



Les bienfaits du « peau à peau » pour le bébé et la mère lors d'une césarienne

Mylène Bertrand, B. Sc. inf.,

Infirmière chef d'équipe de gynécologie du bloc opératoire,
Direction des services professionnels (DSP-MA), hôpital Saint-
Luc Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Nathalie Fournier, B. Sc.

Conseillère en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers et
regroupements clientèles (DSI-RC) CHUM

Congrès national de la CIISOQ
25 septembre 2014
Montréal



Remerciements

- Collaboratrice :
 - Nathalie Folch, conseillère à la recherche, DSI-RC

Plan

- Origine de la « méthode Kangourou »
- Différence entre la « méthode Kangourou » et le « peau à peau »
- Initiative « Amis des bébés »
- Bienfaits pour le bébé et la mère
- Peau à peau lors de césariennes
- Application au bloc opératoire du CHUM
- Application à la salle de réveil du CHUM
- Défis
- Nécessité de Leaders positifs : un incontournable
- Conclusion

Origine de la « méthode Kangourou »

- Personne clé : le Dr Edgar Rey Sarabrina
- Constat de la situation à cette époque
- Solution efficace pour les pays plus pauvres

(Bagby & Bowen, 2012; Charpak & al., 2005)

Différence entre « méthode Kangourou » et « peau à peau »

- La méthode Kangourou :
 - Pour les **prématurés** de 37 semaines et moins
 - Beaucoup d'avantages par rapport aux incubateurs (toujours prêt / très fiable)

(Bagby & Bowen, 2012; Charpak & al., 2005)

Différence entre « méthode Kangourou » et le « peau à peau » (suite)

- Le peau à peau :
 - Bébés de 38 semaines et plus
 - Stable (bon score d'APGAR)
 - Début du peau à peau le plus tôt possible → la 1^{ère} heure est la plus concluante
 - Mêmes bienfaits que pour les bébés prématurés
 - Bienfaits pour la maman et le papa

(Dumas & Lemire, 2011)

Initiative « Amis des bébés »

- Qu'est ce que c'est :
 - Le but est de créer un environnement favorables à l'allaitement
 - Le « peau à peau », dans la demi-heure suivant la naissance, est une façon de faciliter le début de l'allaitement
 - Le CHUM est en cours de certification pour « Amis des bébés »

(MSSS du Québec, 2014)

Initiative « Amis des bébés » : les dix critères de l'OMS / UNICEF

1. Adopter une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de tous les intervenants dans les soins
2. Donner à tous les intervenants dans les soins les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes et leur famille sur les avantages de l'allaitement
4. Aider les mères à commencer l'allaitement dans la demi-heure suivant la naissance

(MSSS du Québec, 2014)

Initiative « Amis des bébés » : les dix critères (suite)

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun autre aliment ni aucune autre boisson que le lait maternel, sauf sur indication médicale
7. Pratiquer la cohabitation – laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour

(MSSS du Québec, 2014)



Initiative « Amis des bébés » : les dix critères (fin)

8. Encourager l'allaitement au sein, à la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et encourager les mères à les fréquenter dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

(MSSS du Québec, 2014)

Le « peau à peau » lors des césariennes

Césarienne :

- Expérience de la naissance moins satisfaisante pour la mère
- Plus à risque de dépression postnatale
- Plus de difficulté avec le lien d'attachement
- Allaitement plus difficile

Les neuf stades instinctif du bébé à la naissance

1. Première respiration
2. Relaxation
3. Éveil
4. Actif
5. Repos
6. Mouvementé
7. Familiarisation
8. Réflexe de succion
9. Sommeil

Bienfaits pour le bébé et la mère

Bébé : ce qui ressort des études

- Thermorégulation
- Stabilité cardiorespiratoire
- Glycémie plus élevée
- Lien d'attachement
- Diminution des stress
- Diminution des pleurs
- Impact positif à long terme

(Dekker, 2012; Gouchon et al., 2010; Keller & Brennehan, 2012; Knorr et al., 2013; Moore et al., 2012; Phillips, 2013; Reeg & Lott, 2012; Smith et al., 2008)

Bienfaits pour le bébé et la mère (suite)

Allaitement :

