

Pratiquer le peau-à-peau de façon sécuritaire
Façon de faire et notes importantes
Juin 2014, révisé septembre 2016

Louise Dumas, inf., MSN, PhD suite à une consultation avec Ann-Marie Widström, RNM, PhD

Les bienfaits du contact peau-à-peau entre la mère et son bébé à la naissance sont universellement reconnus (Dumas, 2007 à 2014). Cette pratique est encouragée par l'Initiative des Amis des Bébé à la condition quatre (www.breastfeedingcanada.ca) et au programme d'Agrément Canada (www.internationalaccreditation.ca). Les recherches ont démontré que ce contact doit être immédiat et ininterrompu pendant au moins une à deux heures ou jusqu'à la fin de la première tétée et ce, pour tous les bébés. Le contact peau-à-peau est aussi encouragé durant le postnatal tant avec la mère que le père, en vue de faciliter la reconnaissance des signes d'éveil et de faim, l'allaitement et le bonding.

Cependant, des règles doivent être respectées pour s'assurer de la sécurité des bébés au cours de ces premières heures critiques. On a en effet rapporté des cas de décès de bébés en contact peau-à-peau au moment de la naissance ou peu de temps après (Dageville et al., 2008; Fleming, 2012; Pejovic & Herlenius, 2013; Thach, 2014). Ces auteurs s'entendent que les règles élémentaires de surveillance du nouveau-né n'avaient pas été respectées lors de ces situations.

Surveillance du nouveau-né

Jusqu'à ce que le contact peau-à-peau soit reconnu internationalement comme la meilleure pratique de soins à adopter, la surveillance du bébé était exercée par l'infirmière pendant qu'il reposait sur la table chauffante en salle de naissance ou qu'il était dans les bras de son père dans l'attente de la mère qui avait eu une césarienne.

Ce même type de surveillance doit maintenant être réalisé pendant que le bébé est en peau-à-peau sur sa mère en salle de naissance ou en salle d'opération/salle de réveil. On observe donc mère et bébé ensemble plutôt que séparément. Les professionnels de la santé sont imputables de s'assurer que le bébé respire bien, qu'il a une belle coloration et que rien n'entrave les mouvements de sa tête et du haut de son thorax.

Comment voir à la sécurité du peau-à-peau à la naissance par voie vaginale ou lors de la césarienne?

- Les parents sont informés avant la naissance que le bébé sera placé directement sur sa mère, immédiatement à sa sortie de l'utérus.
- On retire complètement la jaquette de la mère juste avant la sortie de la tête du bébé afin d'agrandir le champ de contact cutané entre mère et bébé.
- Dès sa sortie, le bébé est placé nu sur la poitrine nue de sa mère *sans l'assécher préalablement*.
- Le bébé est installé verticalement entre les seins de sa mère (naissance vaginale) et horizontalement, sur les seins de sa mère (césarienne). On veille alors à ce que la plus large partie possible de son corps soit en contact direct avec la peau de sa mère. *Il faut éviter que le bébé se retrouve sur le côté ou recroquevillé* et ainsi nuire à la respiration optimale.
- On s'assure que le bébé peut respirer librement par le nez et par la bouche et que ses sécrétions coulent librement sans succion.
- On s'assure que le bébé pourra toujours soulever sa tête et son thorax par lui-même.
- Ensuite, le dos et la tête du bébé sont asséchés complètement.
- Les couvertures mouillées sont remplacées par *une seule* couverture sèche pour éviter de surchauffer la dyade mère/bébé tout en évitant l'évaporation.
- Pour le confort du bébé et de la mère, on laisse le cordon ombilical long afin que la pince hémostatique ne se retrouve pas entre la mère et le bébé.
- Pour des raisons de sécurité, on demande au père ou au partenaire présent de placer sa main directement sur les fesses du bébé ou de tenir sa cuisse solidement afin de prévenir le glissement.

- On surveille ensuite la respiration et la coloration du bébé de façon assidue, sans déranger l'intimité de la nouvelle famille.

Peau-à-peau sécuritaire après la naissance

Les bienfaits du contact peau-à-peau se poursuivent après la naissance. Les parents doivent connaître les bienfaits du peau-à-peau mais aussi les risques quand celui-ci n'est pas réalisé de façon optimale, en vue d'assurer la sécurité et la santé des bébés.

