

SOMMAIRE

Introduction à l'étude.....	page 1
Etat des connaissances.....	page 3
Matériels et méthode.....	page 8
Résultats.....	page 11
Analyse et discussion.....	page 15
Conclusion.....	page 22

INTRODUCTION A L'ETUDE

L'éducation à la santé a été définie par l'OMS* en 1983 comme « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ».

Dans le domaine de la périnatalité, l'éducation à la santé constitue « un processus actif de renforcement de l'estime de soi et du sens critique, de la capacité de prise de décision et d'action pour agir et améliorer sa santé, en l'occurrence ici réussir une expérience de santé par l'accueil de l'enfant et la transition vers la fonction de parent ». Elle a donc pour but d'accompagner les futurs parents dans leurs choix, les considérant comme acteurs de soin et débutant pour cela par une information libre et éclairée.

Elle permet également de les soutenir dans leur accession à la parentalité.

En effet, dans une revue de la littérature de 2004, il a été identifié les principales difficultés rencontrées par les parents durant la première année de vie de l'enfant. Il en ressort principalement, le fait d'arriver à se faire confiance en tant que mère ou père. Devenir parent constitue donc une étape importante et parfois difficile pour chaque couple, nécessitant d'être accompagné par les professionnels de santé (INPES*, 2004).

La démarche d'éducation à la santé repose essentiellement sur une guidance des parents (information, conseil, soutien). Cette guidance ne peut être réalisée sans leur étroite collaboration.

C'est par exemple le cas dans le contexte du peau à peau commençant dans l'idéal, immédiatement après la naissance et consistant à placer l'enfant nu sur la poitrine nue de sa mère.

En effet, le contact peau à peau étant considéré comme un soin, il engage les parents de

façon intime, impliquant pour cela qu'ils reçoivent une information libre, éclairée et cohérente en amont et que l'on connaisse leur envie vis-à-vis de cette pratique.

Ce contact précoce, permet une interaction entre la mère et son nouveau-né et favorise la transition de la vie fœtale à la vie extra-utérine. Cette pratique est recommandée depuis 1991 par l'OMS et fait partie des recommandations françaises depuis 2002 (HAS*, 2002).

Cette pratique présente de nombreux bénéfices pour la dyade mère-enfant et nécessite une surveillance régulière du nouveau-né afin d'éviter tout risque de malaise.

L'information aux familles sur les bénéfices et risques du peau à peau apparaît donc comme fondamentale pour leur permettre de faire un choix éclairé. Il serait utile que chaque équipe dispose d'une guidance sur l'information à communiquer aux familles.

On peut donc se demander en quoi une guidance anténatale de la future mère dans le contexte du peau à peau favorise-t-elle le processus de parentalité en post-partum ?

Pour répondre à cette question, nous aurons comme objectif principal de construire une guidance en santé périnatale avec comme illustration le peau à peau. Les objectifs secondaires seront d'apprécier l'effet d'une information éclairée et d'une guidance auprès des futures mères sur la pratique du peau à peau et sur le sentiment de compétence et de confiance en soi pour interpréter les comportements d'attachement du nouveau-né.

ETAT DES CONNAISSANCES

L'éducation à la santé en périnatalité vise à promouvoir la santé des femmes et des nouveau-nés. Elle repose principalement sur une guidance des couples. Le terme de « guidance » a été introduit en France dans les années 1950 et désigne les conseils. La « guidance parentale » peut se définir par l'information, le conseil et le soutien apportés aux parents (Giannone, 2009).

L'implication des parents a été démontrée comme fondamentale pour assurer le bien-être de leur enfant. La guidance parentale se définit donc par un accompagnement des parents, par les professionnels de santé, dans l'aide éducative de leur enfant (Giannone, 2009).

Cette guidance permet également de les soutenir dans leur accession à la parentalité définie par le conseil de l'Europe en 2006, comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs permettant à des adultes de jouer leur rôle de parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant sur le plan physique, affectif, intellectuel et social (INPES, 2010).

Concernant le peau à peau, plusieurs stratégies d'implantation ont été décrites dans la littérature pour qu'il soit effectué en toute sécurité. L'information et la guidance constituent à chaque fois une étape clé.

Le peau à peau a été décrit pour la première fois pour les nouveau-nés prématurés dans les années 1970 par une équipe médicale colombienne sous la forme de « méthode kangourou », consistant en un portage des nouveau-nés de petit poids de naissance, peau à peau contre la poitrine de leur mère, 24 heures sur 24 (Charpak et al, 1997).

Cette pratique s'est progressivement répandue de par les bénéfices majeurs qui en découlent autant pour la mère que pour son nouveau-né, jusqu'à faire partie des recommandations françaises depuis 2002 (HAS, 2002).

Il s'adresse aux nouveau-nés à terme mais aussi aux prématurés, qui ont présenté une bonne adaptation à la vie extra-utérine, sans pathologie ni malformation apparente ainsi qu'aux mères se portant bien après l'accouchement, sans pathologie.

Il a été observé que le contact peau à peau déclenche chez le nouveau-né un comportement caractéristique décrit en neuf étapes que sont :

- le cri à la naissance
- une phase de relaxation
- une phase d'éveil où le nouveau-né commence à regarder avec une grande concentration, prêtant attention au visage, aux yeux et au sein de sa mère
- l'activation, le visage de celui-ci s'anime, il commence à faire des grimaces avec sa bouche, à bouger ses lèvres et sa langue
- le ramper vers la poitrine de sa mère, guidé par l'odeur du mamelon (réflexe de fouissement)
- une phase de détente
- une activité orale accrue et notamment la découverte du sein
- la succion
- l'endormissement (Widström et al, 2010).

Il découle de ce contact peau à peau précoce et prolongé de nombreux effets bénéfiques décrits dans la littérature depuis plusieurs années. C'est pourquoi, chaque dyade mère-enfant doit pouvoir en bénéficier, même les mères ne souhaitant pas allaiter.

En effet, on peut retrouver dans un excellent article de Laurence Girard paru dans les dossiers de l'obstétrique en 2015, que des chercheurs suédois ont démontré le phénomène de synchronisation thermique lors du peau à peau. Cela s'explique par une augmentation de la sécrétion d'ocytocine chez la mère suite au contact avec son nouveau-né, entraînant un débit de sang plus important au niveau de son thorax et donc une source de chaleur plus importante permettant de réchauffer son nouveau-né (Bergström, Okong et al, 2007).

De même, Takahashi et al (2011) ont mis en évidence un taux de cortisol salivaire plus faible chez des nouveau-nés placés en peau à peau pendant plus de 60 minutes et dans les 5 premières minutes de vie, ce qui se traduit par des épisodes de stress moins importants et une adaptation facilitée lors de la naissance. Ces mêmes enfants présentaient une

stabilité cardiaque 2,5 fois plus élevée que ceux qui avaient bénéficié du peau à peau plus tardivement.

Plusieurs études ont également mis en évidence l'effet positif des séances de peau à peau pour la résolution d'un ictère néonatal ou pour diminuer la douleur chez le nouveau-né lors de gestes invasifs. Gomes Chermont et al (2009) ont pu observer une diminution des cris de plus de 70% et des grimaces de plus de 30% lors d'une ponction capillaire au talon.