- Initiation de l'allaitement plus rapide
- Augmentation de l'exclusivité de l'allaitement
- Première tétée plus efficace et plus tôt
- Plus grande quantité de lait
- Massage du sein par le bébé
- Odeur familière
- Reconnaissance du lait de sa mère

(Bagby & Bowden, 2012; Brady et al., 2014; Dekker, 2012; Duffy & Conrad, 2013; Hung & Berg, 2011; Keller & Brennenman, 2012; Knorr et al., 2013; Mc Grath & Phillips, 2009, Moore et al., 2012; Phillips, 2013; Reeg & Lott, 2012; Smith et al., 2008)

Bienfaits pour le bébé et la mère (fin)

Pour la mère :

- En contact immédiat et ininterrompu avec le bébé
- Lien d'attachement
- Moins souffrante per et postopératoire
- Sentiment de contrôle pour la mère
- Petit cocon avec bébé et papa
- Diminution de l'engorgement au 3^e jour

(Dekker, 2012; Duffy & Conrad, 2013; Hung & Berg, 2011; Moore et al., 2012; Phillips, 2013; Reeg & Lott, 2012)

Peau à peau lors des césariennes

- Avant d'instaurer le peau à peau il est important de respecter certaines étapes pour mettre toutes les chances de notre côté
 - Faire une collecte de données
 - Impliquer le personnel concerné dans le processus
 - Faire un plan d'action
- Mettre en application le plan d'action
 - Soutenir les équipes
 - Évaluer
 - S'ajuster pour améliorer le processus

Application au bloc opératoire du CHUM

- **Conditions requises**

- Le bébé est né à terme (≥ 38 semaines), est vigoureux, respire bien ou pleure et le liquide amniotique est clair
- La mère est accompagnée du conjoint ou d'une personne significative
- Le père (ou la personne significative) demeure auprès de sa conjointe durant toute la durée du contact peau à peau
- Le père doit rester assis à la tête de la mère à côté de l'anesthésiste

(Guilbeau, et al., 2011)

Application au bloc opératoire du CHUM (suite)

Initiation du contact peau à peau à la salle d'opération

Déroulement:

- Vérification si contre-indications avec l'anesthésiste
- Vérifications des connaissances de la patiente sur le peau à peau et explication sur le déroulement :
 - Le bébé est déposé sur la table de réanimation à la naissance
 - Il est asséché par l'infirmière et évalué par l'anesthésiste qui attribue l'indice d'**Apgar**
 - Les bracelets d'identité sont installés par l'infirmière

(Guilbeau, et al., 2011)

Application au bloc opératoire du CHUM (suite)

- Le bébé est couché en position transversale sur le ventre, la tête sur un des seins de la mère et le visage tourné vers elle
- Le bébé est recouvert d'une couverture chaude pour favoriser la thermorégulation
- La poire peut être utilisée, au besoin, pour libérer le bébé des sécrétions présentes dans la bouche et le nez

(Guilbeau, et al., 2011)

Application au bloc opératoire du CHUM (fin)

- Le bébé est installé en contact peau à peau jusqu'à la fin de la chirurgie (dans la mesure où les conditions mère/bébé le permettent)
- L'infirmière s'assure que la position du bébé favorise le dégagement des voies respiratoires et observe la respiration, les pleurs et la coloration du nouveau-né
- Lors du transfert à la salle de réveil, le bébé est remis au papa pendant le transfert de la mère sur la civière, puis installé en position verticale
- La dyade est recouverte d'une couverture pliée, insérée sous le matelas de la civière

(Guilbeau, et al., 2011)

Application à la salle de réveil du CHUM

- La mère est installée en salle de réveil selon la routine et le bébé est recouvert avec une couverture chaude lors du **peau à peau** afin de favoriser la thermorégulation
- Le père est encouragé à s'approcher de la dyade mère/bébé pour favoriser l'intimité et assurer le soutien à la mère
- La mère demeure en contact peau à peau avec son bébé tant et aussi longtemps qu'elle le désire **et que le bébé est stable**

(Guilbeau, et al., 2011)

Application à la salle de réveil du CHUM (suite)

- La mère peut mettre son bébé au sein
- Par contre, l'enseignement sur l'allaitement maternel sera fait par le personnel soignant du post-partum
- L'infirmière de la salle de réveil s'assure que la position du bébé favorise le dégagement des voies respiratoires et observe la respiration, les pleurs et la coloration du nouveau-né à la même fréquence qu'elle assure la surveillance de la mère

