



Peau à peau précoce et prolongé à la naissance : intérêts, sécurité et pratique

1. Définition

Le peau à peau précoce et prolongé consiste à placer le nouveau-né bien portant, nu, en face ventrale sur la poitrine découverte de sa mère, à la naissance ou peu après, pendant une durée d'au moins une heure, et de façon ininterrompue.

2. Intérêts

De nombreuses études (les principales sont citées) ont montré plusieurs effets bénéfiques sur le nouveau-né, sa mère et les interactions parents-enfant, de la pratique du peau à peau précoce et prolongé dès la naissance, comparativement à des pratiques de séparation rapide pour effectuer des soins non urgents.

Effets sur l'adaptation thermique et métabolique du nouveau-né

Peau à peau ininterrompu depuis la naissance d'une durée de 90 à 120 mn Vs berceau ou emmaillotement à côté de la mère pendant 90 à 120 mn (Christensson 1992, 1995, Michelsson 1996, Bystrova 2007, 2003)

- **Meilleure thermorégulation** : température maintenue plus souvent entre 36°5 et 37°5 C (zone de neutralité thermique),
- **Moindre dépenses énergétiques** : rythmes cardiaque et respiratoire moins élevés, moins d'épisodes de pleurs, durée écourtée des épisodes de pleurs
→ **La glycémie est significativement plus élevée** à la fin du peau à peau

Effets sur le bien-être et l'adaptation neuro-comportementale du nouveau-né

Pendant le peau à peau, à la naissance (Christensson 1995, Michelsson 1996)

- **Bien être amélioré** : Moins d'épisodes de pleurs, d'une durée écourtée, arrêt des pleurs quand le contact avec la mère est rétabli

A la 4^{ème} heure de vie, les nouveau-nés ayant bénéficié d'1 heure de contact peau à peau, présentent, comparativement à ceux placés en berceau (Ferber 2004)

- **Une meilleure organisation des états comportementaux** : prédominance du sommeil sur l'éveil, plus de sommeil profond que de sommeil léger, prédominance de l'éveil alerte et calme, moins d'éveil somnolent, agité et de pleurs
- **Meilleure organisation du système moteur** : prédominance de postures en flexion et de regroupement

Effets sur l'organisme maternel

- **Stimulation de la sécrétion d'ocytocine maternelle accrue au contact et lors des caresses/massages** sur la poitrine par le nouveau-né (Matthiesen, 2001)
- **Augmentation de la température maternelle** : au niveau de la poitrine + 1,1 °C, en axillaire + 0,5 °C, dans les 2 mn suivant le début du peau à peau (Bergstrom 2007, Bystrova, 2007)
- **Favorise la production lactée et la survenue de la montée de lait** (Bystrova, 2007)

Effets sur l'allaitement

- **Facilitation du démarrage (Gomez 1998) et de la poursuite dans les premiers jours (Anderson 2007)**, même en cas de césarienne (Gouchon, 2010)
- **Prolongement significatif de la durée de l'allaitement** : à la sortie de la maternité, à 1 mois, à 3 mois et à 1 année de vie (Anderson, CDR 2003-rev2007, Carfoot 2005, Moore 2007, Gouchon 2010)
- **Favorise l'établissement et la durée d'un allaitement exclusif (Gabriel Marin, 2010)**

Effets sur les interactions mère-père-bébé

- **Comportement mieux organisé et apaisement lors du peau à peau avec le père** en absence de la mère, **meilleure compétence pour téter lors des retrouvailles avec la mère** (Erlandsson 2007)
- **Initialisation précoce des vocalisations du nouveau-né vers ses parents, après césarienne** y compris quand c'est le père qui porte son nouveau-né en peau à peau (Velandia, 2010)
- **Facilitation de l'attention et de la sensibilité de la mère aux signaux du bébé à 1 année de vie** (peau à peau de 120 mn à la naissance Vs séparation au cours des 120 premières minutes de vie – Bystrova 2009)
- **Facilitation des comportements affectueux de la mère à l'égard de son bébé au cours d'une tétée** : la mère touche et porte plus fréquemment son bébé, elle le garde plus volontiers près d'elle à 2 et 4 jours de vie (Carlsson 1978, McClellan 1980), à 1 mois (McClellan 1980), à 3 mois et à 1 an (De Château 1977)

En résumé,

Le peau à peau précoce facilite l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né et retentit positivement sur la physiologie maternelle et les processus d'attachement enfant-parents.

Il facilite l'expression des compétences néonatales : le nouveau-né déploie en peau à peau un éventail comportemental favorisant les interactions avec ses parents, influencé par une programmation génétique spécifique d'espèce (voir ci après).

Expression des compétences du nouveau-né placé en peau à peau à la naissance

Chez les mammifères, le contact du petit avec le corps maternel permet l'expression, à la naissance, de comportements programmés génétiquement, favorables à sa survie à court, moyen et long terme.

