

Peau à peau...

ET VOUS, DANS VOTRE ÉQUIPE, VOUS EN ÊTES OÙ?

1^{RE} PARTIE

Le peau à peau, entre le nouveau-né et sa mère, voire son père, au moment de la naissance, est recommandé de façon précoce et prolongée, depuis 1991 par l'OMS et fait partie des recommandations françaises depuis 2002. Ces recommandations reposent sur de nombreux arguments, dont le premier est de favoriser le processus d'attachement et le démarrage de l'allaitement. Cette pratique constitue une innovation culturelle planétaire. Des études récentes, menées en des lieux culturels et géographiques très différents, en dévoilent de nouveaux bénéfices parfois inattendus, et en confirment les bénéfices connus.

Les études auprès des nouveau-nés prématurés ont montré que la pratique du peau à peau après la naissance est si bénéfique à leur développement à court, moyen et long terme qu'il est probable que l'on considère sous peu l'absence de ce soin comme une perte de chance pour les nouveau-nés vulnérables, et non plus seulement comme une pratique visant à associer les parents aux soins.

Mais le peau à peau présente aussi un risque : son introduction dans les pratiques de salle de naissance a été associée à une augmentation de l'incidence des malaises graves survenant chez des nouveau-nés en apparente bonne santé, conduisant parfois au décès.

La mise en œuvre du soin peau à peau doit donc répondre à des impératifs de sécurité dont le premier est de s'assurer de la liberté des voies aériennes du nouveau-né pour éviter tout risque d'asphyxie. Des éléments nouveaux dans la littérature viennent compléter la réflexion des professionnels de maternité afin d'améliorer, lors de sa mise en œuvre, les conditions de sécurité du peau à peau.

En vue de le proposer aussi souvent que l'état du bébé le permet et que les parents y sont ouverts, certaines équipes ont expérimenté des stratégies pour augmenter la fréquence de la pratique du peau à peau dans leur service. Ces expériences de terrain peuvent inspirer d'autres équipes, désireuses elles aussi, de favoriser ce soin aux bénéfices exceptionnels, en toute sécurité.

Laurence GIRARD est Infirmière Puéricultrice, Certified Kangaroo Care -CKC, titulaire du DIU Initiation aux soins de développement, du DIU lactation Humaine et Allaitement Maternel.

Les Formations Co-naître visent à développer l'approche des soins centrés sur l'enfant et sa famille, en France (cf. annonce p. 46).



BÉNÉFICES DÉMONTRÉS : ÊTES-VOUS SÛR (E) DE BIEN LES CONNAÎTRE?

Testez vos connaissances sur les bénéfices du peau à peau!

1 Sous l'effet du peau à peau, la température cutanée de la poitrine de la mère augmente et la mère peut ainsi réchauffer son nouveau-né

VRAI

Ce phénomène appelé synchronisation thermique a été décrit par les chercheurs suédois¹. Sous l'effet de la poussée d'ocytocine sécrétée par la mère lors du contact avec son bébé, le sang afflue vers le thorax apportant un excédent de chaleur dont bénéficie le nouveau-né. Ce dernier se réchauffe alors plus vite contre sa mère et reste, dans le temps, plus stable sur le plan thermique que s'il était placé en incubateur. Il peut être utile de réchauffer la mère avant de placer le nouveau-né contre sa peau, d'utiliser du linge préalablement chauffé pour sécher la chevelure et le corps du bébé, de le couvrir d'un bonnet et éventuellement de couvrir les épaules de sa mère, si elle est exposée à une atmosphère fraîche ou à un courant d'air (ventilation par exemple).

2 Que le nouveau-né soit placé dans les 5 premières minutes de vie en peau à peau ou plus tardivement est sans effet sur la qualité de son adaptation cardio-respiratoire

FAUX

Dans une étude portant sur 68 enfants mis en peau à peau avant les cinq premières minutes de vie ou après, tous nés à terme, en bonne santé et après une naissance eutocique, Takahashi et al² ont mis en évidence, que la stabilité cardiaque des nouveau-nés placés en peau à peau dans les cinq premières minutes de vie était deux fois et demie (2,5) supérieure à celle des enfants placés plus tardivement. Il est donc bénéfique pour le nouveau-né d'initier le soin peau à peau aussitôt que cela est possible après la naissance.

