

## Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né

---

Jérôme Pignol [\*]

Véronique Lochelongue [\*]

Olivier Fléchelles [\*]

À la fin des années 1970, une équipe médicale colombienne initie une pratique de soins pour les nouveau-nés de faible poids : la méthode Kangourou. Le peau à peau est une pratique dérivée de cette méthode. L'utilisation du portage en peau à peau ouvre de nombreuses discussions entre les professionnels de la périnatalité et les parents depuis plusieurs années. Comment diminuer l'impact des routines hospitalières sur le déroulement de la naissance ? Comment favoriser l'attachement du nouveau-né avec ses parents ?

Nous aborderons ces interrogations avec le regard des professionnels qui accompagnent les nouveau-nés dans les services de maternité et de néonatalogie en nous basant sur les publications scientifiques. Les craintes et les obstacles autour du peau à peau sont-ils fondés ? Quels sont les bénéfices et les réalités du peau à peau ?

Il nous semble important de distinguer deux situations en pratique courante :

- le peau à peau chez le nouveau-né bien-portant à la naissance ;
- le peau à peau chez le nouveau-né prématuré de faible poids de naissance.

### La pratique du peau à peau avec le nouveau-né à la naissance

---

La pratique du peau à peau en salle de naissance est recommandée par de nombreuses sociétés savantes. L'OMS la recommande dans les guides de prise en charge des nouveau-nés comme moyen pour lutter contre l'hypothermie, promouvoir l'allaitement maternel et favoriser les interactions précoces de la mère avec son enfant. Tous les organismes sanitaires, français – Haute Autorité de santé –, européens, américains – AAP et AHA – et internationaux vont dans le même sens :

préconiser le peau à peau dès les premières minutes de vie du bébé.

Le peau à peau est décrit en salle de naissance comme un contact précoce, dès les premières minutes de vie, et prolongé (90 à 120 mn) entre la mère et son enfant. Le nouveau-né est idéalement placé nu, dos couvert après séchage, sur le ventre de sa mère. Cependant, le peau à peau en salle de naissance reste peu pratiquée et hétérogène dans les maternités, malgré l'évidence de ses effets bénéfiques qui sont nombreux et reconnus.

## **Peau à peau et attachement**

L'analyse des études faites par Anderson et Moore en 2007 montre que le peau à peau précoce favorise les comportements d'affection, de lien et d'attachement de la mère. Mais les soins habituellement prodigués à l'enfant à la naissance diminuent les interactions précoces mère-enfant. Nous savons aujourd'hui, documentés par la recherche et la clinique, que le processus d'attachement est très complexe. Il est sous la dépendance d'une programmation comportementale innée, de stimulations sensorielles multiples, de sécrétions hormonales et d'échanges émotionnels entre la mère et son nouveau-né. L'équilibre est fragile, et toute intervention en fragilise la mise en place, en particulier, les routines hospitalières de la salle de naissance.

Une étude sur le comportement du nouveau-né avec sa mère nous montre une séquence innée et identique à tous les nouveau-nés immédiatement après la naissance. Le comportement maternel est toujours le même si le déroulement n'est pas perturbé. Les mères ayant pratiqué le peau à peau ont un comportement plus maternant avec leur enfant, et les accompagnent donc plus facilement vers leur première tétée.

## **Le peau à peau en salle de naissance favorise l'allaitement maternel**

Le processus décrit par Matthiesen est la base d'un schéma d'interaction de la mère avec son enfant qui aboutit, notamment, à une tétée efficace dans les deux heures qui suivent la naissance. Winström a observé qu'après la naissance, le réflexe de succion est optimal au bout de quarante cinq minutes environ, puis va décroissant pour s'interrompre dans les deux heures suivantes.

L'initiative « Hôpital ami des bébés », sous l'égide de l'OMS, de l'Unicef et de l'Association internationale de pédiatrie, a édité « Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » afin de promouvoir les changements nécessaires dans les maternités pour favoriser l'allaitement maternel. La quatrième condition stipule : « Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance. »

Le contact tactile précoce et prolongé détermine le succès de la première tétée et optimise le comportement d'allaitement de l'enfant. Il augmente aussi la durée de l'allaitement maternel, ainsi que le taux d'allaitement maternel exclusif. Mais le peau à peau précoce ne diminue pas les problèmes liés à l'allaitement (engorgement) et n'a pas d'influence sur la maturation du lait.