A l'opposé, la perte de contact avec le corps maternel induit un comportement d'alerte décrit sous le nom de « cri de détresse à la séparation » et de comportement de « protestation-désespoir » (Alberts – 1994)

Dans l'espèce humaine, plusieurs études ont montré l'existence **d'un comportement inné du nouveau-né placé en peau à peau, ventre contre le corps de sa mère, au moment de la naissance, pendant au moins une période d'une heure.**

Ce comportement a été décrit **en 9 phases** (Widström – 2010) qui se déroulent comme suit :

1. **Cri de naissance** : secondaire au déplissage alvéolaire et à la première respiration
2. **Récupération** : **l'enfant ne montre aucune activité orale ou motrice** ; excepté une possible ouverture des yeux pour de plus ou moins longues périodes.
3. **Eveil** : **l'enfant commence à montrer des signes d'activité** : il fait des mouvements de tête de haut en bas et de droite à gauche et des petits mouvements des membres et des épaules
4. **Activation – l'enfant mobilise ses membres et sa tête et a des mouvements organisés et engagés** : foussement, redressement, sans déplacement du corps.
5. **Action de ramper** : **l'enfant pousse avec ses membres en parvenant à déplacer son corps** vers la poitrine de sa mère
6. **Détente** : l'enfant se détend et **montre une activité orale de plus en plus importante** : il a des gestes de succion de la langue, des mains et des doigts
7. **Découverte et familiarisation du sein** : l'enfant entre en contact avec l'aréole et le bout de sein avec sa bouche et se positionne pour caresser et lécher l'aréole
8. **Succion au sein** : l'enfant prend le mamelon dans sa bouche et initie une tétée
9. **Endormissement** : l'enfant ferme les paupières tout en continuant à téter parfois ...

Ce processus s'accompagne d'une série de **comportements organisés** :

- **Contacts visuels en direction du sein et du visage maternel**
- **Sollicitations sonores** : il produit des sons affirmés, brefs et retentissants
- **Mouvements de main/bouche** : sa main entre dans ou touche sa bouche
- **Mouvements de main/bouche/sein** : l'enfant applique ses mains sur la poitrine de sa mère et effectue des caresses, des stimulations tactiles puis, il ramène ses mains à la bouche
- **Foussement** : l'enfant engage tout son corps avec des mouvements actifs (se tortille, se love, se redresse...) contre le corps de sa mère et se positionne pour téter en ouvrant la bouche

- **Balancement et redressement** : il effectue des mouvements de balancement/redressement de la tête sans se déplacer

La capacité du nouveau-né à organiser son adaptation comportementale est soutenue par :

- **Une sécrétion massive de catécholamines (adrénaline et noradrénaline)**: cette sécrétion qui se produit chez le nouveau-né lors d'une naissance eutocique, induit un état d'éveil prolongé calme et attentif et lui permet de mettre en œuvre cette série de comportements organisés.
- **Des stimulations sensorielles essentielles** :
 - **le sein exhale des composants olfactifs** qui guident le nouveau-né et l'incitent à s'en approcher, à **le goûter** puis à le prendre
 - le nouveau-né établit des **contacts visuels réguliers vers l'aréole et vers le visage de sa mère**
 - il émet des **petits sons, brefs, affirmés**, provoquant **une réponse maternelle vocale particulièrement attractive pour le nouveau-né**
 - il touche le corps et la poitrine de sa mère avec ses mains, sa bouche, **engageant son corps entier dans un contact intime avec le corps maternel.**

Certains anesthésiques utilisés en per-partum pourraient atténuer ou abolir certaines de ces phases : péthidine-meperidine (Righard 1990, Nissen 1995, Widström 2010), fentanyl (Beilin 2005, Jordan 2005). La désobstruction des voies aériennes, l'aspiration gastrique, la séparation pour les soins de routine, le bain, effectués avant le peau à peau, peuvent perturber, voire abolir pour certains bébés, le déroulement de ce comportement génétiquement programmé (Widström 1987, 1990, Righard 1990, Jansson 1995, Gomez 1998).

3. Vigilance des professionnels et sécurité des parents et de leur nouveau-né

Plusieurs cas de malaises graves, dont certains ont conduit à des décès néonataux ont été rapportés, en France, en salle de naissance.

Ces accidents ont en commun : la survenue inattendue d'une défaillance respiratoire ou cardio-respiratoire au cours des 2 premières heures de vie, **chez un nouveau-né sans facteur de risque** lié à la grossesse ou à l'accouchement et sans trouble de l'adaptation extra-utérine alors qu'il était – généralement - en peau à peau sur le ventre ou le sein de sa mère.

Les causes de ces malaises sont mal élucidées : en effet, les circonstances entourant ces accidents ne sont pas suffisamment décrites et il n'y a pas d'autopsie systématique ou de recueil exhaustif des données entourant l'accident.

L'incidence générale semble faible et a été évaluée de 0,025 à 0,032 cas pour 1000 naissances (Branger 2007, Dageville 2008).

Les seuls facteurs identifiés pour l'instant sont : le peau à peau, la primiparité et le fait que mère et bébé soient restés seuls en salle de naissance.