De plus, le peau à peau constitue un précieux allié dans la mise en place de l'allaitement. En effet, ce contact stimule la sécrétion d'ocytocine et de prolactine chez la mère, nécessaires à l'élaboration de la lactation. Une étude de 2013 montre que les femmes qui en ont effectué durant les deux heures suivant la naissance de leur enfant, présentent une plus grande aisance vis-à-vis de l'allaitement (Bramson et al, 2013). A cela s'ajoute une étude américaine de 2006 mettant en évidence une corrélation entre la durée du peau à peau et le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité : un contact peau à peau supérieur à une heure multiplie par deux le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité (Bigelow et al, 2010).

Par ailleurs, il est important de souligner les bienfaits du peau à peau chez le nouveau-né prématuré. Plusieurs heures de peau à peau par jour lui permettent de parvenir à téter au sein dès 31 SA et de bénéficier d'un allaitement maternel exclusif entre 32 et 38 SA (Nyqvist, 2001). Il permet également d'améliorer sa croissance et influence de façon positive son développement mental et cognitif jusqu'à l'âge de 10 ans (Feldman et al, 2014).

De façon réciproque, le peau à peau influence le comportement de la mère vis-à-vis de son nouveau-né. En effet, la libération accrue d'ocytocine rend la mère plus calme, moins anxieuse, et lui permet d'interagir plus facilement avec son enfant. Elle réduit aussi les risques d'hémorragies en améliorant la contractilité utérine. De plus, Widström et al (1990) ont pu observer que si le nouveau-né touche le mamelon dans la demi-heure suivant la naissance, la mère passe plus de temps à lui parler, elle le porte plus fréquemment et le garde volontiers près d'elle.

A l'heure actuelle, l'HAS (2002) recommande qu'à la naissance, chaque nouveau-né soit séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de sa mère et de reporter les soins essentiels au nouveau-né (administration de la vitamine, pesée..) qu'après une période de contact prolongée et ininterrompue. De plus, IHAB-France*, organisme qui a pour but d'améliorer l'information des femmes pendant la grossesse, la qualité d'accueil des nouveau-nés et l'accompagnement des parents selon les recommandations de l'OMS, a émis une recommandation concernant le peau à peau : « placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin ».

Cependant, des cas de malaise graves et de morts subites ont été décrits dans la littérature au cours des dernières années chez des nouveaux nés à terme présumés sains et qui bénéficiaient du peau à peau. Il s'agissait d'arrêts cardio-respiratoires dont le principal facteur de risque semblait être une obstruction des voies aériennes par enfouissement du nouveau-né contre sa mère (Gatti et al, 2004). C'est pourquoi, pour parer à ce risque, IHAB-France a proposé des recommandations en 2013, sur l'installation de la mère et de son nouveau-né lors de la pratique du peau à peau :

- Installez le bébé et la maman correctement
- Mère légèrement redressée (pas à plat)
- Bébé à plat ventre contre sa mère
- Tête tournée sur le côté
- Visage bien visible, non enfoui
- Nez et bouche bien dégagés, non recouverts
- Cou non fléchi
- Avec une couverture sur le dos

Surveillez régulièrement la couleur et le comportement du bébé, ne laissez pas le bébé et sa maman seuls si elle s'endort ou risque de s'endormir. Si personne ne peut rester avec la maman et son bébé, surveillez la fréquence cardiaque et la saturation du bébé.

La dyade mère-enfant ainsi positionné en peau à peau bénéficiera d'une surveillance par le personnel soignant toutes les quinze minutes, quant au comportement du nouveau-né, sa coloration, respiration, température, position et à l'état d'éveil et de vigilance de sa mère.

Par ailleurs, E. Herlenius et P. Kuhn recommandent dans une étude parue en 2013, de procéder à une information systématique des parents sur les signes cliniques qui montrent que l'enfant va bien et sur la nécessité de maintenir une vigilance particulière durant toute la durée du peau à peau.

MATERIELS ET METHODE

L'objectif principal de ce travail a été de construire une guidance en santé périnatale avec comme illustration le peau à peau. Les objectifs secondaires ont été d'apprécier l'effet d'une information éclairée et d'une guidance auprès des futures mères sur la pratique du peau à peau et sur le sentiment de compétence et de confiance en soi pour interpréter les comportements d'attachement du nouveau-né.

Pour répondre à cet objectif, une étude prospective, exposé non-exposé et monocentrique a été réalisée à la maternité de l'hôpital st-Joseph à Marseille. L'étude s'est étendue sur sept mois, de mai 2016 à novembre 2016. Deux groupes de mères ont été constitués :

- un premier groupe « non-exposé » représenté par les mères ayant participé à la réunion d'anesthésie, ne recevant aucune information sur le peau à peau.
- un deuxième groupe « exposé » ayant bénéficié d'une réunion d'information sur le peau à peau.

Pour préparer au mieux la réunion, un dépliant d'information sur le peau à peau a été réalisé ainsi que le montage d'un film montrant les 9 étapes du comportement du nouveau-né à la naissance lorsqu'il est placé en peau à peau sur sa mère ainsi que l'installation en peau à peau en toute sécurité.

Les dépliants distribués ont été des dépliants triptyques en couleur. Ils ont été réalisés à l'aide du logiciel Publisher et ont nécessité des travaux d'impression dans une imprimerie spécialisée. De même, le film visionné en amphithéâtre a fait appel à une élève de l'école qui a permis de sélectionner les passages les plus importants et les plus utiles d'un film de plus de trente minutes pour en faire un montage d'une dizaine de minutes.

En amont de la réunion, quelques ajustements ont été nécessaires pour qu'elle puisse être mise en place correctement. Il a fallu rencontrer les différents anesthésistes responsables des réunions d'information sur la péridurale pour leur expliquer le projet et réussir à se coordonner avec eux. Il a également fallu entrer en contact avec l'appareilleur en charge de l'amphithéâtre pour pouvoir visionner le film correctement.

Le recueil des coordonnées des mères constituant chacun des groupes a nécessité plusieurs déplacements à l'hôpital saint-Joseph, tout comme la réalisation de la réunion. De plus, la réunion a sollicité la prise de parole devant un amphithéâtre d'environ 120 personnes à savoir les 70 femmes du groupe qui étaient, pour la plupart, accompagnées de leur conjoint et quelques représentants du personnel médical de l'hôpital saint-Joseph (sage-femme cadre des suites de couches, sages-femmes, puéricultrice).