10

En salle de naissance, *le nouveau-né en peau à peau s'adapte plus facilement à la vie extra-utérine.*

11

L'OMS recommande le peau à peau comme un moyen efficace de lutte contre l'hypothermie. La température des nouveau-nés reste ainsi stable pendant plus de deux heures. De même, le nouveau-né stabilise ses autres paramètres physiologiques : fréquence cardiaque et respiratoire, glycémie.

12

Le peau à peau précoce est une réponse au stress ; il favorise les comportements adaptés du nouveau-né en termes de cris, grimaces et mouvements. Les bébés qui en bénéficient pleurent moins que les autres.

13

Il semble important de s'attarder un instant sur *le rôle primordial d'une hormone dont la production est augmentée par la pratique du peau à peau : l'ocytocine.* L'ocytocine augmente la température du sein. Grâce à cette différence de température, le nouveau-né peut repérer plus facilement le sein et se réchauffer. Par ailleurs, l'ocytocine modifie le comportement de la mère qui est plus calme, moins anxieuse, et interagit plus facilement avec son bébé. De plus, l'ocytocine augmente les contractions utérines, ce qui diminue les risques d'hémorragie du post-partum. C'est enfin l'hormone de la fabrication du lait maternel.

14

## **Les craintes des personnels soignants en salle de naissance**

L'analyse de Moore et ses collaborateurs (2007) ne relève pas d'effets indésirables ni de complications liés à la pratique du peau à peau. Mais les craintes des personnels restent un frein à la pratique pour le nouveau-né bien portant en salle de naissance. Quelles sont ces craintes et comment y répondre ?

15

« Il existe un risque de malaise et de mort inattendue, ce qui met en jeu la sécurité dans les salles de naissance. » En effet, des cas de malaises sont signalés dans la littérature, mais leur fréquence n'était pas connue. Elle a été récemment évaluée à 0,03 cas/1 000 naissances vivantes, ce qui est une fréquence rare, ne justifiant pas une surmédicalisation des nouveau-nés bien portants et ne remettant pas en cause la pratique du peau à peau. « Nous ne pouvons pas surveiller correctement les enfants en peau à peau en salle de naissance. »

16

Les nouveau-nés en peau à peau ont une stabilité physiologique et une adaptation à la

17

vie extra-utérine meilleures que celles des nouveau-nés surveillés en couveuse. Cette réflexion inscrit le débat sur le peau à peau dans la politique de périnatalité, politique d'accueil, de prise en charge, d'accompagnement et de sécurité en salle de naissance.

## **Propositions pour la mise en place du peau à peau en salle de naissance**

Promouvoir et favoriser le peau à peau précoce et prolongé en salle de naissance, c'est répondre à des interrogations. À quels nouveau-nés s'adresse le peau à peau ? Les soins de routine : aspiration des fausses nasales et de la bouche ; vérification de la perméabilité œsophagienne, anale, des choanes-surveillance de la glycémie, de la température ; instillation de collyre vitamine K ; mensurations ; bain et habillage, doivent-ils être faits de manière systématique ? Si oui, à quel moment ?

18

Cette réflexion se fait au niveau des réseaux de périnatalité et de l'organisation des services avec l'établissement de protocoles pour guider les pratiques des professionnels.

19

Certaines mesures paraissent indispensables : formation des personnels sur les bénéfices du peau à peau ; réalisation de protocoles de service ; information visible en salle de naissance ; information des parents lors des cours de préparation à l'accouchement. Certains réseaux français ont déjà rédigé de tels protocoles et ont pu mettre en place la pratique courante du peau à peau sans que cela pose de soucis particuliers.

20

## **Le peau à peau dans les services de néonatalogie et unités de soins intensifs**

---

### **La méthode Kangourou**

En 1978, à Bogota, deux pédiatres colombiens, Edgar Rey et Hector Martinez, ne disposant pas suffisamment d'incubateurs, mettent en œuvre une méthode de soins pour résoudre les manques et les difficultés de leur unité de néonatalogie. Ils proposent aux mères et aux pères ou à d'autres membres de la famille, le portage en peau à peau, contre la poitrine, des nouveau-nés de faible poids de naissance en position ventrale, 24 heures sur 24, avec une alimentation par allaitement maternel. La méthode « Kangourou » était née.

21

Plusieurs pays en voie de développement utilisent cette méthode pour la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance (moins de 2 500 g).

