NOTE DE SYNTHÈSE

LA PRÉSENCE DU PÈRE LORS D'UNE NAISSANCE PAR CÉSARIENNE : RÉFLEXIONS POUR L'ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE DE SERVICE

naître
en languedoc roussillon

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon
Espace Bertin Sans - Bâtiment C
59, avenue de FES
34080 MONTPELLIER
☎ 04 67 04 01 53 -Email : naitre.lr@nglr.fr
Site : www .nglr.fr

Cette note de synthèse a été rédigée sous l'égide du réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon, suite à un atelier organisé lors de la journée d'hiver du réseau régional périnatal du 15 janvier 2016 et animé par :

- **Franck Bolandard**, médecin anesthésiste réanimateur au Centre Hospitalier de Narbonne
- **Danièle Bruguières,** consultante en lactation IBCLC, référente allaitement au réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon
- **Manoëlle Durant,** médecin, consultante en lactation IBCLC, maternité de la polyclinique St Louis de Ganges
- **Aurélien Jacquot,** pédiatre à la clinique St Roch de Montpellier

Il a été validé par consultation par mail auprès des animateurs de l'atelier puis des cadres de services et des équipes médicales des services de maternité du Languedoc-Roussillon.

AVERTISSEMENT

Cette note de synthèse est diffusée à titre informatif par le réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région.
Il a été rédigé en l'état actuel des connaissances à la date de validation du document et n'engage en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte des réseaux ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.
Les protocoles de service situés à la fin du document sont donnés à titre d'exemple et ne sauraient engager la responsabilité du réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon.

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT ***2***

LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES **4**

LES EXPÉRIENCES DES PARTICIPANTS DE L'ATELIER **4**

LES DONNÉES SCIENTIFIQUES **6**

1. SOUTIEN CONTINU DE LA MÈRE PENDANT L'ACCOUCHEMENT 6
2. CONTACT PRÉCOCE ENTRE LA MÈRE ET L'ENFANT 6
3. DÉMARRAGE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL 6
4. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES 6

LES PUBLICATIONS SUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT EN CAS DE CÉSARIENNE **7**

MODÈLES

Cette note de synthèse a été rédigée suite à un atelier organisé lors de la journée d'hiver du réseau régional périnatal du 15 janvier 2016. Elle vise à permettre aux établissements de rédiger leur protocole en tenant compte de la disposition des locaux, de l'organisation des personnels concernés et de leur projet de service.
Dans la suite, le père est mentionné comme l'accompagnant souhaité par la mère ; il peut s'agir d'une autre personne de la famille ou d'une amie.

LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES

La Haute Autorité de Santé[1] indique dans un document destiné aux parents :

> *« Selon l'équipe médicale et les circonstances, le père ou l'accompagnant(e) pourra ou non venir au bloc. Si c'est possible, il sera alors préparé et habillé en tenue adaptée.*
> *Pensez à en parler avant à l'équipe médicale. »*

Dans les 12 recommandations pour le succès de l'allaitement, l'Organisation Mondiale de la Santé précise les conditions d'accueil optimal pour l'enfant sain[2] :

> *« Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. »*

Idéalement, cet accueil est à proposer également en cas de naissance par césarienne sans complication.

LES EXPÉRIENCES DES PARTICIPANTS DE L'ATELIER

La question du « pourquoi » a été abordée :

Pourquoi permettre au père d'être présent lors d'une naissance par césarienne ?

Il y a en effet beaucoup de preuves scientifiques de l'intérêt de favoriser un contact précoce en peau à peau entre la mère et l'enfant, quel que soit le type d'accouchement, alors qu'on ne dispose pas d'études sur l'impact de la seule présence du père.

Une première question à évoquer pour la rédaction d'un protocole de service porte donc sur l'objectif à atteindre. Il peut s'agir de proposer :

- la présence du père pendant l'intervention ;
- la présence du père et le peau à peau avec la mère pendant l'intervention ;
- la présence du père en SSPI[a] avec poursuite du peau à peau avec la mère ;

en se limitant aux césariennes programmées.

Les données scientifiques présentées plus loin peuvent aider l'équipe à définir son projet et obtenir un consensus interne.

Certains soignants considéraient que la présence du père pouvait être un premier objectif, peut-être plus facile à mettre en œuvre que le peau à peau précoce et ininterrompu avec la mère. Par exemple, dans un établissement de la région, c'est l'auxiliaire de puériculture de la salle de naissance qui accompagne le père et reste avec lui au bloc le temps de la naissance et du peau à peau avec la mère de quelques minutes. Elle repart avec le père et le bébé ensuite et le père va alors faire du peau à peau dans la nurserie contigüe aux salles de naissance.