Cette réunion s'est déroulée comme suit (trame de démarche d'éducation à la santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, annexe I) :

accueil des couples avec distribution d'un dépliant à chacun d'entre eux dès leur arrivée et recueil des coordonnées pour pouvoir les joindre ultérieurement ; installation des femmes et de leur conjoint en amphithéâtre et présentation du mémoire. Puis, il y a eu un moment d'échange en groupe sur le peau à peau permettant de faire le point sur les connaissances initiales des couples sur ce sujet sans qu'ils n'aient encore eu d'explications de notre part. Certains en avaient entendu parler lors des séances de préparation à la naissance, d'autres dans leur entourage. Les femmes qui avaient déjà accouché ont également pu partager leur expérience du peau à peau lors de la naissance de leur premier enfant. Ce débriefing a permis d'orienter au mieux les informations à délivrer par la suite et de savoir sur quels points insister. Ensuite, le film a été diffusé pendant une dizaine de minutes. Les futurs parents ont pu découvrir le peau à peau en image en visualisant les différentes étapes du comportement du nouveau-né depuis la naissance jusqu'à la tétée avec un sous-titre explicatif à chaque fois. Ils ont ainsi pu se projeter plus concrètement dans cette future rencontre avec leur enfant. Après la projection, nous avons lu le dépliant explicatif (annexe II) avec le groupe qui a facilement pu suivre toutes les informations annotées puisque chacun en possédait un distribué en début de réunion. La lecture du dépliant a été complétée par un schéma (annexe III) issu du guide pratique du peau à peau de l'OMS, illustrant l'installation du nouveau-né en peau à peau de façon sécurisée. Pour finir, un temps de questions/réponses avec le groupe a permis de répondre aux différentes questions soulevées par cet échange et de s'assurer que chacun avait bien compris tout ce qui avait été exposé. Enfin, chaque couple avait la possibilité de me joindre, mes coordonnées figurant sur le dépliant.

Au final, 45 patientes ont été sélectionnées pour le groupe non-exposé et 70 pour le groupe exposé. Le critère d'inclusion était la présence à la réunion d'information sur l'anesthésie. Il a été retenu comme critères de non-inclusion les femmes ayant accouché avant 36 SA, l'existence d'une pathologie maternelle et/ou néonatale, les femmes ayant accouché par césarienne, la séparation mère/nouveau-né à la naissance. Les critères d'exclusion ont compris le refus de participer à l'étude, le fait d'avoir accouché en dehors de l'hôpital st-Joseph, les perdus de vue, les femmes qui n'ont pas pu assister à la réunion d'information sur le peau à peau dans son intégralité.

L'outil de recueil des données a consisté en un questionnaire téléphonique (annexe IV) réalisé entre J3 et J6 du post-partum. Il comprenait des variables quantitatives et qualitatives. Plusieurs thèmes ont été abordés à savoir, une première partie concernant les données générales de la mère avec le terme, l'âge, la voie d'accouchement, la participation à des séances préparations à la naissance et à la parentalité, la parité. Une deuxième partie qui a abordé le peau à peau lors de la naissance et du séjour. Une troisième partie sur les modalités d'allaitement et une dernière partie sur les premiers ajustements entre la mère et son nouveau-né.

Les données recueillies à l'issue du questionnaire ont été saisies sur le logiciel Excel puis traitées par le logiciel Sofastats. Les résultats des variables qualitatives ont été présentés sous formes d'effectifs et de pourcentage. Le degré de significativité « p » a été calculé. Il a été considéré qu'une variable était statistiquement significative si « p » était inférieur à 0,05.

RESULTATS

Caractéristiques de la population étudiée :

Deux groupes ont été constitués au début de l'étude avec un effectif initial de 45 mères pour le groupe non-exposé et de 70 pour celui des exposés. Après le recueil de données, on a compté 34 mères dans le groupe non-exposé :

- 2 ont accouché dans une autre maternité
- 2 ont été séparées de leur nouveau-né
- 6 ont été césarisées
- 1 a accouché avant 36 SA

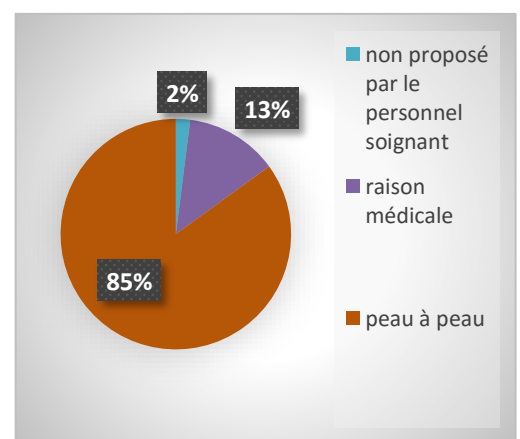
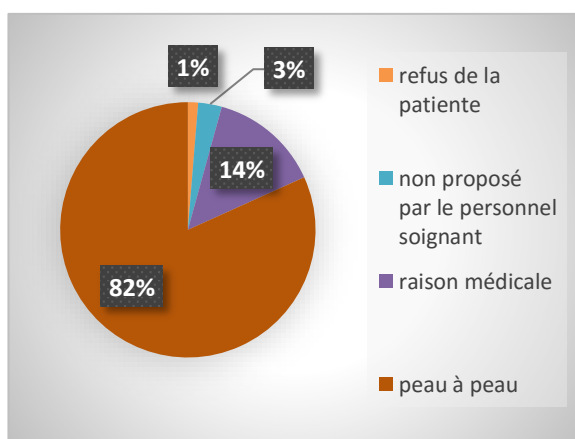
Et 47 dans le groupe exposé :

- 16 sont parties au cours de la réunion d'information
- 4 ont été césarisées
- 1 a accouché dans une autre maternité
- 2 ont accouché avant 36 SA

GROUPE NON-EXPOSEGROUPE EXPOSE

Caractéristiques de la population	n	n
Primipare	30/34	35/47
multipare	4/34	12/47
réalisation de séances de pnp	29/34	38/47
informations sur le peau à peau lors des séances pnp	22/29	33/38
peau à peau lors accouchement précédent	2/34	11/47

Pratique du peau à peau	n	n
Réalisation du peau à peau	30/34	43/47
Pendant 1h ininterrompue dès la naissance	28/34	40/47
Avec le papa	3/34	10/47
Pendant le séjour	5/34	15/47

Raisons de la non-réalisation du peau à peau en salle de naissance :

Il n'y a pas de résultats significatifs en ce qui concerne le groupe exposé et le fait d'avoir réalisé du peau à peau en salle de naissance pendant plus d'une heure, d'avoir allaité et d'avoir allaité de façon exclusive jusqu'à la sortie de la maternité.

