



Société Française de Néonatalogie
Association des professionnels de la médecine néonatale

Commission environnement des soins de la SFN
Groupe de Réflexion et d'Evaluation de l'Environnement des Nouveau-nés

Titre: Recommandations pour le portage en peau à peau (Texte court)

**Title: Recommendations for skin-to-skin contact from the French Neonatal Society
(short text)**

Auteurs : Catherine Zaoui-Grattepanche ¹, Pierre Kuhn ^{2,3}, Véronique Pierrat ⁴, pour le GREEN de la SFN ⁵

¹ Unité de néonatalogie, CHG de Valenciennes, France

² Service de Médecine et de Réanimation du nouveau-né, Hôpital de Hautepierre, CHU Strasbourg, France

³ Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, UPR 3212, CNRS, Université de Strasbourg, France

⁴ CHU Lille, Service de Médecine Néonatale, Hôpital Jeanne de Flandre, F-59000 Lille, France

⁵ Groupe de Réflexion et d'Évaluation sur l'Environnement du Nouveau-né de la Société Française de Néonatalogie (GREEN) : Aurore Allen (Port Royal-Paris), Frédérique Berne-Audeoud (CHU Grenoble), Charlotte Bouvard (SOS Préma), Anne Brandicourt (CH Sud Francilien), Charlotte Casper (CHU Toulouse), Laurence Caeymaex (CHIC Créteil), Hélène Denoual (CH Le Mans), Marie Agnès Duboz (CHU Besançon), Anne Evrard (Comité Inter-Associatif de la Naissance), Christine Fichtner (CHU Saint-Etienne), Céline Fischer-Fumeaux (CHUV Lausanne) Laurence Girard (Association Connaître), Françoise Gonnaud (CHU Lyon), Dominique Haumont (Hôpital Saint-Pierre Bruxelles), Petra Hüppi (CHU Genève), Nadine Knežovic (CHU Strasbourg), Pierre Kuhn (CHU Strasbourg), Elisabeth Laprugne-Garçia (CHU Lyon), Sophie Legouais (Paris), Fabienne Mons (CHU Limoges), Valérie Pelofy (CHU Toulouse), Jean-Charles Picaud (CHU Lyon), Véronique Pierrat (CHU Lille, Inserm EPopé), Patrick Pladys (CHU Rennes), Audrey Renaud (SOS préma), Laurent Renesme (CHU Bordeaux), Jacques Sizun (CHU Brest), Gilles Souet (ARS Centre), Gérard Thiriez (CHU Besançon), Pierre Tourneux (CHU Amiens), Marie Touzet (Hôpital de Port-Royal, Paris), Patrick Truffert (CHU Lille), Catherine Zaoui (CHG Valenciennes), Elodie Zana-Taieb (Hôpital de Port-Royal), Claire Zores (CHU Strasbourg).

Auteur correspondant :

Pr Pierre Kuhn, Médecine et Réanimation du Nouveau-né, Service de Pédiatrie 2, Hôpital de Hautepierre, CHU de Strasbourg, Avenue Molière 67000 Strasbourg, France

Courriel : pierre.kuhn@chru-strasbourg.fr

Relecteurs :

Nos plus vifs remerciements vont aux relecteurs externes de ce texte. Ils ont permis l'évaluation du contenu scientifique et de l'applicabilité de cette recommandation. Par ordre alphabétique :

BACCARD Valérie (Chambéry), BERANGER Rémy (Rennes, Collège National des Sages-Femmes), BURLE Christian (Toulon), CAMBONIE Gilles (Montpellier), CARON Françoise-Marie (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire), CHAIZE Pascal (Montpellier), CHARPAK Nathalie (Bogota, Colombie), DRUART Delphine (Bruxelles, Belgique), GALLAND Françoise (Paris, Association SPARADRAP), GREMMO-FEGER Gisèle (Brest), GUILLAUME Sophie (Paris, Collège National des Sages-Femmes), GUILLOIS Bernard (Caen), HASCOET Jean-Michel (Nancy), HERLENIUS Eric (Stockholm, Suède), HERNANDORENA Xavier (Bayonne), LAURENT Claire (IHAB), LEBANE Djamil (Alger, Algérie), LORPHELIN Elsa (Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiants), MATON Pierre (Rocourt, Belgique), ROCA Nina (Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiants), ROUSSEAU Sylvaine (Roubaix), ROZE Jean-Christophe (Nantes), VENIER Anne-Gaëlle (Bordeaux).