3 Un soin peau à peau à la naissance qui dure 20 à 30 mn procure au nouveau-né les mêmes bénéfices qu'un soin peau à peau qui dure une à deux heures

FAUX

Dans l'étude² citée précédemment, les auteurs ont démontré que les nouveau-nés qui avaient bénéficié d'un soin peau à peau prolongé de plus de 60 mn présentaient de moindres quantités de cortisol salivaire, témoignant d'une adaptation plus facile à leur nouvel environnement et moins coûteuse sur le plan énergétique et métabolique.

4 Les nouveau-nés prématurés de plus de 34 SA peuvent s'adapter plus facilement à la vie extra-utérine s'ils sont placés en peau à peau plutôt qu'en incubateur

VRAI

Dans une étude³ portant sur 34 nouveau-nés, d'âge gestationnel moyen entre 34 et 35 SA, et pesant entre 1 200 et 2 200 g, les nouveau-nés placés directement en peau à peau à la naissance, de façon continue, présentaient tous - 100 % - une adaptation cardio-respiratoire stable à 6 heures de vie contre seulement 46 % de ceux placés en incubateur pendant les 6 premières heures de vie.

Ils présentaient aussi moins souvent d'hypoglycémie. Les principaux problèmes survenus dans le groupe des bébés placés en incubateur étaient l'hypothermie, la détresse respiratoire et l'hypoglycémie.

Le soin peau à peau à la naissance favorise chez le nouveau-né une meilleure organisation motrice à 5 heures de vie, ainsi qu'une meilleure organisation du sommeil

VRAI Dans une étude israélienne⁴, des bébés placés en peau à peau entre 15 et 20 mn après leur naissance pendant 60 mn présentaient à H5 une motricité mieux organisée : postures plus en flexion, moins de mouvements saccadés, moins de mouvements d'extension, que ceux placés en incubateur sans épisode de peau à peau. De même, ils présentaient plus de sommeil profond, moins d'éveil somnolent, moins de pleurs et d'agitation, preuve d'une meilleure organisation de leurs états de vigilance (observation faite à l'aide de l'échelle de Brazelton - NBAS).

Le soin peau à peau peut diminuer le nombre d'heures de photothérapie nécessaires à la résolution d'un ictère en période néonatale

VRAI Dans une étude égyptienne⁵, le nombre d'heures de photothérapie subies par des bébés âgés de 48 h à 72 h lors du début du traitement et d'âge gestationnel compris entre 35 et 40 SA a été réduit de plus de 30 % chez les bébés bénéficiant d'au moins trois épisodes quotidiens de peau à peau par rapport à ceux qui n'en bénéficiaient pas.

Le soin peau à peau est une bonne façon de prévenir la douleur chez l'enfant à terme et réduit les manifestations douloureuses au moins autant que l'administration d'une solution sucrée fortement dosée, chez le prématuré

VRAI Chez l'enfant à terme, le peau à peau a réduit les cris de plus de 70 % et les grimaces de plus de 30 % lors d'une ponction capillaire au talon⁶. Plusieurs études^{6,7,8,9} menées chez des nouveau-nés prématurés ont montré que le soin peau à peau pratiqué avant, pendant et après le soin potentiellement douloureux a un effet antalgique comparable à l'utilisation d'une solution sucrée fortement dosée. Il est à noter cependant, que le soin peau à peau et la solution sucrée agissent en synergie et leur association diminue significativement le temps de retour à la normale du rythme cardiaque/temps de récupération.

Quand le bébé fête son premier mois de vie, l'absence d'un épisode de peau à peau à la naissance n'a plus aucune influence sur le ressenti de la mère concernant l'allaitement

FAUX Dans une étude iranienne¹⁰, parue en 2013, les femmes qui ont bénéficié d'un peau à peau avec leur bébé, d'une durée de deux heures à la naissance témoignent d'une plus grande aisance autour de l'allaitement que celles dont les bébés ont été placés sous rampe chauffante.

Les femmes du groupe peau à peau déclarent lorsque leur bébé est âgé d'un mois :

- Avoir les compétences nécessaires pour allaiter pour plus de moitié d'entre elles (51,6 %) contre seulement 20 % des mères du groupe sans peau à peau
- Savoir comment allaiter pour 57 % contre seulement 17 % des mères sans peau à peau
- Ne pas avoir besoin d'aide pour allaiter dans plus de 61 % des cas si elles avaient fait du peau à peau contre seulement 31 % en absence de peau à peau à la naissance
- Être confiante dans leurs capacités à allaiter leur bébé pour 68 % du groupe peau à peau contre 15 % dans le groupe rampe chauffante



- L'allaitement est facile pour 57 % de celles du groupe peau à peau et pour seulement 28 % du groupe rampe chauffante
- Être sûre d'avoir assez de lait pour leur bébé pour 70 % d'entre elles dans le groupe peau à peau contre seulement 40 % dans le groupe sans peau à peau.