22

Une analyse de toutes les études concernant la méthode Kangourou, a été faite par A. Conde-Agudelo et collaborateurs en 2003. L'objectif était de déterminer si la

23

méthode kangourou était une alternative efficace à la méthode conventionnelle de prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance, en termes de réduction de la morbidité et de mortalité. Les nouveau-nés bénéficiaires sont inclus dans la méthode Kangourou, après stabilisation de leur état. Des différences significatives de méthodologie existent entre les divers pays, et rendent l'analyse comparative de ces études difficile. Elles sont notamment liées à :

- l'allaitement maternel exclusif ou non et l'utilisation d'une sonde gastrique d'alimentation ;
- la nudité partielle ou totale du nouveau-né ;
- la durée variable d'exposition en peau à peau par jour ;
- la sortie précoce de l'hôpital.

Ces auteurs ont sélectionné trois études qui concernent 1 362 nouveau-nés de poids inférieur à 2 500 g, dont les plus petits pesaient autour de 1 200 g.

Parmi les bénéfices de la méthode Kangourou, on note :

24

- une diminution de la morbidité et de la sévérité ; en effet, la méthode Kangourou diminue certaines complications graves de la prématurité, à savoir les infections nosocomiales à 41 SA (terme normal de la grossesse), les infections respiratoires à 6 mois de vie ;
- une réduction de la durée d'hospitalisation et des coûts de prise en charge hospitalière, mais les données qui concernent ce dernier point ne sont pas précises dans les études ;
- le taux de ré-hospitalisation des deux groupes est comparable à un mois de vie ;
- les mères qui bénéficient de la méthode Kangourou allaitent plus souvent leur enfant de manière exclusive à la sortie de l'hospitalisation, mais cet avantage n'est pas retrouvé par la suite (jusqu'à un an de suivi) ;
- meilleure croissance à la sortie de l'hôpital ;
- une influence positive sur le lien mère-enfant et l'attachement du nouveau-né et de sa mère.

Ces études n'ont pas montré de supériorité de la méthode Kangourou sur la méthode conventionnelle en termes de développement psychomoteur (il est identique à 12 mois de suivi pour les deux groupes) et de mortalité (elle est identique à 41 SA et à 12 mois de vie, mais le bénéfice à long terme (6 ans) n'est pas encore étudié). On peut légitimement espérer une amélioration des performances cognitives des enfants ayant bénéficié de la méthode Kangourou.

**Communiquer et accompagner les parents à découvrir, à connaître leur enfant et à soutenir son développement**

La pratique du peau à peau dans les services de soins intensifs de néonatalogie des pays dits « développés » découle de la méthode Kangourou. Mais la pratique est différente car elle utilise le peau à peau comme un outil de prise en charge des nouveau-nés et en particulier des nouveau-nés prématurés. Le peau à peau se pratique au mieux quotidiennement pendant une à quelques heures par jour, une fois que le prématuré est stabilisé. C'est une évolution récente des pratiques pour répondre à l'impératif de favoriser les interactions précoces parents enfants et améliorer le devenir des prématurés. Les pratiques et les connaissances sur le peau à peau dans les unités sont très disparates. De nombreuses difficultés et contraintes techniques et organisationnelles freinent sa généralisation, en particulier dans les unités de soins intensifs chez les prématurés de très petits poids de naissance.

### **Le peau à peau risque-t-il de déstabiliser et de fatiguer le prématuré ?**

Un risque existe d'instabilité cardio-respiratoire, d'hypothermie, de fatigabilité. Les études montrent que les nouveau-nés de faible poids de naissance sont plus stables en peau à peau qu'en couveuse. Les données concernant les prématurés de très faible poids (inférieur à 1 500 g) sont rares. Le nombre réduit de cas étudiés ne permet pas de généraliser leurs résultats, mais ils semblent démontrer également une stabilité des paramètres physiologiques pendant le peau à peau.

Cependant le risque d'hypothermie existe pour les bébés de très petit poids au cours des premiers jours de vie. Si le dos n'est pas chaudement recouvert ou encore lors du transfert de la couveuse sur le torse de maman ou papa, la perte de chaleur est très importante. Il est donc nécessaire de prendre des précautions lors des manipulations et des transferts.

Les contraintes techniques de la réanimation : perfusion, sonde, respirateur..., peuvent représenter un frein à la pratique du peau à peau ; toutefois, ces difficultés peuvent être surmontées avec l'expérience et la formation des puéricultrices et infirmières.

Bien évidemment le nouveau-né prématuré est fatigable, mais les études montrent que le nouveau-né de faible poids en peau à peau baisse son niveau d'activité (moins de consommation d'énergie), augmente la part de sommeil calme et celle d'éveil calme (éveil propice aux apprentissages et aux interactions) et diminue la part de sommeil agité.