[a] Salle de surveillance post-interventionnelle

Dans un autre établissement, un poste de sage-femme a été créé pour accompagner le père et rester pendant le peau à peau pratiqué au bloc avec la mère.

La position des anesthésistes présents à l'atelier est qu'ils ne peuvent prendre en charge le soutien du père pendant l'intervention. Comme chaque professionnel du bloc, ils ont leur travail et doivent rester vigilants. En particulier, en cas d'urgence, ils ne peuvent prendre sur eux de faire sortir le père et de le raccompagner.

Un témoignage indirect est apporté sur un établissement belge de type III où l'anesthésiste accepte de soutenir le couple pendant l'intervention si besoin : le père, après habillage, attend sur une chaise bleue à l'entrée de l'espace chirurgical. Il suit une ligne bleue tracée au sol pour arriver au bloc de la césarienne et s'assoit sur une chaise bleue située près de la tête de la mère.

Ce type d'organisation permet au père d'être autonome et de sortir, si nécessaire, en suivant à nouveau la ligne bleue, mais suppose que le bloc est dédié aux césariennes.

Dans certaines expériences publiées, le père accepte la responsabilité de surveiller son bébé pendant le peau à peau avec la mère, avec une surveillance professionnelle discontinue (comme pour une naissance par voie basse).

Une autre question concerne donc le professionnel en charge de :

- s'occuper du père pour la préparation (habillage, lavage des mains…) ;
- l'amener au bloc ;
- rester avec lui et assurer la surveillance du peau à peau ;
- le raccompagner si la situation le requiert.

Un obstacle difficile à surmonter est relatif à la taille du bloc. Dans certaines salles minuscules, il paraît difficile d'accueillir un père et un soignant supplémentaire sans gêner le travail des professionnels en charge de la césarienne proprement dite, en particulier celui de l'anesthésiste.

Tous les soignants qui ont expérimenté la présence du père au bloc indiquent qu'il est nécessaire que le sujet ait été discuté lors d'un entretien avec le couple. Les anesthésistes présents signalent que le temps de la consultation portant sur tous les points techniques de l'anesthésie ne leur permet pas d'aborder en plus la présence du père au bloc.

Il est essentiel que la présence du père soit proposée et non pas imposée et que le choix du couple soit accompagné dans le respect de leurs attentes.

Dans un protocole publié en 1978[3], il était demandé au couple se préparant à une césarienne souhaitant la présence du père au bloc, de suivre une préparation à la naissance.

Dans un établissement, les soignants ont indiqué que, dans leur livret d'accueil distribué à tous les futurs parents, la présence du père était possible en cas de césarienne et qu'en cas de césarienne programmée, la question était de nouveau reprise au cours d'un entretien de préparation de la césarienne avec une sage-femme.

Une autre question à discuter en équipe concerne donc la préparation du couple en cas de césarienne programmée :

- Qui mène cet entretien ?
- Le soignant remet-il un document écrit sur la procédure ? Fait-il signer un document de consentement par le couple ?

Tous les soignants qui ont expérimenté la présence du père au bloc de façon régulière ont constaté que les évanouissements de pères sont rarissimes et que les deux parents sont en général très satisfaits du vécu de la naissance. Certains établissements réfléchissent à étendre cette pratique aux césariennes pratiquées en cours de travail (à l'exception des césariennes « code rouge »).

LES DONNÉES SCIENTIFIQUES

1. SOUTIEN CONTINU DE LA MÈRE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

L'intérêt de la présence continue d'une personne auprès de la mère a été largement montré (diminution du risque de naissance par césarienne, d'extraction par instrument, de recours à des médicaments pour soulager la douleur, plus grande satisfaction de la mère)[4].

2. CONTACT PRÉCOCE ENTRE LA MÈRE ET L'ENFANT

Une revue Cochrane de 2012[5] indique :

> *« La revue incluait 34 études randomisées impliquant 2 177 mères et leurs bébés. Elle a démontré que les bébés exposés à un contact corporel interagissaient davantage avec leur mère et pleuraient moins que les bébés recevant les soins hospitaliers habituels. Les mères étaient plus susceptibles d'allaiter au cours du premier au quatrième mois et avaient tendance à allaiter plus longtemps si elles avaient eu un contact corporel précoce avec leurs bébés. Les bébés étaient peut-être plus susceptibles d'entretenir précocement une bonne relation avec leur mère, mais cela a été difficile à mesurer. »*

Sur les études montrant l'intérêt du peau à peau précoce et ininterrompu à la naissance, on peut se référer à la revue du Dr Gremmo-Feger de 2013[6].