Ces accidents doivent inciter à une vigilance particulière de tous les personnels intervenants en salle de naissance.

4. En Pratique : le peau à peau, précoce et prolongé en salle de naissance

- **Informers en période anténatale et proposer le peau à peau à la naissance à tous les parents, quelque soit le mode d'alimentation du nouveau-né**

Alors que l'enfant n'est pas encore né, il est important d'informer les parents des intérêts du peau à peau et de recueillir leur accord, y compris en cas de césarienne, où le père peut prendre le relais de la mère jusqu'aux retrouvailles maman-bébé. Les parents peuvent hésiter ou changer d'avis : il est essentiel de les accompagner et de respecter leur souhait.

Si la mère n'a pas choisi d'allaiter, il est important qu'elle et son bébé puissent bénéficier d'une période de peau à peau prolongé pour ses intérêts adaptatifs et relationnels. Il peut être utile de la prévenir du possible comportement de recherche du sein du nouveau-né.

Si la mère souhaite allaiter, replacer la pratique du peau à peau dans une approche relationnelle et sensorielle qui ne se réduise pas « au démarrage de l'allaitement ».

- **Assurer la thermoneutralité du nouveau-né**

Eviter tout refroidissement en séchant très rapidement le nouveau-né avec des langes chauds, corps et tête, le couvrir d'un bonnet. Le placer en contact direct sur la peau dénudée maternelle, face ventrale en contact avec la mère, dos et tête couverts, en veillant à lui laisser à la fois sa liberté de mouvement et ses voies aériennes supérieures toujours bien dégagées.

Maintenir le nouveau-né au chaud si la mère n'est pas en capacité de le prendre contre elle immédiatement.

Eviter les courants d'air, le flux des climatiseurs au dessus ou à proximité du couple mère-bébé.

- **Installer correctement la mère et de son nouveau-né**

L'installation optimale de la mère doit se faire dès que les soins gynéco-obstétricaux le permettent de façon à ce qu'elle soit dans **une position confortable pour la durée du peau à peau.**

Il est recommandé de proposer à la mère de s'installer confortablement, en position semi-assise, suffisamment redressée pour pouvoir observer son bébé

La position du nouveau-né contre le corps de sa mère doit favoriser son activité neuro-motrice organisée et les interactions, notamment visuelles : appuis plantaires et palmaires, possibilité de redressement du tronc et de la tête, appuis ventraux et des avant-bras, activité oculomotrice vers le sein et le visage maternels, visage du nouveau-né dégagé, respectant sa liberté de mouvement. Seule la position face ventrale contre le corps de la mère permet au nouveau-né de mettre en œuvre la séquence comportementale programmée génétiquement décrite ci dessus. Seule cette position a fait l'objet d'études scientifiques.

Une ambiance générale calme est souhaitable : éviter la trop forte luminosité, les bruits forts et brutaux, les allées et venues intempestives.

- **Observer le comportement du nouveau-né avec les parents**

Accompagner les parents dans la découverte de leur nouveau-né nécessite d'observer régulièrement son comportement : ouverture des yeux, recherche de contact visuel, redressement, progression motrice sur le corps de la mère, vocalisations, léchage des doigts, de l'aréole, ...

Lorsque la mère souhaite allaiter, il est important qu'elle comprenne que son bébé va déployer ses compétences en allant crescendo : le bébé peut lécher, goûter, prendre et relâcher le sein plusieurs fois avant de se mettre à téter ; ceci est normal et participe à son apprentissage. Il est inutile de presser le nouveau-né à téter en essayant de lui mettre ou de lui maintenir le sein en bouche alors qu'il n'est pas encore prêt pour le faire (inhibition du réflexe de foussement et de succion - Widström, 1993).

- **Assurer la sécurité du nouveau-né au cours du peau à peau**

Les mesures essentielles visant à prévenir la survenue d'accidents consistent à :

- pratiquer une bonne évaluation initiale de l'état de la mère et du nouveau-né afin de repérer une pathologie contre-indiquant le peau à peau
- **veiller à ce que le visage du nouveau-né reste toujours bien dégagé et bien visible** afin de faciliter la surveillance et ceci sera expliqué aux parents.
- **surveiller très régulièrement** (au moins toutes les 10 mn) l'état clinique du nouveau-né (respiration, couleur, activité)

La surveillance doit être renforcée chez les mères primipares, celles qui sont très fatiguées et risquent de s'assoupir. Mère et nouveau-nés ne doivent pas rester seuls ; même s'il est possible de faire participer le conjoint ou une autre personne accompagnante à la surveillance du bon état de l'enfant, ce n'est pas une garantie de la qualité de celle-ci.

La responsabilité en incombe exclusivement au personnel soignant (*Gremmo-Féger, 2009*).

Les soins systématiques non urgents : soins du cordon, collyre, administration orale de vitamine K, pesée... chez un nouveau-né bien portant se pratiquent après le peau à peau prolongé.