Un grand merci à Mme RAUCH Amandine (Strasbourg) qui a assuré le suivi et l'anonymisation de la relecture externe de cette recommandation

Selon l’OMS, le portage en peau à peau (PàP) est défini par le portage d’un enfant, en position ventrale, vêtu uniquement d’une couche et d’un bonnet entre les seins de sa mère ou contre le torse du père, strictement peau contre peau. C’est l’une des composantes de la Méthode Mère Kangourou (MMK) qui inclut dans sa définition la possibilité pour les mères de porter leur enfant en PaP 7j/7, 24h/24, un allaitement maternel exclusif et une sortie précoce avec un suivi ambulatoire. Des accidents ont été associés à cette pratique qui nécessite une formation des équipes et une formalisation rigoureuse, notamment en salle de naissance. La pratique du PàP se pose donc de manière différente en néonatalogie et en salle de naissance (SdN).

A- En néonatalogie

Le groupe de travail a tenté d’apporter des réponses aux questions suivantes :

- Quels sont les bénéfices du PàP pour le nouveau-né prématuré et pour ses parents?
- Existe-t-il des limites de terme ou de stabilité de l’enfant à la pratique du PàP ?
- Le PàP augmente t’il le risque de développer une infection néonatale tardive ?
- Quelles sont les stratégies recommandées pour aider les équipes à soutenir le PàP ?
- Quelles sont les stratégies recommandées pour proposer le PàP: à un enfant ? à ses parents ?

1- Quels sont les bénéfices du PàP pour le nouveau-né prématuré et pour ses parents?

Des bénéfices à court terme s’observent sur les paramètres physiologiques, comportementaux et sur la douleur. Des effets positifs du PàP sont décrits sur les paramètres physiologiques que sont la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la saturation. Une diminution de la saturation en oxygène a été observée dans certaines études et est confirmée dans une méta analyse, en particulier dans les pays à faibles ressources. Les variations restent dans des limites acceptables sur le plan clinique (diminution moyenne de moins de 1%) et sont mineures au vu des autres effets bénéfiques du PàP. Cet effet peut être limité en portant une attention particulière aux transferts de l’incubateur vers le parent et inversement. Le maintien de la température est excellent en PàP, à condition de veiller au respect des règles de bonne pratique. Une attention particulière doit être portée aux transferts qui sont des sources potentielles de refroidissement. Le PàP a des effets positifs sur la quantité et la qualité du sommeil avec une maturation à terme de meilleure qualité lorsque l’enfant a été tenu régulièrement en PàP. Le PàP, pratiqué avant, pendant et après un geste douloureux réduit les manifestations comportementales de douleur chez le nouveau-né prématuré et à terme. Il facilite la période de récupération. Ces effets sont comparables si le PàP est réalisé avec la mère ou le père.

Le portage en PàP, même après des périodes courtes, *favorise l’allaitement* du nouveau-né prématuré. Il est associé à une augmentation des taux d’allaitement partiel et exclusif à la sortie, à 1 et 3 mois.

Les effets à moyen et long terme ont été décrits sur la mortalité, la morbidité, et le devenir neuro comportemental. Dans les pays à faibles ressources, le PàP diminue la mortalité, le taux d'infections secondaires, la durée d'hospitalisation et le taux d'infections à 6 mois. Peu d'études ont analysé l'impact du PàP sur le développement mais toutes ont montré des effets positifs. Ces effets ont été mis en évidence sur le plan cognitif mais aussi sur les interactions mère (père)-bébé dont on appréhende de mieux en mieux les liens avec le développement cognitif. Le peau à peau a des effets positifs sur l'attachement et les interactions parents-bébés.

2- Y a-t-il des limites de terme ou de stabilité de l'enfant à la pratique du PàP ?