3. DÉMARRAGE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Dans une méta-analyse[7] portant sur 53 études (plus de 500 000 mères dans 33 pays), il a été montré que les taux d'initiation de l'allaitement après une naissance par césarienne étaient diminués par rapport à une naissance par voie basse (OR = 0,57 ; IC 95 % [0,50;0,64]).

Dans l'analyse d'un sous-groupe de 8 études distinguant césarienne programmée et césarienne pratiquée en cours de travail, les taux d'allaitement étaient réduits pour chaque type de césarienne par rapport aux naissances par voie basse mais le résultat n'était statistiquement significatif que pour les césariennes programmées (OR = 0,83 ; IC 95 % [0,80;0,86]).

Selon les auteurs, cette différence laisse penser que l'impact principal de la césarienne pourrait être d'ordre hormonal.

Enfin, pour les femmes ayant commencé l'allaitement, la naissance par césarienne n'était plus un facteur significatif pour les taux d'allaitement à 6 mois.

Dans le cadre de l'étude « Feeding Practices Study II », suivi longitudinal de 1 an entre 2005 et 2007, les 2586 mères ayant initié l'allaitement maternel ont été interrogées sur le moment de survenue de la lactogénèse II (cliniquement repérée par la « montée de lait »). La naissance par césarienne, programmée ou réalisée en cours de travail, était associée à un risque de retard de la lactogénèse II, 2 à 3 fois supérieur par rapport à une naissance par voie basse sans péridurale[8].

4. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

D'après les études disponibles, le type d'accouchement n'est pas indépendamment associé au risque de dépression du post-partum, voir par exemple l'étude de Sword et al[9].

Une étude récente portant sur 160 femmes a néanmoins trouvé un risque plus élevé de dépression du post-partum chez les femmes ayant un fort souhait d'accoucher par voie basse et ayant finalement eu une césarienne[10]. Une petite étude menée en Turquie sur deux groupes de 40 femmes a montré des scores d'attachement de la mère pour son enfant inférieurs quand la naissance avait eu lieu par césarienne, alors qu'il n'y avait pas de différence pour les scores de dépression du post-partum[11].

On peut supposer que la présence du père pendant l'intervention de la césarienne est susceptible de favoriser chez la mère un sentiment de confiance et de sécurité facilitant sa production d'ocytocine, et, en conséquence, la relation avec son enfant et l'allaitement si c'est son choix. Ces effets positifs seraient évidemment renforcés en cas de contact précoce en peau à peau entre la mère et l'enfant.

LES PUBLICATIONS SUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT EN CAS DE CÉSARIENNE

En 2014, le Dr Nylander, gynécologue-obstétricien, a présenté en France la procédure de son établissement, le Riskhospitalet, hôpital universitaire d'Oslo[12]. Le service a organisé un groupe de travail avec des représentants de chaque profession concernée par le bloc et la SSPI.

Il y avait en particulier des réticences importantes des infirmières travaillant en SSPI. Elles ont suivi une formation sur l'intérêt du peau à peau, les conditions de sécurité de cette pratique et sur la prise du sein.

Quand la charge de travail en SSPI le permettait, les infirmières s'occupaient de la surveillance du peau à peau, le père étant informé des points à suivre en continu.

Quand cela n'était pas possible, les infirmières de la SSPI ont demandé à pouvoir bénéficier d'une ligne téléphonique spéciale pour qu'une sage-femme se détache et vienne en SSPI, un ordinateur ayant été installé dans la salle pour que celle-ci puisse remplir des dossiers administratifs tout en exerçant sa surveillance.

L'information orale et écrite des parents avait lieu en prénatal pour les césariennes programmées.

À l'issue d'une première évaluation positive auprès des parents (les pères ayant exprimé aussi la crainte initiale d'être responsable de la surveillance du peau à peau), le protocole a été adopté pour l'accueil standard du nouveau-né en cas de césarienne.