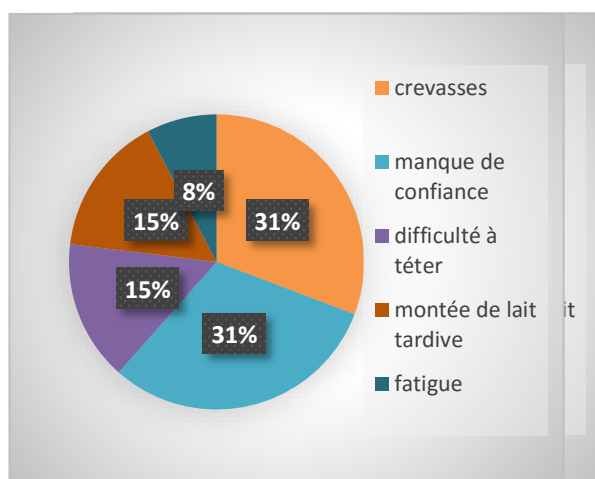
GROUPE NON-EXPOSE

GROUPE EXPOSE

Alimentation du nouveau-né :

	Non-exposé	Exposé
Allaitement maternel	94,1%	95,7%
Biberon	5,9%	4,3%
Difficultés lors de la mise en place de l'allaitement	38,2%	25,5%
Compléments de lait artificiel	14,7%	14,9%
Allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité	64,7%	72,3%

Raisons des difficultés lors de la mise en place de l'allaitement :



Il n'a pas été montré de significativité entre le fait d'avoir fait du peau à peau et le fait d'allaiter, d'allaiter de façon exclusive à la sortie de la maternité et les difficultés rencontrées lors de la mise en place de l'allaitement.

GROUPE NON-EXPOSEGROUPE EXPOSEPremiers ajustements mère/nouveau-né :

Je sais repérer les signaux de mon enfant	n	n
Pas suffisamment/assez bien	22/34 (64,7%)	21/47 (44,6%)
De façon satisfaisante	12/34 (35%)	26/47 (55%)
Significativité	p=0,1 donc non significatif	

Je sais comment apaiser mon enfant	n	n
Pas suffisamment/assez bien	34/34 (100%)	37/47 (78%)
De façon satisfaisante	0/34	10/47 (21%)
Significativité	p=0,02 donc significatif	

J'arrive à communiquer avec mon enfant	n	n
Pas suffisamment/assez bien	29/34 (85%)	27/47 (57%)
De façon satisfaisante	5/34 (14,7%) 20/47(42,5%)	
Significativité	p=0,1 donc non significatif	

Je me sens en confiance concernant ses besoins	n	n
Pas suffisamment/assez bien (51%)	22/34 (64,7%)	24/47
De façon satisfaisante (48,9%)	12/34 (35%)	23/47
Significativité	p=0,002 donc significatif	

Je me sens en confiance concernant son alimentation	n	n
Pas suffisamment/assez bien (59,5%)	28/34 (82%)	28/47
De façon satisfaisante	6/34 (17,6%)	19/47 (40%)
Significativité	p=0,1 donc non significatif	

ANALYSE ET DISCUSSION

Dans cette étude certains biais, limites et difficultés ont pu être mis en évidence.

En effet, les deux groupes de sujets ont été constitués de mères primipares en grande partie, avec un très faible pourcentage de multipares, ce qui n'est pas représentatif de la population générale et constitue donc un biais de sélection.

Par ailleurs, le fait qu'un grand nombre de femmes du groupe non-exposé aient participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité dans lesquelles des explications concernant le peau à peau ont pu être abordées, constitue un biais d'information.

Il y a également un biais d'information lié aux professionnels de santé qui ont pris en charge les couples lors de leur accouchement, étant donné la diversité de leur pratique et de leur habitude quant au peau à peau, même s'ils ont pu bénéficier d'une fiche d'information auparavant.

Le nombre peu important de femmes présentes au sein de chaque groupe constitue une limite à l'étude.

La sage-femme, de par ses compétences multiples, est un acteur majeur dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé. En effet, elle peut réaliser, entre autre, le suivi de grossesse, des consultations gynécologiques de prévention et de contraception, le retour à domicile avec prise en charge du nouveau-né ce qui l'amène à entrer en contact avec une population diversifiée (femmes enceintes, femmes en âge de procréer, jeunes filles, nouveau-nés).

De plus, la grossesse constitue un moment privilégié d'information et d'éducation car elle va permettre de cibler un grand nombre de femmes qui ne sont peut-être, jusqu'à présent, jamais aller consulter un professionnel de santé et qui le feront à l'occasion de leur grossesse.

L'éducation à la santé prend donc une place majeure en tant que future sage-femme.

En tant que future professionnelle de santé périnatale, ce travail de guidance, d'accompagnement des futurs parents, m'a permis de mettre en application la

construction et la réalisation d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité qui fait partie du référentiel métier et compétences des sages-femmes, de renforcer mes connaissances sur le thème du peau à peau, d'acquérir les compétences pour accompagner au mieux les parents lors de la rencontre avec leur nouveau-né. De plus, cela m'a permis de bien mesurer les enjeux de l'éducation à la santé et de savoir comment transmettre le message que l'on veut faire passer en maîtrisant le modèle éducatif proposé par l'INPES. Ce schéma permet de favoriser la participation active de la femme enceinte, de prendre des décisions concernant sa santé, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en délivrant des informations fondées sur les données scientifiques actuelles et d'apporter une écoute attentive pour mieux prendre en compte ses attentes. De plus, selon l'HAS (2005), l'information délivrée par les professionnels de santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. Il faut donc privilégier cette période anténatale pour « éduquer » les femmes enceintes. Il pourra m'être utile de remettre ce schéma en application lors de ma pratique professionnelle future dans divers domaines (addictions, contraception...).

Un programme d'éducation à la santé comporte des actions de trois natures différentes à savoir,

- Des campagnes de communication dont l'objectif est de sensibiliser la population à de grandes causes de santé
- La mise à disposition d'informations scientifiquement validées en utilisant des supports et des formulaires variés adaptés à la population cible
- Des actions éducatives de proximité qui aident chaque personne à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser.

Dans cette étude, on retrouve bien ces trois éléments avec la réalisation d'une réunion d'information sur le peau à peau et la diffusion d'un film qui permettent de sensibiliser les couples aux bénéfices et risques du peau à peau.

La réalisation de dépliants sur le peau à peau ainsi que d'une affiche et de divers supports imagés ont permis de mettre à disposition des futurs parents les outils nécessaires pour se familiariser avec cette pratique.

De plus, l'accompagnement des parents dans les suites de la naissance par les

professionnels de santé formés et compétents permet d'organiser au mieux les séances de peau à peau et de répondre à leurs éventuelles interrogations quant à ce sujet.

On peut voir que les deux groupes étaient constitués en très grande majorité de primipares, ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où les autres femmes ont déjà eu l'expérience de l'accouchement et ne sont donc pas venues à la réunion d'information.

Plus des trois-quarts des femmes ont pu bénéficier de séances de préparation à la naissance où le sujet du peau à peau a été abordé et, concernant les multipares, elles avaient également déjà réalisé du peau à peau lors de leur accouchement précédent, ce qui montre que cette pratique était déjà bien en place à l'hôpital saint-Joseph.

Selon les recommandations de l'OMS (1998), de l'HAS (2002 et 2006), de l'ILCOR* (2005), pour parler réellement de peau à peau, il doit être pratiqué immédiatement après l'accouchement, de manière continue et pendant au moins 90 minutes sur le deux heures de surveillance en salle de naissance. Il apparaît ici que la pratique reste proche de celle recommandée puisque dans 82% des cas les nouveau-nés du groupe non-exposé ont été placés en peau à peau dès les premières minutes de vie contre 85% dans le groupe exposé.