Cette étude confirme des observations déjà anciennes établissant un lien entre la pratique du peau à peau et l'allaitement. Il est intéressant de constater que même dans un contexte culturellement favorable à l'allaitement, il existe des effets positifs manifestes du peau à peau sur l'aisance des mères à pratiquer l'allaitement alors que leur bébé est déjà âgé d'un mois.

Une durée de peau à peau de plus d'une heure multiplie par 2 le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité, indépendamment de l'intention des mères d'allaiter et de la voie d'accouchement

VRAI Une étude¹¹ à grande échelle incluant entre juin 2005 et juin 2006, 19 hôpitaux américains et plus de 21 000 couples mère-bébé, a montré une corrélation directe entre la durée du peau à peau à la naissance et le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité. Quand la durée de peau à peau est comprise entre 1 à 15 min, les mères allaitent exclusivement 1 fois et demie plus souvent, alors que lorsque le peau à peau a duré entre 1 et 3 heures, elles allaitent exclusivement 2 fois plus souvent leur bébé, comparées à celles qui n'ont pas bénéficié de peau à peau ; indépendamment de leur intention d'allaiter avant d'accoucher et de la voie d'accouchement.

Plus le contact peau à peau a été prolongé à la naissance, plus la mère a de chances d'allaiter exclusivement son bébé au moment de la sortie de la maternité.

1 La durée du contact peau à peau au cours des 24 premières heures influence la sensibilité de la mère à son bébé et la qualité des interactions mère-bébé au cours de la première année de vie

VRAI

Dans une étude¹² portant sur des bébés de petit poids de naissance et d'âge gestationnel compris entre 34 et 35 semaines, Bigelow & al, ont pu mettre en évidence que la durée du peau à peau au cours des 24 premières heures de vie était corrélée de façon positive à la qualité des interactions au cours de la première année de vie entre la mère et son bébé. Cette observation pose la question de l'existence d'une "période critique" dans le post-partum immédiat en ce qui concerne l'accordage mère-bébé.

1 La pratique du soin peau à peau chez l'enfant prématuré favorise précocement la maturation de ses compétences à téter au sein même avant 34 SA

VRAI

K. Nyqvist¹⁷ a montré sur des enfants prématurés bénéficiant de plusieurs heures de peau à peau par jour, qu'ils pouvaient atteindre des compétences à téter efficacement au sein dès 31 SA et établir un allaitement complet au sein entre 32 et 38 SA. La pratique du peau à peau stimule chez la mère la sécrétion d'ocytocine et de prolactine, deux hormones essentielles à l'établissement d'une lactation de bonne qualité¹⁸. Placé dans sa "niche écologique", au chaud, stimulé par les odeurs, la voix, les mouvements du corps de sa mère, les bruits de son cœur et tant d'autres afférences sensorielles, le nouveau-né prématuré exprime et organise mieux et plus précocement ses comportements d'attachement, dont la tétée fait partie.

1 Chez l'enfant prématuré, le soin peau à peau accélère la maturation du système nerveux central et facilite l'organisation des états de vigilance, favorisant à la fois le sommeil profond et l'éveil alerte du bébé

VRAI

En 2007, Boo & al avaient pu montrer que la croissance du prématuré est améliorée par la pratique du peau à peau, à raison d'au moins 1 heure par jour pendant 10 jours, et notamment la croissance du périmètre crânien. En 2009, Scher et al¹³ ont démontré que des enfants nés à 32 SA, bénéficiant d'un épisode de peau à peau quotidien d'au moins une heure et demie, 4 jours par semaine, présentaient à 40 semaines, plus de sommeil profond, de plus grandes capacités d'éveil, moins de sommeil agité, que les bébés n'ayant pas bénéficié de peau à peau. L'EEG montrait également une activité cérébrale plus complexe et plus importante de l'hémisphère droit; ce qui a été confirmé par des études ultérieures¹⁴. Il est maintenant certain que le soin peau à peau accélère la maturation neurologique de l'enfant prématuré.