Au bout de 5 ans, une nouvelle évaluation a été menée :

- 98 % des mères avaient eu un contact immédiat en peau à peau avec leur bébé ;
- pour 75 % d'entre elles, le peau à peau a été continu (il a été interrompu pour des complications ou en cas d'anxiété de la mère) ;
- la prise du sein s'est faite au bloc pour 10 % des bébés, en SSPI pour 86 % des bébés et en chambre de suites de couches pour les 4 % restant ;
- enfin, 98 % des bébés n'ont pas pleuré en SSPI.

Les sages-femmes interrogées ont estimé que cette nouvelle pratique leur facilitait le soutien des mères pour le démarrage de l'allaitement pendant le séjour.

Les infirmières de SSPI ont considéré que leur travail était devenu plus gratifiant et qu'elles gagnaient du temps grâce à la présence du père.

Un autre établissement a publié son expérience de mise en place du peau à peau précoce et ininterrompu en cas de césarienne[13]. Il s'agit d'un centre hospitalier universitaire de Madrid, labélisé « Hôpital Ami des Bébés » (5 000 naissances par an, 23 % de césariennes).

L'objectif général du projet était de favoriser un état émotionnel favorable au lien mère-enfant et à l'allaitement, en proposant la présence du père (ou d'une autre personne choisie par la mère) au bloc et le peau à peau dès la naissance. Tous les professionnels concernés ont suivi une formation sur les arguments scientifiques et un protocole a été élaboré en 2010.

La présence d'un pédiatre et d'une puéricultrice de néonatalogie a permis de rassurer les professionnels pour la surveillance du peau à peau. La présence du père a été rapidement acceptée au vu du ressenti très positif des mères.

Une évaluation a été menée fin 2010/début 2011 :

- Le peau à peau avait été réalisé pour 44 % des césariennes (80 % des césariennes programmes, 30 % des césariennes réalisées en cours de travail).
- Le père avait été présent pour 85 % des césariennes (91 % des césariennes programmées).
- Enfin 98 % des femmes accompagnées au bloc ont déclaré que la présence de leur compagnon les avait aidées à se sentir en sécurité et en confiance.

Dans cet établissement, la procédure est présentée aux parents en consultation prénatale par le gynécologue référent :

- Le père entre au bloc après la mise en place de la péridurale et la température de la salle est réglée à 24 °C.
- La mère a un bras libre, (le pouls est pris à son pied, les électrodes de l'électrocardiogramme sont placées dans son dos).
- Le père est informé des signes à surveiller pendant le peau à peau entre la mère et l'enfant.

LES PUBLICATIONS SUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT EN CAS DE CÉSARIENNE

[1] Haute Autorité de Santé (HAS). La césarienne - ce que toute femme enceinte devrait savoir… 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf

[2] Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) France. Les 12 recommandations. http://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf

[3] Persson, June C. Should fathers attend cesarean section deliveries? AORN J 1978 Sep;28(3):434-5.

[4] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 15;7:CD003766.

[5] Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD003519.
Résumé en français : http://www.cochrane.org/fr/CD003519/contact-corporel-precoce-pour-les-meres-et- leurs-nouveau-nes-sains

[6] Gremmo-Fger G. Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance. Paris, 8 janvier 2013. http://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2013/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf

[7] Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. Am J Clin Nutr. 2012 May;95(5):1113-35. http://ajcn.nutrition.org/content/95/5/1113.long

[8] Lind JN, Perrine CG, Li R. Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation. J Hum Lact. 2014 May;30(2):167-73.

[9] Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, Foster G. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. BJOG. 2011 Jul;118(8):966-77.

[10] Houston KA, Kaimal AJ, Nakagawa S, Gregorich SE, Yee LM, Kuppermann M. Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences. Am J Obstet Gynecol. 2015 Feb;212(2):229.e1-7.

[11] Herguner S, Cicek E, Annagur A, Herguner A, Ors R. Association of Delivery Type with Postpartum Depression, Perceived Social Support and Maternal Attachment. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, Volume 27, Number 1, March 2014. http://www.dusunenadamdergisi.org/ing/DergiPdf/DUSUNEN_ADAM_DERGISI_cbd4fa70d1cb4a028d2a3b386180ba5a.pdf

[12] Nylander G, Hellenes K, Gro Areklett A. Pratique du peau à peau pendant et après la césarienne. Paris, 2e journée nationale l'IHAB, 4 nov. 2014. http://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2015/livret-IHAB-2014.pdf

[13] de Alba-Romero C, Camaño-Gutiérrez I, López-Hernández P, de Castro-Fernández J, Barbero-Casado P, Salcedo-Vázquez ML, Sánchez-López D, Cantero-Arribas P, Moral-Pumarega MT, Pallás-Alonso CR. Postcesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child. J Hum Lact. 2014 May 20;30(3):283-286.

