step by step
- ❖ De plus en plus d'outils à disposition des équipes pour implémenter.