1 Le soin peau à peau pratiqué en période néonatale chez l'enfant prématuré influence positivement son développement mental et cognitif ainsi que l'organisation de son sommeil jusqu'à 10 ans

VRAI

Dans une récente étude, Feldman & al¹⁹, ont montré que les prématurés qui ont bénéficié d'un soin peau à peau quotidien entre 31 et 33 SA, pendant 14 jours consécutifs, d'au moins 1 h 30 par jour ont :

- À l'âge de 6 mois, 12 mois et 24 mois, un meilleur indice de développement mental (MDI)
- Une amélioration des fonctions exécutives (capacités d'anticipation, de planification, d'organisation, de résolution de problème, de raisonnement logique, de mémoire de travail, de contrôle cognitif, de pensée abstraite, d'apprentissage de règles...) à l'âge de 5 et 10 ans.
- À l'âge de 10 ans, un sommeil mieux organisé, plus récupérateur, avec moins d'éveils nocturnes.

LE RISQUE DE MALAISE GRAVE VOIRE DE DÉCÈS LORS DE LA PRATIQUE DU PEAU À PEAU EN SALLE DE NAISSANCE

L'association de médecine périnatale britannique¹⁹ définit le collapsus postnatal soudain et inattendu, comme un événement au cours duquel un nouveau-né respirant spontanément, vigoureux et en apparente bonne santé, âgé de plus de 35 SA, présentant à 5 mn un apgar > à 7, cesse de respirer et nécessite une réanimation complète. Il conduit parfois au décès et peut être responsable de séquelles irréversibles.

En 2001, P. Khun et B. Escande sont les auteurs de la première publication²¹ relatant deux cas de malaises graves en salle de naissance survenus en peau à peau chez des nouveau-nés en apparente bonne santé. Plusieurs publications et reports de cas se sont depuis succédé en France et en Europe. En 2008, C. Dageville & al²² ont établi l'incidence de ces malaises en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur à 3,2 cas pour 100 000 naissances et Branger & al., en 2007, dans les pays de Loire, à 2,5 cas pour 100 000 naissances²³. Becher & al²⁴ au Royaume Uni relèvent, en 2012, une incidence à 3,5 cas pour 100 000 naissances, tandis que Poets & al²⁵, en Allemagne, reportent 2,6 cas pour 100 000 naissances en 2011. Des incidences approchantes, dont la variation dépend en partie du fait que certains auteurs incluent seulement les cas reportés dans les 2 premières heures, d'autres étendant leur relevé aux 24 ou 48 premières heures.



LIVIO, 32 SEMAINES
EN PEAU À PEAU CONTRE SON PAPA

En 2013, N. Pejovic et E. Herlenius²⁶ publient pour la première fois en Suède, les cas de malaises graves survenus au cours des 24 premières heures de vie dans cinq grandes maternités de l'aire géographique de Stockholm entre janvier 2010 et juin 2012. Ils établissent une incidence de 38 cas pour 100 000 naissances dans les 24 premières heures de vie, et en tenant compte seulement des cas survenus au cours des deux premières heures, cette incidence est ramenée à environ 25/100 000. Dans de nombreux cas, les circonstances des malaises graves sont associées à l'obstruction des voies aériennes du nouveau-né.

Dans les 26 cas de collapsus néonataux survenus sur les 68 484 naissances suédoises de l'aire géographique de Stockholm :

- 18 sont survenus au cours d'une tétée au sein (pour 7/26 cas la donnée "tétée au sein" est non disponible et dans 1 cas la tétée a eu lieu avant le malaise),
- 17 sont survenus dans les 2 premières heures de vie ; dans 9 cas, l'enfant avait plus de 2 heures de vie,
- 18 sont survenus en salle de naissance,
- 16 sont survenus alors que la face de l'enfant était obstruée par le sein de la mère (dans 2 cas, la donnée n'est pas disponible),
- 21 sont survenus en présence de la mère, qui était éveillée dans 20 cas/21, 2 sont survenus dans le berceau, et 1 cas avec les bras du grand-père (pour 2 cas le lieu n'est pas renseigné),
- 3 sont survenus alors que la mère était distraite par l'utilisation de son téléphone mobile.



MANON, 33 SEMAINES,
EN PEAU À PEAU CONTRE SA MAMAN

Dans cette publication, l'obstruction des voies aériennes du nouveau-né explique plus de la moitié des malaises graves. Optimiser la surveillance et l'installation de la mère et de son bébé au cours du peau à peau en salle de naissance, voire en suites de couches, est une piste de travail.