MODÈLES :
PROTOCOLES DE SERVICE
DU CHRU ARNAUD DE VILLENEUVE (MONTPELLIER)
ET DU CH ÉMILE BOREL (SAINT-AFFRIQUE)

PROTOCOLE DE SERVICE

ACCUEIL DU CONJOINT EN CESARIENNE

Note d'information : elle sera remise pas le gynécologue-obstétricien lors de la consultation pour TOUTE césarienne programmée sous anesthésie locorégionale.

Il est important d'informer tous les conjoints, même ceux dont la présence n'est pas possible en salle de césarienne : cette note doit donc être remise à tous, et prend en compte les différents cas de figures.

Feuille d'information mise à disposition des sages-femmes et des médecins anesthésistes si décision de césarienne tardive.

- **Parcours du père**

Avant le bloc :

Le conjoint descend avec la maman jusqu'au SAS d'accueil du bloc, puis il est réorienté par la régulation à l'entrée du bloc obstétrical quand la maman entre dans le bloc : il ne doit donc pas dépasser le SAS d'entrée au bloc.

Il se présente ensuite en salle d'accouchement où il est accueilli par la sage-femme de césarienne, en charge de l'accueil de l'enfant en salle de césarienne. La sage-femme l'accueille en nurserie, lui apporte une tenue de bloc, lui explique le lavage des mains, et surtout lui rappelle la place autorisée qui lui est permise :

- tenue adaptée, pas d'effet personnel hormis téléphone et appareil photo
- lavage des mains
- attente à la nurserie
- mari accompagné au bloc par la sage-femme après le feu vert de l'équipe du bloc
- siège à sa disposition à la tête de sa conjointe, rester assis, ne rien toucher
- attente de l'accord de la sage-femme pour suivre l'enfant en salle de réanimation néonatale
- pas de déplacement dans le bloc non accompagné
- rappeler la possibilité qu'on lui demande de sortir, et auquel cas, qu'il est invité à revenir en nurserie.

Si la sage-femme de césarienne n'est pas disponible, il incombe au personnel de la salle de naissance de s'organiser pour détacher une autre personne (sage-femme, aide-soignante, ou auxiliaire de puéricultrice) afin d'encadrer le conjoint lors de cette première partie.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Les opérateurs autant que l'équipe d'anesthésie se réservent le droit de refuser l'accès en salle de césarienne initialement acceptée pour le père, en cas de complications, de gestion d'urgence, ou de situations obstétricales plus compliquées.

Au bloc opératoire

La sage-femme ira chercher le conjoint à la nurserie dès que tout est installé, après le feu vert des équipes anesthésique et chirurgicale.

La sage-femme installe le conjoint à la tête de la patiente, accueilli par l'équipe d'anesthésie, qui devra s'assurer que le conjoint respecte les consignes qui lui ont été données.

A la naissance de l'enfant, celui-ci est présenté aux parents, et la sage-femme confirme la possibilité pour le conjoint de la suivre d'emblée en réanimation néo-natale.

En cas de pathologie pédiatrique : la sage-femme s'assurera auprès de l'équipe de pédiatrie avant la naissance de la possibilité ou non pour le conjoint de suivre l'enfant d'emblée en salle de réanimation néo-natale.

Une fois que le conjoint est sorti de la salle de césarienne, il lui est demandé de suivre la sage-femme et l'enfant :

- le conjoint n'est pas autorisé à effectuer des allers retours seul entre la salle de réanimation néo-natale et la salle de césarienne
- au sortir de la salle de réanimation pédiatrique, le conjoint retourne directement en nurserie attendre l'enfant, qui est amené par la sage-femme en salle de césarienne.
-

- **Cas où l'on demande au conjoint de sortir :**

Que ce soit en salle de césarienne, ou en salle de réanimation néo-natale, l'équipe médicale se réserve le droit de demander au conjoint de sortir. Dans les deux cas, on lui demandera de **retourner EN NURSERIE**, en lui expliquant que des nouvelles lui seront données dès que la situation le permettra.

Après le bloc :

En fonction des possibilités : peau à peau et mise au sein en SSPI avec la maman, ou peau à peau avec le conjoint en nurserie. De manière générale, le conjoint ne pourra accéder en SSPI en raison de la présence des autres patientes.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Note d'information aux parents sur la présence du conjoint en salle d'opération lors d'une césarienne programmée.