Quand le peau à peau n'a pas pu être réalisé en salle de naissance, la principale raison est médicale avec entre autre, une mauvaise adaptation du nouveau-né à la naissance et la nécessité de réaliser des gestes de réanimation mais aussi des complications maternelles avec en particulier, une hémorragie après l'accouchement. Vient ensuite la non proposition par l'équipe soignante qui reste très peu fréquente (2 ou 3% des cas) et qui peut s'expliquer par la surcharge de travail qui ne permet pas de réaliser une surveillance adaptée et donc limite la réalisation du peau à peau. Enfin, seule deux patientes du groupe non-exposé n'ont pas réalisé de peau à peau par choix.

En ce qui concerne la pratique du peau à peau avec le papa et pendant le séjour à la maternité, les proportions restent très faibles (14,7% chez les non-exposé et 31,9% chez les exposé pour la pratique du peau à peau lors du séjour) alors qu'au contraire, cela pourrait encourager des nouveau-nés à se réveiller et à téter au sein comme au biberon, favoriser l'apaisement des nouveau-nés et diminuer les périodes de pleurs, intégrer le père au soin. Il semble dommage également que les nouveau-nés ne soient pas

systématiquement mis en peau à peau lors de la réalisation de gestes douloureux comme le test de Guthrie par exemple. En effet, il permet de réduire les manifestations douloureuses au moins autant qu'avec l'usage d'une solution sucrée. De plus, dans une étude égyptienne de 2012, on peut constater que le nombre d'heures de photothérapie a été réduit de 30% chez les nouveau-nés placés en peau à peau au moins trois fois par jour par rapport à ceux qui n'ont pas pu en bénéficier (Samra et al, 2012). Les séances de peau à peau pendant le séjour en maternité peuvent donc également être intéressantes en cas d'ictère néonatal. Ces séances de peau à peau en maternité gagnent donc à être plus largement effectuées.

On peut constater que les nouveau-nés ont, pour la plupart, été nourris au sein, avec un taux d'allaitement maternel proche dans les deux groupes, aux alentours de 95%. Les autres ont bénéficié d'une alimentation au biberon par choix.

Les mères du groupe non-exposé ont rencontré plus de difficultés dans la mise en place de l'alimentation de leur nouveau-né, elles ont également réalisé du peau à peau en salle de naissance mais moins pendant le séjour, elles se sentaient peut être moins à l'aise et moins en confiance. On retrouve les mêmes problèmes d'un groupe à l'autre avec notamment le fait d'avoir des crevasses, le manque de confiance en soi, la fatigue, des difficultés du nouveau-né à téter, une montée de lait tardive.

Ceci est également vrai en ce qui concerne le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité qui était de 64,7% chez les non-exposés et 72,3% chez les exposés. En effet, il a été montré dans une étude en 2006, qu'une durée de peau à peau de plus d'une heure multiplie par deux le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité et que plus le contact peau à peau est prolongé à la naissance et pendant les premiers jours de vie, plus les chances d'allaiter son nouveau-né de façon exclusive sont importantes (Bigelow et al, 2010).

Même si ces résultats ne sont pas significatifs, il apparaît une différence assez parlante entre les groupes exposé et non-exposé. Cette absence de significativité peut s'expliquer par le manque de puissance de l'étude. Il pourrait être intéressant de refaire l'étude à plus grande échelle.

Concernant les premiers ajustements mère-nouveau-né, il apparaît que les femmes

arrivent à repérer les signaux de leur nouveau-né de façon satisfaisante dans plus de la moitié des cas dans le groupe exposé et de façon moindre dans le groupe non-exposé (55% contre 35%). Cela signifie qu'elles parviennent davantage à comprendre quand leur enfant est prêt à téter, prêt à dormir, à faire la différence quand il réclame un câlin ou à manger.

Il en est de même en ce qui concerne la capacité des mères à entrer en communication avec leur nouveau-né. En effet, 42% des mères du groupe exposé disent arriver à communiquer aisément avec leur enfant contre seulement 14% des non-exposé. Cela peut s'expliquer par les séances de peau à peau plus nombreuses et les explications dont elles ont bénéficié lors du film sur les étapes du comportement du nouveau-né à la naissance. En effet, dans leur étude Bigelow et al (2010) ont montré que la durée du contact peau à peau influençait la sensibilité de la mère à son enfant et la qualité des interactions mère-enfant au cours de la première année de vie. De plus, Carfoot et al, Gomez et al, Moore et al. (2005) ont d'ailleurs démontré que les trois critères susceptibles d'être ceux de l'attachement, le regard, le contact et la proximité, sont présents lors de la relation peau à peau et facilite donc la communication.

Par ailleurs, dans une étude israélienne de 2004, des chercheurs ont pu observer que des nouveau-nés placés en peau à peau après leur naissance pendant 60 minutes présentaient plus de sommeil profond, moins de pleurs et d'agitation. (Ferber S., Makhoul I., 2004) Ils se trouvaient plus facilement apaisés. Concernant notre étude, il apparaît de façon significative, qu'une partie des mères du groupe exposé sait comment apaiser son nouveau-né de façon satisfaisante contrairement au groupe non-exposé où aucune d'entre elles ne semble y parvenir. Cela signifie que les informations reçues lors de la réunion ont eu un impact positif sur le comportement et le ressenti des mères. En effet, on a pu insister sur le bénéfice de séances de peau à peau régulières lors du séjour à la maternité et de continuer les séances à la maison puisque ce contact entraîne la sécrétion d'ocytocine qui est une hormone apaisante et permet une meilleure coopération mère-enfant. De plus, le nouveau-né présente une meilleure organisation motrice, il se retrouve enroulé, en flexion, lové contre le corps de sa mère rappelant la période fœtale ce qui le rassure, lui permet d'être plus calme, et fait preuve de moins de mouvements de sursauts. Il se trouve ainsi moins agité et présente moins de pleurs. Plusieurs d'entre elles ont

rapporté, lors de l'entretien téléphonique, que lorsque leur enfant commençait à s'agiter, elles n'hésitaient pas à le mettre en peau à peau pour le réconforter.

Les femmes du groupe exposé se sentent plus largement en confiance concernant les besoins et les rythmes de leur nouveau-né ainsi que pour son alimentation. Et cette notion concernant les besoins de l'enfant ressort de façon significative. D'une manière générale, elles sont plus à l'aise avec leur enfant, que ce soit pour l'allaiter, le porter, les soins de puériculture. On retrouve d'ailleurs cette notion dans une étude iranienne de 2013 où les femmes qui ont bénéficié de plusieurs séances de peau à peau autour de la période de la naissance, présentent une plus grande aisance pour l'allaitement. Elles disent avoir les compétences nécessaires pour allaiter, savoir comment allaiter, ne pas avoir besoin d'aide pour allaiter, être confiante dans leur capacité à allaiter et reconnaissent que l'allaitement est facile par rapport à celles qui n'ont pas effectué de peau à peau ou dans une moindre durée (Bramson et al, 2013).