### **Peau à peau et infections nosocomiales**

Dans les pays en voie de développement, la méthode kangourou diminue le nombre d'infections nosocomiales. Il n'existe pas de données sur le taux de ces infections chez

les prématurés bénéficiant du peau à peau dans les services de néonatalogie des pays dits « développés ». Le respect des règles d'hygiène préconisées pour la prévention des infections nosocomiales dans les hôpitaux semblent suffisantes et sont expliquées aux parents.

## Peau à peau et lien parents-enfant prématuré

« Ce sont les parents qui sont stressés par le peau à peau ! » Le peau à peau chez les nouveau-nés prématurés participe à la construction du lien parent-prématuré qui est très difficile à établir précocement du fait des conditions mêmes de la naissance. Dans les services, le peau à peau tend à devenir le moyen privilégié pour donner leur place aux parents, soutenir la construction du lien parent-prématuré, et encourager un dialogue entre les parents, leur enfant et l'équipe soignante. Les étapes du dialogue passent obligatoirement par le toucher. Le peau à peau est une étape qu'il peut être difficile à franchir. Aux professionnels d'accompagner les parents et de créer l'espace adéquat afin qu'ils puissent prendre leur enfant en peau à peau et établir ce lien indispensable.

31

Le peau à peau peut s'intégrer dans des programmes plus large de prise en charge : « soins centrés sur la famille », méthode Kangourou, soins de développement et NIDCAP. Il devient une « intervention développementale », en ce sens qu'il est un outil parmi un ensemble de stratégies visant à améliorer le développement des prématurés.

32

Parmi les sentiments des mères de prématurés, la culpabilité, l'exclusion face à l'environnement hospitalier, l'incapacité à éprouver le rôle de parent sont prépondérants. De nombreux symptômes de stress sont comparables à ceux d'un syndrome posttraumatique. Certains auteurs retrouvent la présence de tels symptômes jusqu'à 6 mois après la date de naissance théoriquement prévue de l'enfant.

33

Les mères qui pratiquent le peau à peau sont moins anxieuses ; elles retrouvent plus rapidement la confiance en leur capacité et prennent plus souvent leur enfant pour allaiter par exemple. Elles se sentent plus utiles, ont une compréhension accrue du comportement du bébé et reconnaissent que leur bébé est moins stressé. Au final, elles appréhendent moins le retour à domicile et réagissent mieux aux demandes de l'enfant une fois à la maison.

34

Les stimulations auxquelles est soumis le prématuré sont inadaptées à son développement. Certaines sont excessives (auditive, visuelle...), d'autres sont inappropriées ou inexistantes. Les conséquences négatives sur son devenir psychomoteur sont certaines. Le peau à peau apparaît comme une source de stimulations multisensorielles positives : tactile, olfactive, gustative s'il est associé à une mise au sein, visuelle et interactive, auditive (par la voix des parents). Lorsque

35

l'enfant est moins médicalisé, en service de néonatalogie, les parents peuvent stimuler son sens du mouvement, en le portant en peau à peau tout en marchant.

Il est évident que le peau à peau chez des prématurés de faible, voire très faible, poids nécessite des conditions optimales en termes de place, d'intimité, de bruit, de lumière et de surveillance (monitorage continu de la température, la fréquence cardiaque et respiratoire et la saturation en oxygène). Le positionnement du nouveau-né doit être optimal et le personnel disponible.

36

## **Peau à peau comme traitement antidouleur**

Le peau à peau est efficace et recommandé comme traitement non médicamenteux de la douleur. Le positionnement ventral, le toucher et l'enveloppement, ainsi que la stimulation olfactive et multisensorielle semblent participer de cet effet antidouleur. Les hypothèses au sujet de ce mécanisme ne sont pas totalement élucidées, mais il reste que le peau à peau augmente le taux d'endorphine (morphine naturelle) et de cholecystokinine (régulateur des endorphines). La stimulation olfactive (une odeur agréable et/ou une odeur familière, lait maternel par exemple) augmente également le taux de cholecystokinine.

37

Les études portent principalement sur le nouveau-né à terme et le prématuré de plus de 32 SA (aucune étude chez le grand prématuré). Elles montrent une diminution des réactions comportementales à la douleur, ce qui aide l'enfant à l'autorégulation. Aucun effet secondaire n'est décrit. Le peau à peau peut donc représenter un traitement adjuvant de la douleur en néonatalogie et en maternité, mais ne peut en aucun cas remplacer les médicaments, surtout si la douleur est intense.