CHRU de Montpellier - Hôpital Arnaud de Villeneuve - Service de Gynécologie-obstétrique

La présence du conjoint peut être autorisée en salle d'opération en cas de césarienne programmée sous anesthésie loco-régionale, si le couple le souhaite.

Cette autorisation est donnée conjointement par le gynécologue-obstétricien et le médecin anesthésiste. En cas de refus, les raisons vous seront exposées par l'équipe médicale.

- **Parcours du conjoint lors d'une césarienne programmée :**

Vous accompagnez votre conjointe avec le brancardier jusqu'à l'entrée du bloc gynécologique. Vous devez laisser en chambre tous vos effets personnels, hormis téléphone portable et appareil photo. Vous vous présentez ensuite en salle d'accouchement où vous êtes accueilli par une sage-femme.

Vous êtes tenu d'observer les règles d'hygiène, de sécurité et de confidentialité qui régissent l'activité au bloc opératoire : port d'une tenue de bloc en retirant votre tenue personnelle, port d'une charlotte sur les cheveux, masque devant la bouche, sur-chaussures et lavage soigneux des mains.

Deux situations se présentent alors :

- Vous entrez en salle de césarienne :

Vous attendez en nurserie que la sage-femme vienne vous chercher, une fois l'anesthésie réalisée et l'installation chirurgicale terminée.

En salle de césarienne vous disposez d'un siège proche de votre conjointe : nous vous demandons de rester assis et de ne rien toucher (matériel d'anesthésie, perfusion, champs opératoires stériles, etc…).

Après la naissance de l'enfant, vous pouvez rester auprès de votre conjointe ou, avec l'accord de la sage-femme, l'accompagner en salle de réanimation néo-natale pour participer aux premiers soins et à la pesée. Toute sortie de salle de césarienne est définitive.

- Vous n'entrez pas en salle de césarienne :

Dans certaines situations, l'équipe médicale se réserve le droit de ne pas vous autoriser l'accès en salle de césarienne (pathologie maternelle, anesthésie générale, urgence). Vous pouvez également ne pas souhaiter entrer en salle de césarienne mais simplement accueillir l'enfant. Dans ce cas, vous attendez en nurserie et rejoignez la sage-femme en salle de réanimation néonatale pour assister aux premiers soins de l'enfant. Nous vous demandons de toujours rester avec la sage-femme.

Après la naissance de l'enfant, vous regagnez la nurserie pour accueillir votre enfant.

A tout moment, l'équipe médicale peut vous demander de sortir de la salle de césarienne ou de la salle de réanimation néo-natale. Dans les deux cas, vous serez réorienté vers la nurserie où l'équipe médicale vous tiendra informé dès que possible.

A la fin de l'intervention, votre conjointe est accueillie en salle de réveil (SSPI) où elle restera au moins 2h. De manière générale, vous ne pourrez l'accompagner en raison de la présence d'autres patientes.

Soucieux de vous permettre d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions, nous vous remercions d'avoir lu attentivement cette note, et nous prions de bien vouloir en respecter les différents aspects.

Signature du conjoint :

DOCUMENT DE TRAVAIL

CENTRE HOSPITALIER EMILE BOREL SAINT-AFFRIQUE	**PROCEDURE : ORGANISATION DE L'ACCUEIL DU NOUVEAU-NE EN SALLE DE CESARIENNE ET DE REVEIL**		Réf. : PROT -
	Date d'application initiale du présent document qualité :	Version n°1 effet du 18/09/2014	

OBJET :

- Décrire l'organisation de l'accueil du nouveau-né en salle de césarienne et de réveil pour respecter la recommandation n°4 de la démarche IHAB et pour optimiser la proximité maman-bébé et la tétée précoce.