PROPOSITION

Il faut souligner qu'une séance comme celle-ci, d'éducation à la santé sur le peau à peau en période anténatale, n'existe encore dans aucune maternité, ni même à l'hôpital saint-Joseph. Cependant, une réunion de ce style semblerait intéressante à mettre en place car la totalité des femmes du groupe exposé interrogées lors de l'étude disent avoir été très satisfaites et trouvaient la réunion intéressante. Elles rapportent qu'elles ont appris beaucoup de choses dont elles n'avaient pas eu connaissance jusqu'à présent. En effet, même si une majorité d'entre elles ont assisté à des séances de préparation à la naissance, le thème du peau à peau reste souvent évoqué en une phrase qui résume qu'elles auront la possibilité d'en faire à la naissance mais ne précise pas vraiment ce que c'est ni les conditions de réalisation. De plus, le visionnage du film est très concret et permet vraiment aux futurs parents de se projeter dans ce qui va se passer durant cette période de peau à peau après la naissance. Ils savent d'autre part, qu'il est important de rester vigilant à leur nouveau-né et comment bien le positionner. De ce fait, ils savent à quoi s'attendre, ils sont préparés et informés, ce qui peut être doublement utile quand les équipes soignantes ont une charge de travail importante et peu de temps à leur consacrer. Par ailleurs, cette réunion pourrait trouver sa place en période anténatale en rentrant dans la démarche IHAB de l'hôpital saint-Joseph.

CONCLUSION

Le but de ce mémoire a été de de construire une guidance sur le peau à peau à destination des futurs parents. Pour répondre à cet objectif, différents outils (dépliant, affiche, film) ont été élaborés.

Malgré la faible proportion de femmes constituant chaque groupe, cette étude a permis de mettre en évidence que les mères étaient sensibles à l'information reçue lors de la réunion. En effet, il en est ressorti que les mères du groupe exposé étaient plus confiantes et plus à l'aise dans les soins de leur nouveau-né ainsi que dans leur relation.

Ce travail de guidance présente donc des effets très positifs sur l'acquisition de compétences pour prendre soin de l'enfant et pour devenir parents.

En cela, la sage-femme a un rôle primordial à jouer dans l'information des parents pendant la grossesse. Concernant le peau à peau, elle doit leur expliquer les bénéfices et risques de cette pratique, insister sur l'importance de positionner le nouveau-né de façon sécurisée. Les futurs parents se sentent ainsi davantage rassurés et plus à l'écoute de leur enfant.

Il serait donc fortement utile d'intégrer cette réunion en période anténatale et de la développer dans d'autres domaines (allaitement..).

Ce mémoire m'a permis de développer et renforcer des compétences en terme de communication et d'organisation. En effet, j'ai pu acquérir une plus grande aisance orale en présentant la réunion d'information en amphithéâtre. De plus, la construction du dépliant a nécessité une grande rigueur afin qu'il soit à la fois synthétique et complet.

BIBLIOGRAPHIE

Bergström A., Okong P. et al (2007) « Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn », *acta paediatrica*, 96

Bigelow A. et al (2010) « The relation between early mother-infant skin-to-skin contact and later maternal sensitivity in south african mothers of low birth weight infants », *Infant Mental Health Journal*, volume 31

Bramson L. et al (2013) « Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first three hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay », *J Hum Lact*, 26

Caffa O. (2010) « Peau à peau en salle de naissance en maternité de niveau 3 : expérience au sein des maternités de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille », *mémoire sage-femme*, école universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée

Carfoot S. et al. (2005) « A randomized controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding », *Midwifery*, 21

Charpak N., et al. (1997) « Kangaroo mother versus traditional care newborn infants \leq 2000 grams: a randomized, controlled trial », *Pediatrics* 100, 682-688.

Feldman et al (2014) « Maternal preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life », *biol psychiatry*

Ferber S., Makhoul I. (2004) « The effect of skin-to-skin contact shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn : a randomized, controlled trial », *Pediatrics*, 113

Gatti H., Castel C.,Andrini P., Durand P., Carlus C., Chabernaude J.L., Vial M., Dehan M., Boithias C. (2004) « Malaises graves et morts subites après une naissance normale à terme :à propos de six cas », *Archives de pédiatrie* 11, p432–435.

Giannone C. (2009) *Guidance parentale* [en ligne] disponible sur <<http://inpacts.fr/guidance-parentale/>> consulté le 12/01/17

Girard L. (novembre 2011) « de la première rencontre à la première tétée, observer l'intimité », *les dossiers de l'obstétrique*, 409

Girard L. (février 2015) « peau à peau.. et vous, dans votre équipe, vous en êtes où ? », *les dossiers de l'obstétrique*, 445

Girard L. (mars 2015) « mettre en œuvre le peau à peau en sécurité », *les dossiers de l'obstétrique*, 446

Gomes Chermont et al (2009) « Skin-to-skin contact and/or oral 25% dextrose for procedural pain relief for term newborn infants », *pediatrics*

Gremmo-Feger G. (avril, mai, juin 2002) « accueil du nouveau-né en salle de naissance », *les dossiers de l'allaitement*, 51

Haute Autorité de Santé (mai 2002) Agence nationale d'accréditations et d'évaluation en santé en 2002 – *Allaitement maternel– Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant* – Recommandations – Service recommandations et références professionnelles –

Haute Autorité de santé (2005), *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé.* [En ligne] disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf> consulté le 25/11/16

Haute autorité de santé (2005) *Préparation à la naissance et à la parentalité* [en ligne] disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf> consulté le 10/12/16

Initiative hôpital ami des bébés (juin 2016) *les douze recommandations* [en ligne] disponible sur <<https://amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php>>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé *L'éducation à la santé, un enjeu de santé publique* [en ligne] disponible sur <inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf> consulté le 13/12/16

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2010) « parents, enfants : les premiers ajustements », *grossesse et accueil de l'enfant*

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2010) « démarche éducative proposée dans l'outil », *grossesse et accueil de l'enfant*

International Liaison Committee on Resuscitation-ILCOR (2006), « Consensus on Science With Treatment Recommendations for Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation », *Pediatrics*, Vol 117, 5, p e978-e988.

Laupies V. (2004) *La guidance parentale : ses liens avec la psychothérapie et la bientraitance* [en ligne] disponible sur <<http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2004-4-page-521.htm>> consulté le 12/01/17

Nyqvist K. (2001) « Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants », *birth*

Organisation mondiale de la santé (2004) *la méthode mère-kangourou: guide pratique* [en ligne] disponible sur <www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241590351/fr/>

Puig G., Sguassero Y. (novembre 2007). *Contact peau à peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé : Commentaire de la BSG Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : OMS

disponible sur <<http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/fr/index.html>>

Robiquet P., Zamiara P., Rackza T. (2016) « observation of skin-to-skin contact and analysis of factors linked to failure to breastfeed within two hours after birth », *breastfeeding medicine* 3, volume 11

Saloojee H. (janvier 2008) « Le contact peau à peau précoce des mères et de leurs nouveau-nés en bonne santé », *Commentaire de la BSG de l'OMS*

Samra et al (2012) « The effect of kangaroo mother care on the duration of phototherapy of infants re-admitted for neonatal jaundice », *Matern fetal neonatal med.*, 25

Takahashi et al (2011) « Comparison of salivary cortisol, heart rate and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants », *archives de pédiatrie*, 87

ANNEXES

Annexe I : trame réunion d'information sur le peau à peau en amphithéâtre

Annexe II : dépliant sur le peau à peau

Annexe III: illustration du peau à peau en toute sécurité

Annexe IV : questionnaire mémoire

Annexe V : document explicatif du mémoire à l'intention des femmes enceintes

ANNEXE I : trame réunion d'information sur le peau à peau en amphithéâtre

1) Aborder une situation

Nous sommes contents d'être avec vous ce soir, nous avons des informations importantes à vous délivrer avant votre accouchement, à propos de la prise en charge de votre bébé en salle de naissance, et de la pratique du peau à peau.