Les facteurs de risques du contact peau-à-peau ou du co-dodo après la naissance sont connus. Il s'agit d'en informer les parents afin qu'ils puissent bien évaluer la situation, à l'hôpital ou à la maison :

- choisir la surface de sommeil/repos: pas matelas d'eau ou mou; pas de sofa ou de fauteuil, à moins d'être bien éveillé
- attention à la position du parent: s'assurer que le parent qui prend le bébé en peau-à-peau n'est pas couché à plat sur une surface horizontale car ceci amènerait le bébé à dormir en position ventrale non sécuritaire; une position du parent à 30 ou 45 degrés est souhaitable
- limiter les objets de literie : oreillers; coussins; coussins autour du lit (bumper pads); présence de rails de lit ou de lit collé sur un mur
- facteurs de risques chez le parent : obésité; seins volumineux; tabagisme même si ne se fait pas en présence du bébé; parent sous l'emprise de médicaments ou de drogue; au parent exténué qui risque de manquer de vigilance.

Le plus important demeure l'information concrète et claire aux parents tant en prénatal qu'en postnatal. Oui, certains bébés sont décédés pendant qu'ils étaient en contact peau-à-peau sur leur mère ou sur leur père. On a rapporté aussi le décès de bébés emmaillottés, certains enveloppés dans des couvertures, d'autres dans des équipements spécialisés comme « wearable blanket » ou « swaddling wrap » (McDonnell & Moon, 2014). Les risques liés au décès demeurent similaires partout dans le monde : surface de sommeil non sécuritaire; literie et objets dans le lit; fumée secondaire; enfant non-allaité; trop grande chaleur dans la pièce ou autour du bébé; parent exténué.

La naissance est un événement très spécial dans la vie des parents. Cette expérience devrait être positive et épanouissante et ceci dépend beaucoup des attitudes et des pratiques des intervenants présents. C'est un privilège que d'être présent au moment de la naissance d'un être humain mais c'est aussi une question de responsabilité et d'imputabilité à partager entre professionnels de la santé présents à ce moment. Il faut donc exercer une surveillance professionnelle assidue et utiliser toutes les occasions possibles pour informer les parents et les accompagner dans cette nouvelle étape de leur vie familiale.

Références :

1. Dageville C, Pignol J & De Smet S (2008). Very early neonatal apparent life threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatrica*, 97, 866–869.
2. Dumas L & Savoie A (2007). Evidence-based practices: uninterrupted skin-to-skin from birth to first breastfeeding episode. *Human Milk Banking Association of North America Conference: Human Milk for Human Infants: Evidence and application*, Forth Worth, Texas, November.
3. Dumas L (2014). Skin-to-skin for all mothers and babies at birth. *The Baby-Friendly Initiative : Access to excellence, Manitoba Baby-Friendly Initiative conference*, Winnipeg, September.
4. Fleming PJ (2012). Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Archives of Diseases in Childhood, Fetal & Neonatal Edition*, 97 (1), F2-F3.
5. Fleming PJ, Blair PS & Pease A (2015). Sudden unexpected death in infancy :aetiology, pathophysiology, epidemiology and prevention ibn 2015. *Archives of Diseases in Childhood*, online first, February 9th, doi:10.1136/archdischild-2014-306424.
6. McDonnell E & Moon RY (2014). Infant deaths and injuries associated with wearable blankets, swaddle wraps, and swaddling. *The Journal of Pediatrics*, 164(5), 1152-1156.
7. Pejovic NJ & Herlenius E (2013). Unexpected collapse of healthy newborn infants : Risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatrica*, 102, 680-688.
8. Perinatal Services BC (2011). Health Promotion Guideline 1- Safe Sleep Environment Guideline For Infants 0 to 12 Months of Age, Vancouver, February.
9. Sobral MC & Gruber ME (2009). Risks and benefits of parent/child bed sharing. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 21, 474–479.
10. Thach BT (2014). Deaths and near deaths of healthy newborn infants while bed sharing on maternity wards. *Journal of Perinatology*, 34, 275-279.
11. Widström A-M (2014). Personal communication and discussions on safe skin-to-skin at birth. Stockholm, June.