SECTEURS D'APPLICATION :

- Salle de césarienne, SSPI

ACTEURS CONCERNÉS :

- Membres des équipes médicales et paramédicales (Bloc, SSPI, Maternité)
- Patientes et leur famille

DEFINITION - TERMINOLOGIE :

- DAR : Données Actions Résultats
- SF : Sage Femme
- AP : Auxiliaire de Puériculture
- AS : Aide Soignante
- ARE : Anesthésiste Réanimateur
- IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
- IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés
- NN : nouveau-né

DOCUMENT DE TRAVAIL

	Rédaction	*Vérification*	*Approbation*	*Certification Cellule Qualité*	*Page*
Nom	*Agnès COMBES GUERIN* *Marie José CHAMAYOU*	*Nathalie TROUILLET*	*Docteur CHERRADI* *Docteur AMROUSSI* *Docteur MANIA* *Docteur ROUSTIT* *Docteur ARTIERES* *Docteur CHEVALLIER* *Docteur YORDANOV*		
Fonction	*Sage Femme* *AP/AS*	*Cadre Sage Femme*	*Obstétriciens* *Pédiatres* *Anesthésistes*	*(poinçonnement)*	
Signature					

CENTRE HOSPITALIER EMILE BOREL SAINT-AFFRIQUE	**PROCEDURE : ORGANISATION DE L'ACCUEIL DU NOUVEAU-NE EN SALLE DE CESARIENNE ET DE REVEIL**		Réf. : PROT -
	Date d'application initiale du présent document qualité :	Version n°1 effet du 18/09/2014	

GROUPE DE RÉDACTION :

- Agnès COMBES GUERIN, Sage Femme
- Marie José CHAMAYOU, AP/AS

BIBLIOGRAPHIE – DOCUMENTS DE REFERENCE :

- Condition n°4 de l'IHAB
- Poster IHAB et UNICEF sur les conditions de sécurité du peau à peau
- Manuel pratique des soins aux nouveaux nés 2ème édition – JC PICAUD, A CAVALIER
- Procédure : organisation de l'accueil du nouveau- né en salle de Naissance

MOTS CLES :

- Proximité mère – bébé
- Lien
- Sécurité
- Tétée précoce

MATERIEL:

- Fiche 1 : « Surveillance en salle de Naissance avec mention des soins de routine »
- Transmissions ciblées

	Rédaction	*Vérification*	*Approbation*	*Certification*	*Page*
Nom	*Agnès COMBES GUERIN* *Marie José CHAMAYOU*	*Nathalie TROUILLET*	*Docteur CHERRADI* *Docteur AMROUSSI* *Docteur MANIA* *Docteur ROUSTIT* *Docteur ARTIERES* *Docteur CHEVALLIER* *Docteur YORDANOV*	*Cellule Qualité*	
Fonction	*Sage Femme* *AP/AS*	*Cadre Sage Femme*	*Obstétriciens* *Pédiatres* *Anesthésistes*	*(poinçonnement)*	
Signature					

DOCUMENT DE TRAVAIL

CONTENU :

I – CONDITION N°4 de l'IHAB :

Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins 1 heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

II – INFORMATION :

- Remise du livret maternité lors de l'entretien prénatal individualisé ou lors de l'inscription à la maternité. Ce livret explique les modalités d'accueil du nouveau-né à la naissance (page 10 et 11)
- Lors de la prise de décision d'une césarienne, la parturiente est réinformée des modalités d'accueil de son bébé et de la possibilité de la présence du père au bloc si celui-ci le souhaite.

III DEROULEMENT :

La Sage Femme et l'Anesthésiste et/ou le Pédiatre évaluent l'adaptation du nouveau-né à sa naissance et s'enquiert auprès de l'IADE ou ARE de la disponibilité de la mère.

Si tous les critères de surveillance le permettent et si le nouveau-né s'adapte bien à la vie extra-utérine, le contact peau à peau est alors instauré.

Le nouveau-né sera posé dès sa naissance directement à plat ventre sur sa mère, la tête tournée sur le côté et défléchie.

Le nouveau-né sera rapidement séché avec le lange dans lequel on l'a accueilli, bien essuyé au niveau de la tête. On changera alors le lange pour en mettre un chaud, sa tête étant alors recouverte d'un bon bonnet. On pourra aussi ajouter un drap chaud par dessus le lange.

La Sage Femme ou le Pédiatre s'assurera du confort de la mère et de l'enfant, de leur sécurité (voies aériennes bien dégagées, visage visible, tête du nouveau-né non enfouie entre les 2 seins de sa mère).

Au bloc opératoire, la SF ou le Pédiatre veilleront tout particulièrement à ce que le nouveau-né ne se refroidisse pas (langes chauds, installation de ceux-ci de façon à bien envelopper le nouveau-né, pas de passage d'air, draps chauds dans le chauffe sérum du Bloc), à sa coloration, à son tonus et à son installation.
Cette surveillance sera tracée toutes les 15 minutes sur la fiche 1 « surveillance du NN en salle de naissance avec mention des soins de routine ».