Le PàP est une pratique essentielle des soins de développement centrés sur la famille mais sa réalisation chez des nouveau-nés extrêmement prématurés, instables et/ou intubés ventilés a été très peu évaluée. Elle est réalisée par des équipes de plus en plus nombreuses et est largement diffusée dans les pays nordiques, mais elle reste controversée et un challenge pour des équipes qui doivent développer des compétences pour sa réalisation. Néanmoins, dans la population des nouveau-nés les plus vulnérables, même intubés et ventilés et/ou prématurés extrêmes, cette pratique semble bénéfique et faisable en sécurité. La survenue d'évènements indésirables est rare. Des évènements mineurs nécessitant une intervention sont possibles (bradycardies ou désaturations n'entraînant pas l'interruption du peau à peau, hypothermie modérée transitoire) et invitent à une attention particulière lors du transfert de l'enfant, indépendamment de la technique de transfert utilisée, même si le transfert dit en « position debout » semble plus sûr. Des critères de réalisation en sécurité, une organisation adéquate de l'équipe de soin (présence de 2 soignants disponibles lors du transfert de l'enfant, surveillance non intrusive renforcée) et un environnement soutenant pour les parents et l'enfant sont déterminants pour la réussite et pour maintenir ses bénéfices pour l'enfant et ses parents. La pratique doit être guidée par la stabilité physiologique du nouveau-né surtout aux termes les plus bas et nécessite donc une formation des équipes dans ce domaine.

3- Le PàP augmente-t'il le risque de développer une infection néonatale tardive ?

Les risques infectieux associés au PàP sont un point particulièrement sensible pour les équipes. Les données de la littérature, issues essentiellement de pays non industrialisés, sont en faveur d'une diminution du risque infectieux avec le PàP. Les rares études réalisées dans les pays industrialisés vont dans le même sens. La transmission parents-enfants n'a été décrite que lorsque les parents sont infectés et non pas colonisés. Le PàP pourrait favoriser la disparition du portage à Staphylocoques lorsque les mères ne sont pas elles-mêmes colonisées.

4- Recommandations pour le PàP en néonatalogie

Lors de la 1^{ère} Conférence Européenne sur la MMK, le groupe international d'experts a établi des « Recommandations pour un usage universel » et « l'application dans un environnement hautement technique » qui peuvent être résumées comme suit :

- La MMK est recommandée comme la meilleure stratégie pour les soins.
- L'adaptation doit être progressive et continue, depuis des soins kangourou intermittents (PàP) en réanimation jusqu'à la MMK.
- Des protocoles doivent être établis spécifiant les critères d'initiation, la position, le transfert, l'alimentation, le rôle des parents, la modification de l'environnement, les soins, et la procédure en cas d'instabilité du bébé.

Notre analyse de la littérature soutient ces recommandations compte tenu des bénéfices observés sur la stabilité physiologique (**niveau 1**), le sommeil (**niveau 2**), la prévention de la douleur (**niveau 1**), le développement neurologique (**niveau 2**), l'allaitement (niveau 1), l'attachement et le stress parental (**niveau 2**). Il est recommandé que le PàP soit proposé à tous les bébés prématurés hospitalisés, le plus précocement et le plus largement possible, dès stabilité clinique (**grade A**). Chez le nouveau-né extrêmement prématuré, la pratique du PàP doit être envisagée après une évaluation individuelle, dans un environnement soutenant, compte tenu des études de faisabilité qui invitent à tenir compte des pertes hydriques minimales, des risques modérés et transitoires de diminution de la température corporelle et de déstabilisation pendant les phases de transfert de l'enfant (**niveau 3**). Chez le nouveau-né intubé, il est recommandé de prendre en compte la stabilité clinique, la validation de procédures de transfert et de surveillance, et l'expertise de l'équipe pour initier la pratique du peau à peau (**grade C**), compte tenu des études de faisabilité (**niveau 3**) et des bénéfices possibles sur les besoins en oxygène (**niveau 4**). Pour le risque infectieux, les recommandations suivantes s'appliquant aux parents et aux soignants, ont été élaborées en lien avec la Société Française d'Hygiène Hospitalière :

- Respecter les règles d'hygiène de base (hygiène corporelle quotidienne avec savon peu parfumé, tenue propre quotidienne, hygiène des mains, ongles courts et propres) (**grade B**)
- Signaler à l'équipe de soins toute infection, notamment cutanée (avis d'expert)
- Porter systématiquement un masque chirurgical en cas d'infection ORL (**grade C**)
- Encourager la mise à jour des vaccinations (grippe, coqueluche,...etc) (**avis d'expert**)
- Le dépistage systématique d'un portage de SARM chez les parents avant le PàP n'est étayé par aucune recommandation ou donnée de la littérature (**avis d'expert**).