Cependant l'obstruction des voies aériennes n'est pas l'unique origine du collapsus néonatal. D'autres causes existent : traumatisme obstétrical méconnu, maladie métabolique ou malformation néonatale non dépistée en ante natal... Un malaise en peau à peau peut alors survenir malgré une surveillance et une installation adéquates, sans obstruction des voies aériennes et sans lien de causalité avec le peau à peau. ■

Partie 2 dans le N° 446 (mars 2015) >

BIBLIOGRAPHIE

- Bergström A, Okong P, Ransjö-Arvidson AB. Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. *Acta Paediatr.* 2007 May; 96 (5): 655-8.
- Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T. 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. *Early Hum Dev.* 2011 Mar; 87 (3): 151-7.
- Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1 200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr.* 2004 Jun; 93 (6): 779-85.
- Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2004 Apr; 113 (4): 858-65.
- Samra NM, El Taweel A, Cadwell K. The effect of kangaroo mother care on the duration of phototherapy of infants re-admitted for neonatal jaundice. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012 Aug; 25 (8): 1354-7 Gray & al. Skin to skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2000; 105:1.e14.
- Gomes Chermont & al. Skin to skin contact and/or oral 25 % dextrose for procedural pain relief for term newborn infants *Pediatrics* 2009, 124 e1101.
- Cong X¹, Cusson RM, Walsh S, Hussain N, Ludington-Hoe SM, Zhang D. Effects of skin-to-skin contact on autonomic pain responses in preterm infants. *J Pain.* 2012 Jul; 13 (7): 636-45.
- Cong X¹, Ludington-Hoe SM, Walsh S. Randomized crossover trial of kangaroo care to reduce biobehavioral pain responses in preterm infants: a pilot study. *Biol Res Nurs.* 2011 Apr; 13 (2): 204-16.
- Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women Birth.* 2013 Nov 8. pii: S1871-5192 (13).
- Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, Melcher CL. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact.* 2010 May; 26 (2): 130-7.
- Bigelow A & al. 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* 2010 Vol 31 (3) - 358-377.
- Scher MS, Ludington-Hoe S, Kaffashi F, Johnson MW, Holditch-Davis D, Loparo KA. Neurophysiologic assessment of brain maturation after an 8-week trial of skin-to-skin contact on preterm infants. *Clin Neurophysiol.* 2009 Oct; 120 (10): 1812-8.
- Kaffashi F¹, Scher MS, Ludington-Hoe SM, Loparo KA. An analysis of the kangaroo care intervention using neonatal EEG complexity: a preliminary study. *Clin Neurophysiol.* 2013 Feb; 124 (2): 238-46.
- Ludington-Hoe SM, Lewis T, Morgan K, Cong X, Anderson L, Reese S. Breast and infant temperatures with twins during shared Kangaroo Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 Mar-Apr; 35 (2): 223-31.
- Nyqvist KH. Early attainment of breastfeeding competence in very pre-term infants. *Acta Paediatr.* 2008 Jun; 97 (6): 776-81.
- Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *J Birth.* 2001 Mar; 28 (1): 13-9.
- Feldman R¹, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry.* 2014 Jan 1; 75 (1): 56-64.
- British association of perinatal medicine Guidelines for the Investigation of Newborn Infants who suffer a Sudden and Unexpected Postnatal Collapse In the First Week of Life - Mars 2011.
- <https://www.rcr.ac.uk/publications.aspx?PageID=310&PublicationID=341>
- Kuhn P, Donato L, Laugel V, Beladdale J, Escande B, Matis J, et al. Malaise grave précoce du nouveau-né: À propos de deux cas survenus en salle de naissance. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2001; 30: 92 - 3.
- Dageville C, Pignol J, De Smet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatr.* 2008 Jul; 97 (7).
- Branger B¹, Savagner C, Roze JC, Winer N; Eleven cases of early neonatal sudden death or near death of full term and healthy neonates in maternity wards Pédiatres des Maternités des Pays-de-la-Loire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2007 Nov; 36 (7): 671-9.
- Becher JC¹, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns—a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 Jan; 97 (1): F30-4.
- Poets A¹, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics.* 2011 Apr; 127 (4): e869-73.
- Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr.* 2013 Jul; 102 (7): 680-8.