A propos du peau à peau en salle de naissance et à la maternité, les instances scientifiques nous demandent à nous, soignants, c'est notre devoir, de :

- Vous donner une information libre et claire sur les bénéfices de cette pratique
- Vous donner une information sur l'observation de votre bébé et les signes qu'il va bien, et son installation pendant le peau à peau en, sécurité, à vous et la personne qui vous accompagnera durant l'accouchement et le séjour
- Vous donner une information claire sur le couchage dans le berceau

2) Favoriser l'expression, proposer une écoute

- ❖ Avez-vous déjà entendu parler du peau à peau ?
 - Oui : que vous-a-t-on expliqué à ce sujet ?
 - non : quelle image en avez-vous ? qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
- ❖ Avez-vous déjà eu l'occasion de l'expérimenter lors d'une naissance précédente ?
 - Comment l'avez-vous vécu ?
 - Aspects positifs/négatifs
- ❖ Avez-vous des inquiétudes, interrogations par rapport à ce sujet ?

3) Informer, expliquer

- ❖ Diffusion du film
- ❖ Lecture du dépliant
- ❖ Dessin installation

4) Accompagner la réflexion

- ❖ Avez-vous des questions ?, Est-ce clair ?
- ❖ Cela vous donne-t-il envie d'essayer ?

5) S'engager, faire le lien

Les professionnels de santé qui seront présents pendant votre séjour à la maternité pourront de nouveau répondre à vos interrogations ainsi que vous guider dans cette rencontre avec votre bébé.

ANNEXE II : dépliant sur le peau à peau

Et si le bébé est nourri au biberon?

Pareillement, il va chercher à entrer en contact visuel et corporel avec vous. Il est tout aussi important de lui proposer de téter au biberon au moment de cette rencontre, alors qu'il est en état d'éveil-alerte, cherchant, sentant, reniflant, goûtant.

Et si vous ne souhaitez pas garder votre bébé en peau à peau?

Pour de nombreuses et diverses raisons, vous pouvez souhaiter ne pas porter votre bébé en peau à peau. Il est tout à fait légitime de respecter votre choix. Les professionnels de santé vous accompagneront dans la rencontre avec votre bébé au moment où vous vous sentirez prêts. Les deux heures qui suivent la naissance au cours desquelles votre bébé dispose d'un éveil propice à cette rencontre sont à privilégier.

Et en cas de césarienne?

Votre bébé pourra peut-être commencer un câlin avec papa, avant que vous les rejoigniez en salle de réveil.

Pour tous renseignements complémentaires

Marie Buisson,
élève sage-femme de l'école de Marseille
Téléphone : 06 29 19 60 92
E-mail : mariebuisson21@yahoo.fr



Références

- Recommandations de l'OMS, de l'UNICEF, de la Société Française de Pédiatrie, de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

- Puig G, Sguassero Y. Contact peau à peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé : Commentaire de la BSG (dernière révision : 9 novembre 2007). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS ; Genève : Organisation mondiale de la Santé

- IHAB, mars 2014

- L. Girard, peau à peau, et vous dans votre équipe vous en êtes où ? les dossiers de l'obstétrique 02/2015

- L. Girard, mettre en œuvre le peau à peau en sécurité, les dossiers de l'obstétrique, 03/2015

- www.ch-cotedelumiere.fr/maternite.html

- www.enfant.com/grossesse/accouchement/le-peau-a-peau-a-quoi-ca-sert.html

Le peau à peau...

... la première rencontre avec votre bébé, en salle de naissance

Le peau à peau est une méthode consistant à positionner immédiatement après la naissance, votre bébé contre votre poitrine. Il peut également être effectué avec le papa.



Il s'adresse aux bébés en bonne santé. Ses bénéfices sont d'autant plus importants que votre bébé est placé précocement en peau à peau et qu'il est maintenu longtemps

Idéalement, dans les 5 premières minutes de vie et jusqu'à la première tétée.

Si les conditions le permettent (maman et bébé vont bien, les soignants ne sont pas en surcharge de travail), il vous sera systématiquement proposé. Ceci implique que certains soins soient reportés vers deux heures de vie (vitamine K, pesée, habillage..).

... ensuite pendant votre séjour, dans votre chambre

Il est très favorable de répéter des séances d'une durée minimum d'une heure.

Comment vous installer confortablement et en toute sécurité ?

- ◆ Maman en position semi-assise, redressée
- ◆ Seins nus (avoir un vêtement qui s'ouvre par devant : blouse, chemise)
- ◆ Bébé nu (préalablement séché après l'accouchement) avec un bonnet pour éviter qu'il n'ait froid et une couche
- ◆ Ventre contre ventre
- ◆ Bébé recouvert d'une couverture

Sécurité, IMPORTANT

- ◆ La tête du bébé est tournée sur le côté, le visage est bien visible, non enfoui, quand il se repose
- ◆ Son nez et sa bouche sont bien dégagés, non recouverts, le cou est non fléchi
- ◆ Surveiller régulièrement la coloration, le tonus et le comportement de votre bébé
- ◆ Vous et votre bébé ne devez pas rester seuls pendant la durée du peau à peau, surtout si vous risquez de vous endormir
- ◆ Le papa vous accompagne, et un soignant vous guide et participe à la surveillance

Lorsque le bébé est en mouvement, s'active, cherche le sein.., observez-le, émerveillez-vous, soutenez-le. S'il s'apaise, s'endort, alors l'installation doit être sécurisée comme décrite ci-dessus.

Quels bénéfices pour votre bébé ?

- ◆ sécurisé, apaisé contre votre corps, il reconnaît les sensations de la vie intra-utérine (votre respiration, vos battements cardiaques..) facilitant son adaptation après la naissance
 - ◆ maintien de sa température corporelle, réchauffement plus rapide
- ◆ son rythme cardiaque et sa respiration (oxygénation) sont plus stables, le taux de sucre dans le sang plus élevé
 - ◆ colonisation de son tube digestif et de sa peau par les mêmes bactéries que vous, renforçant ses défenses naturelles
- ◆ diminution de la douleur occasionnée par certains soins (test de Guthrie par exemple)
 - ◆ meilleure expression de ses comportements d'attachement, augmentation des périodes d'éveil calme et diminution des pleurs les premiers jours
- ◆ le démarrage de l'allaitement est facilité, la durée de l'allaitement est allongée

Et pour vous ?