38

## **Peau à peau et allaitement maternel du prématuré**

Nous avons vu les bénéfices de la méthode kangourou sur l'allaitement des nouveau-nés prématurés. Le bénéfice est-il identique pour les grands prématurés et de très petit poids avec une pratique du peau à peau moins intense ? Peu d'études existent chez les moins de 1 500 g. Les mères allaitent plus longtemps leur prématuré durant l'hospitalisation et un mois après la sortie de l'hôpital. On retrouve trois facteurs influençant la lactation des mères de prématurés de poids inférieur à 1 500 g : tirer le lait précocement, souvent et faire du peau à peau.

39

Le peau à peau est la première étape des apprentissages successifs qui, tout au long de l'hospitalisation, conduisent le prématuré à téter efficacement.

40

## **Peau à peau et devenir à long terme**

---



Si on la compare à une méthode conventionnelle, la méthode Kangourou ne montre pas de bénéfices à un an de suivi en termes de développement psychomoteur. 41

R. Feldman montre qu'une heure de peau à peau pendant 14 jours chez des prématurés de 30 SA a un effet positif sur le développement à l'âge de 6 mois après la sortie de l'hôpital. 42

Malgré les bénéfices multiples décrits ci-dessus, les études sont défailtantes ou difficiles à mettre en œuvre, quand il s'agit de prouver les avantages du peau à peau à long terme sur le développement psychomoteur des prématurés. 43

## Promouvoir le peau à peau et le portage en néonatalogie

---

Le peau à peau doit s'inscrire dans la stratégie de soins aux nouveau-nés d'un hôpital et d'un réseau de périnatalité qui soutienne le nouveau-né et sa famille. Promouvoir le peau à peau dans les services de néonatalogie et soins intensifs, c'est : 44

- informer les parents lors des premiers entretiens des bénéfices du peau à peau et de la stratégie du service ; un livret explicatif leur est distribué ;
- évaluer les réactions des parents, du nouveau-né, et de l'équipe soignante ;
- élaborer un protocole écrit qui énonce clairement les impératifs de sécurité, les contre-indications et les modalités du peau à peau ;
- former régulièrement le personnel.

## Conclusion

---

Le peau à peau ne nous a pas encore livré tous ses effets. Des recherches sont nécessaires chez le prématuré de très petit poids. Le défi est immense pour le futur : faire évoluer les esprits et repenser les soins. L'enjeu est que le nouveau-né et sa famille soient placés au centre des maternités et des services de néonatalogie pour optimiser les soins prodigués et permettre la construction du lien familial. Le peau à peau permet aux parents de devenir les acteurs de l'histoire de leur nouveau-né. 45

CONDE-AGUDELO, A. et coll. 2003. « Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants », *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

DÉPARTEMENT SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENT, OMS. 1999. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement* Genève. [http://www.who.int/nutrition/publications/evidence\\_ten\\_step\\_fre.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf)

DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH, WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003. *Kangaroo Mother Care : a Practical Guide*, 1st ed., Geneva, WHO.

FELDMAN, R. 2002. « Comparaison of Skin to Skin and Traditionnal Care : Parenting Outcomes and Preterm Infant Development », *Pediatrics*.

GOLIANU, B. et coll. 2007. *Non-Pharmacological Techniques for Pain Management in Neonates*, Semin Perinat.

MARTEL, M.J. ; MILLETTE, I. 2003. *Les soins de développement*, Éditions Sainte-Justine.

MOORE, E. et coll. 2007. « Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants », *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

PIERRAT, V. 2004. *Le peau à peau dans la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance*, JPP.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 1997. *Thermal Protection of the Newborn : a Practical Guide*.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 1998. *Postpartum Care of the Mother and Newborn : a Practical Guide*.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 1989. *Protecting, Promoting and Supporting Breast Feeding : the Special Role of Maternity Services*.

---

\*] *Jérôme Pignol, Véronique Lochelongue, Olivier Fléchelles, Unité de réanimation et néonatalogie, CHU Fort-de-France. [pignol.j@gmail.fr](mailto:pignol.j@gmail.fr), [veronique.lochelongue@wanadoo.fr](mailto:veronique.lochelongue@wanadoo.fr), [olivier.flechelles@chu-fortdefrance.fr](mailto:olivier.flechelles@chu-fortdefrance.fr)*