5- Quelles sont les stratégies recommandées pour aider les équipes à soutenir le PàP ?

L'implantation du PàP en néonatalogie nécessite une préparation adaptée de l'équipe et des parents, et une réflexion sur les limites liées au bébé. Ces trois composantes sont indissociables et synergiques pour faire bénéficier l'enfant et son parent d'un PàP de qualité en sécurité. Les recommandations suivantes peuvent être adoptées :

- La préparation de l'équipe nécessite une formation préalable et des procédures écrites de service, en particulier pour les bébés les plus fragiles (prématurés extrêmes et/ou ventilés). Ces procédures devront intégrer des éléments concernant la surveillance du nouveau-né, l'intimité, le confort et la sécurité ressentis par les parents pour optimiser l'installation, la mise à disposition de moyens d'appel, et la durée du PàP.

- Il est souhaitable que l'implantation du PàP dans une équipe commence par les enfants à terme ou modérément prématurés, avant la diffusion aux bébés les plus fragiles. Les limites liées au nouveau-né doivent faire l'objet d'une réflexion de service prenant en compte l'aisance de l'équipe, le soutien apporté aux parents et la stabilité du bébé, idéalement appréciée sur son observation lors des soins.

- L'intimité, le confort et le ressenti des parents doivent être pris en compte pour l'installation, la mise à disposition de moyens d'appel, et la durée du PàP.

6- Quelles sont les stratégies recommandées pour proposer le PàP : à un enfant ? à ses parents ?

La pratique du PàP doit intégrer une vision multi-dimensionnelle de la tolérance de l'enfant. Elle nécessite un soutien postural adapté durant les transferts et pendant le PàP par un bandeau élastique ou un jersey, le respect des cycles de sommeil (lumière, bruit, durée du PàP). La tolérance du bébé doit être évaluée après une phase d'adaptation. Une instabilité persistante doit conduire à l'interruption du PàP. La préparation des parents nécessite une information préalable sur ses bénéfices, ses limites et les consignes de sécurité. Le point de vue individuel des parents doit être recueilli.

B- En salle de naissance (SdN)

Le groupe de travail a tenté d'apporter des réponses aux questions suivantes :

- Quels sont les bénéfices du PàP en SdN ?
- Le PàP en SdN présente-t-il des risques ?
- Quelles stratégies recommander pour aider les équipes à soutenir le PàP en SdN ?

1- Quels sont les bénéfices du peau à peau en salle de naissance ?

Le nouveau-né, placé en PàP, ventre contre le corps de sa mère au moment de la naissance déclenche un comportement inné, génétiquement programmé favorable à sa survie à court, moyen et long terme. Dans les pays à ressources élevées, le PàP favorise chez le bébé une meilleure stabilité thermique et glycémique, et chez la mère et son enfant l'établissement de comportements adaptés et l'allaitement maternel.

2- Le peau à peau en salle de naissance présente-t-il des risques ?

Les risques associés au PàP sont réels. Le principal risque est la survenue de malaises graves, parfois létaux, chez des nouveau-nés apparemment sains. L'incidence est estimée aux alentours de 3/100 000 naissances dans des enquêtes prospectives nationales incluant les cas survenant avant H 24 de vie. Les incidences estimées des malaises survenant dans les 2 premières heures de vie varient entre 3,2 cas et 5,4 cas/100 000 naissances. La majorité de ces malaises sans autre étiologie retrouvée survient dans les circonstances suivantes :

- mère primipare,
- accouchement long
- peau à peau en salle de naissance,
- première mise au sein,
- bébés placés en décubitus ventral sans surveillance directe par les professionnels de la naissance,

mère seule, du fait de la possibilité d'un endormissement physiologique de la mère après l'accouchement. Une obstruction des voies aériennes favorisée par une position potentiellement « asphyxiant » est incriminée. Ces malaises partagent ainsi des mécanismes physiopathologiques et des facteurs de risques avec la mort subite inexplicée du nourrisson. L'ensemble des situations décrites représente des facteurs de risque à prendre en compte pour promouvoir la pratique d'un PàP précoce en toute sécurité, en préservant l'intimité et ses bénéfices pour l'enfant et les parents.