Ce contact entraîne la sécrétion d'ocytocine (hormone favorisant l'attachement maternel) permettant ainsi une diminution du stress, l'initiation des comportements de maternage et favorisant l'établissement du lien mère-enfant.

ANNEXE III: illustration du peau à peau en toute sécurité



ANNEXE IV : questionnaire

1) **Vous avez accouché :**

- ☐ Par voie basse
☐ Par césarienne

2) **A quel terme avez-vous accouché ?**

3) **Quel âge avez-vous ?**

4) **Est-ce votre premier enfant ?**

- ☐ Oui
☐ Non

Si non, avez-vous déjà pratiqué du peau à peau lors des précédents accouchements ?

- ☐ Oui
☐ Non

5) **Avez-vous bénéficié de séances de préparation à la naissance et à l'accouchement ?**

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, vous a-t-on donné des informations sur la pratique du peau à peau après la naissance de votre enfant ?

- ☐ Oui
☐ Non

• **Concernant le peau à peau :**

1) **Avez-vous effectué du peau à peau en salle de naissance ?**

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui,

→ pendant au moins 1h ininterrompue dès la naissance ?

- oui
non

→ Cela vous a-t-il plu ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (pourquoi ?)

→ Y a-t-il eu une séance de peau à peau avec le papa ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, pourquoi ?

- ☐ Raison médicale (vous/bébé)
- ☐ Cela ne vous a pas été proposé
- ☐ Vous avez refusé (raisons ?)

2) **Avez-vous eu l'occasion de renouveler des séances de peau à peau pendant votre séjour en suites de couche ?**

- ☐ Oui (fréquence ?)
- ☐ Non

● **Concernant l'allaitement :**

1) **Vous nourrissez votre bébé au sein :**

- ☐ Oui
- ☐ Non

→ Cet allaitement s'est-il facilement mis en place ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (raisons ?)

→ Votre enfant a-t-il reçu des compléments de lait artificiel pendant le séjour ?

- ☐ Oui (raisons?)
- ☐ Non

→ A la sortie de la maternité, allaitez-vous exclusivement votre bébé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Arrêt de l'allaitement pendant le séjour

3) **Vous nourrissez votre bébé au biberon :**

→ Cet allaitement s'est-il facilement mis en place ?

- ☐ Oui
☐ Non (raisons ?)

→ Arrivez-vous à positionner votre bébé correctement ?

• **Concernant les premiers ajustements entre vous et votre bébé :**

1) **Je sais repérer les signaux de mon bébé, par exemple, quand il souhaite un câlin, dormir ou téter ?**

- ☐ Pas tout à fait suffisamment
☐ Assez bien
☐ De façon satisfaisante

2) **Je comprends quand mon bébé recherche ma présence et veut communiquer avec moi (il me cherche des yeux, il écoute quand je lui parle, il arrête de pleurer quand je le prends dans les bras...) ?**

- ☐ Pas tout à fait suffisamment
☐ Assez bien
☐ De façon satisfaisante

3) **Je sais comment faire pour apaiser mon enfant ?**

- ☐ Pas tout à fait suffisamment
☐ Assez bien
☐ De façon satisfaisante

4) **Je me sens en confiance concernant les besoins (portage bras, proximité, soins de puériculture) et les rythmes (éveil, sommeil, pleurs) de mon bébé ?**

- ☐ Pas tout à fait suffisamment
☐ Assez bien
☐ De façon satisfaisante

5) **Je me sens en confiance concernant l'alimentation de mon enfant ?**

- ☐ Pas tout à fait suffisamment
☐ Assez bien
☐ De façon satisfaisante

ANNEXE V : document explicatif du mémoire à l'intention des femmes enceintes

Bonjour,

Je suis Marie Buisson, étudiante à l'école de sage-femme de Marseille et réalise actuellement mon mémoire de fin d'études. Ce travail étudie le ressenti des mamans avec la pratique du peau à peau en salle de naissance et à la maternité, à propos :

- des premiers ajustements avec leur bébé
- de la compréhension des compétences du bébé
- de l'alimentation des premiers jours

Ce travail est dirigé par le Dr Falaise, pédiatre à l'hôpital st-Joseph.

Dans ce cadre, je prévois une enquête par un bref entretien téléphonique (une quinzaine de minutes) dans les jours suivant la naissance auprès des femmes ayant accouché à l'hôpital st-Joseph à compter du mois de juin 2016.

Je suis intéressée par votre participation. Etant soumise au secret professionnel, vos réponses resteront bien entendu anonymes.

Veuillez remplir la partie ci-dessous. Dans l'idéal, pourriez-vous me tenir informée quand vous aurez accouché en m'envoyant un sms/mail. Je me permettrai de vous contacter également quelques jours après votre accouchement.

D'avance, je vous remercie de votre participation.

Marie Buisson, esf 4^{ème} année

Tel 06 29 19 60 92

Mail mariebuisson21@yahoo.fr

GLOSSAIRE

HAS : Haute Autorité de Santé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

ILCOR : International Liaison Committee On Resuscitation

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

RESUME

L'éducation à la santé occupe une place majeure durant la grossesse en permettant d'accompagner les futurs parents dans leurs choix. Elle repose sur une guidance des futurs parents. L'objectif principal de cette étude a été de construire une guidance en santé périnatale en prenant pour exemple le peau à peau. Les objectifs secondaires ont été d'apprécier l'effet d'une information éclairée et d'une guidance auprès des futures mères sur la pratique du peau à peau et sur le sentiment de compétence et de confiance en soi pour interpréter les comportements d'attachement du nouveau-né. Deux groupes de femmes enceintes ont été constitués à l'hôpital st-joseph de Marseille : un groupe non-exposé n'ayant reçu aucune information sur le peau à peau et un groupe exposé ayant bénéficié d'une réunion d'information sur le peau à peau. Pour cela, un dépliant et un film explicatif sur le peau à peau ont été réalisés. Les données ont été recueillies par un questionnaire téléphonique en suites de couches. Cette étude a permis de mettre en évidence de façon significative, une plus grande aisance des mères ayant participé à la réunion d'information concernant les besoins et rythmes de leur nouveau-né ainsi que leur capacité à l'apaiser.

Health education occupies a major place during pregnancy, enabling future parents to be accompanied in their choices. It is based on guidance from future parents. The main objective of this study was to construct a guidance in perinatal health by taking skin-to-skin contact as an example. The secondary objectives were to appreciate the effect of informed information and guidance to future mothers on the practice of skin-to-skin contact and on the feeling of competence and self-confidence to interpret attachment behaviors of their newborn. Two groups of pregnant women were established at the St-Joseph hospital in Marseille: an unexposed group with no skin-to-skin information and one exposed group who had received an information session on skin-to-skin contact. For this, a leaflet and an explanatory film on the skin-to-skin contact were realized. The data were collected by a telephone questionnaire in diaper suites. This study revealed a significant increase in the ease with which mothers participated in the information meeting about the needs and rhythms of their newborn and their ability to appease them.