Ce contact peau à peau sera un moment privilégié pour faire établir le lien et pour faire reconnaître à la mère les signes d'éveil de son bébé.

Les séquences comportementales étant respectées, si le NN est prêt à téter, et si la mère souhaite effectuer au moins cette 1ère tétée, bien souvent celle-ci aura lieu au plus tôt en salle de césarienne ou en salle de réveil pendant le temps de surveillance post-opératoire, c'est-à-dire dans les 2h post-partum.

Le contact peau à peau , lui, durera tout le temps de la césarienne et sera ininterrompu jusqu'au retour en chambre à la Maternité si les conditions sont réunies (Conditions : SF présente tout le temps de la césarienne, de la salle de réveil et jusqu'au retour en chambre).

Les soins de routine (poids, taille, PC, température, administration vitamine K et collyre) et le 1er examen du NN par le Pédiatre ou la SF seront différés au moment du retour à la Maternité.

Si tous les critères de surveillance ne le permettent pas, le contact peau à peau sera alors proposé au papa et dès que possible à la maman.

Dans toutes les situations, l'installation du peau à peau se fera sous la surveillance de la Sage Femme. Si celle-ci ne peut pas rester disponible, le relais sera pris par l'AP/AS de la Maternité qui est formée à l'accompagnement et à la surveillance du nouveau-né.

Pour faciliter l'installation du bébé en peau contre peau, l'équipe soignante de la Maternité et du Bloc sera attentive à la préparation de la mère :

** Voie veineuse bras gauche de préférence,

** Electrodes du scope placées dans le dos et sous le sein droit,

** Brassard à tension placé à la jambe à l'arrivée au Bloc et pendant toute la surveillance en salle de réveil ,

** Bras non attachés.

Ces critères seront mis en place dans la mesure du possible et conditionnés par l'accord de l'Anesthésiste .

DOCUMENT DE TRAVAIL

IV – LA PRESENCE DU PERE :

La présence du père en salle de césarienne est possible pour une césarienne programmée pour cette année 2014.

Elle pourra être élargie aux césariennes en cours de travail sans notion d'urgence ni de souffrance foetale après accord du Gynécologue-Obstétricien et de l'Anesthésiste.

Lors de l'admission d'une patiente à la Maternité pour une césarienne programmée (en principe la veille), la SF expliquera le déroulement de l'intervention aux futurs parents et elle vérifiera aussi la signature du consentement éclairé .

Elle évoquera avec le futur père sa présence au bloc opératoire pour la naissance de son enfant.

Si celui-ci souhaite être présent, la SF lui décrira l'organisation prévue par le service :

** départ pour le bloc avec sa femme et la SF,

** 1 AP du service viendra le prendra en charge.

** l'AP montre au père comment s'habiller (tenue de bloc, surchaussures ou sabots de bloc, bonnet, masque, lavage des mains) et attend avec lui à l'entrée du bloc.

** le Gynécologue-Obstétricien donne à la SF l'autorisation de faire rentrer le père après avoir vérifié l'efficacité de l'analgésie et pratiqué l'incision.

** la SF fait alors rentrer le père et l'AP.

** l'AP propose au père de se placer à côté de sa compagne. Ils seront donc ensemble pour accueillir leur enfant nouveau-né et établir le premier lien de cette nouvelle famille.

** l'AP est disponible pour accompagner le père hors du bloc s'il ne se sent pas bien.

Une fois que la patiente est transférée en salle de réveil, l'AP rejoint le service de Maternité, le couple et leur nouveau-né restant avec la SF et l'infirmière de salle de réveil.

DOCUMENT DE TRAVAIL

V – TRACABILITE :

- Se fait sur la Fiche 1 « Surveillance en salle de naissance avec mention des soins de routine »
- Si peau à peau non réalisable ou non réalisé, créer une cible avec le DAR

VI – EVALUATION DES DOSSIERS :

Sera effectuée deux fois par an par les membres du comité allaitement (mai et novembre) par l'analyse des dossiers.

ELEMENTS DE SURVEILLANCE :

- Veiller à ce que tous les membres des équipes soignantes médicales et paramédicales des services concernés aient pris connaissance de la procédure.
- Veiller à la connaissance des outils :

* Procédure : Organisation de l'accueil du nouveau-né en salle de césarienne et de réveil
* Procédure : Organisation de l'accueil du nouveau-né en salle de naissance

DOCUMENT DE TRAVAIL