3- Recommandations pour le peau à peau en salle de naissance

Le PàP précoce entre la mère et son enfant en position ventrale est bénéfique pour l'allaitement (*niveau 1*), le comportement et l'adaptation glycémique du nouveau-né (*niveau 1*). Le comportement de l'enfant est amélioré en cas de PàP avec le père (*niveau 2*). L'installation immédiate en PàP avec la mère est fortement recommandée pour le bébé à terme ou proche du terme (35 semaines et plus), si l'état clinique le permet (**grade A**). Il est recommandé à chaque équipe d'instaurer une procédure adaptée visant à prévenir le refroidissement (séchage, bonnet, serviette chaude,...), à reporter les soins systématiques, à formaliser la procédure de sécurité/surveillance, à informer et soutenir les parents (**grade C**) Si l'état clinique du bébé nécessite des soins immédiats justifiés, le PàP est recommandé dès que son état clinique le

permet, avec une surveillance adaptée (**avis d'expert**). Des mesures assurant la sécurité du peau à peau en salle de naissance (cf modalités pratiques décrites ci-après) sont nécessaires (**avis d'expert**). Après césarienne, il est recommandé de mener une réflexion sur les moyens de proposer le PàP à la mère en salle de césarienne, en salle de surveillance post interventionnelle, et à défaut de le proposer au père (**grade B**).

4- Quelles sont les stratégies recommandées pour aider les équipes à soutenir le peau à peau en salle de naissance ?

Pour réaliser un PàP en SdN dans des conditions optimales, il faut une cohérence entre l'accompagnement de la grossesse, de l'accouchement et un continuum avec la période post-natale. Des stratégies préventives des malaises graves ont été proposées:

- Information anténatale systématique des parents sur les bénéfices du PàP en SdN, des signes

de bien-être de l'enfant, de son comportement physiologique au cours du PàP et de la nécessité de maintenir une surveillance adéquate et de la liberté des voies respiratoires de l'enfant (nez dégagé et visible).

- Formation des professionnels aux bénéfices et aux risques potentiels du PàP, aux besoins des mères (promotion d'un sentiment de sécurité) et à l'accompagnement des parents.
- Surveillance non intrusive et appropriée de l'état clinique de l'enfant et des conditions du PàP par des soignants conscients du risque de malaise (feuille de surveillance spécifique), continue en cas de mère primipare, seule et exténuée après l'accouchement.
- La surveillance par oxymétrie de pouls a été proposée mais n'a pas montré de supériorité par rapport à une surveillance clinique systématique régulière. [43]
- Encourager la présence d'un proche informé des signes de bien-être du bébé même si la responsabilité de la surveillance appartient à l'équipe soignante.
- Supervision médicale pour discuter de l'opportunité et des modalités de surveillance du PàP en situation pathologique de la mère (traitement sédatif, infection,..) ou de l'enfant (difficultés d'adaptation, détresse respiratoire modérée).

5- Quelles sont les stratégies recommandées pour proposer le peau à peau en toute sécurité : pour l'enfant ? pour ses parents ?

- Positionnement et maintien de l'enfant pour permettre la liberté des voies aériennes (décubitus ventral avec visage tourné sur le côté préférentiel, ou décubitus latéral).
- Installation de la mère en position demi-assise.
- Information des parents, et/ou d'un proche encouragé à rester, des signes de bien-être du bébé et notamment de la nécessité de garder son nez dégagé.

6- Conclusions

Le peau à peau est un soin essentiel que peuvent réaliser les parents. Il s'intègre pleinement dans le concept des soins centrés sur l'enfant et sa famille. Ses bénéfices nombreux sont clairement démontrés dans la littérature. Cette pratique a progressé en France dans la dernière décennie. Le groupe GREEN apporte des recommandations pour soutenir plus avant la diffusion de sa pratique en toute sécurité chez le nouveau-né prématuré hospitalisé et chez le nouveau-né à terme en salle de naissance. Elles visent à la pratique d'un peau à peau le plus précoce et le plus continu possible pour le bien-être et le développement des nouveau-nés.