(Guilbeau, et al., 2011)

Application à la salle de réveil du CHUM (suite)

Transfert au post-partum

- Avant le départ, l'infirmière de la salle de réveil et l'infirmière du post-partum procèdent à l'identification du nouveau-né
- Par la suite, la mère est transférée en civière au post-partum en contact peau à peau avec son bébé
- La mère est informée de l'importance de bien enlacer son bébé durant le transport

(Guilbeau, et al., 2011)

Application à la salle de réveil du CHUM (fin)

- La mère et le bébé sont recouverts d'un drap plié (hauteur du tronc de la mère) dont les extrémités sont glissées sous le matelas afin d'augmenter la sécurité durant le transport de la dyade vers l'unité post-partum
- Le père assure une proximité durant le transport de la dyade mère/bébé

(Guilbeau, et al., 2011)

Défis

- Le manque de connaissance sur les bienfaits et / ou incrédulité
- Le manque de personnel infirmier
- La collaboration de tous
- Le manque d'expertise et de pratique, pour les infirmières auprès du bébé
- La surveillance du bébé difficile
- La proximité des autres patients à la SR

Nécessité de leaders positifs : un incontournable

- La façon positive de présenter la chose aux équipes (leadership)
- Les leaders doivent être convaincus des avantages que le **peau à peau** apporte au bébé et à la mère
- La collaboration de tous est essentielle
- La mise en place des conditions gagnantes
- Le soutien de la part des gestionnaires
- Le soutien des équipes selon les besoins manifestés

Conclusion

- Le **peau à peau** est la meilleur façon d'arriver à la vie extra-utérine
- Cette pratique est recommandée par plusieurs organismes responsables du bien-être de l'enfant
- Il amène une stabilité physiologique, un bien-être psycho-émotionnel et aide au développement du cerveau
- Cette pratique apporte de multiples bénéfices à court et à long terme

Références

- Bagby, K., & Bowen, S. (2012). Kangaroo Care Increases Breastfeeding Rates. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), S49.
- Brady, K., Bulpitt, D., & Chiarelli, C. (2014). An Interprofessional Quality Improvement Project to Implement Maternal/Infant Skin-to-Skin Contact During Cesarean Delivery. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(2), 97-109. doi: **10.1111/1552-6909.12469**
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A.B., Mukhamedrakhimov, R., & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97-109.
- Charpak, N., Ruiz, J. G., Zupan, J., Acattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., Cristo, M., Anderson, G., Lundington, S., Socorro, M., Mokhachane, M., & Workus, B. (2005). Kangaroo Mother Care: 25 years after; *Acta Pædiatrica*, 94(numéro), 514–522
- Dekker, R. (2012). The evidence for Skin-to-Skin Care after a Cesarean. En ligne <http://www.evidencebasedbirth.com/the-evidence-for-skin-to-skin-care-after-a-cesarean/>, consulté le 18 septembre 2014.
- Dumas L., Lemire L., (2011). Pratique périnatale suédoise en milieu tertiaire fondée sur des données probantes, présentation aux professionnels du bloc opératoire du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Montréal, Canada.
- Duffy, D., & Conrad, C. (2013). Skin-to-Skin Cesarean Delivery. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), S40. doi: **10.1111/1552-6909.12107**
- Fortin, N. C. (2012). Exploring New Frontiers: Providing Skin-to-Skin Contact for Mothers and Newborns during Cesarean Birth. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), S42. doi: **10.1111/j.1552-6909.2012.01360**
- Gouchon, S., Gregori, D., Picotto, A., Patrucco, G., Nangeroni, M., & Di Giulio, P. (2010). Skin-to-skin contact after cesarean delivery: An experimental study. *Nursing Research*, 59(2), 78-84. doi: **<http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181d1a8bc>**
- Guilbeau, L., Lachance, J., Ross, L. (2011). *Document de référence Contact peau à peau post césarienne*. Montréal, Canada : CHUM.
- Hung, K. J., & Berg, O. (2011). Early skin-to-skin: After cesarean to improve breastfeeding. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(5), 318-324. doi: **<http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182266314>**
- Keller, A., & Brenneman, A. (2012). Operation Kangaroo Care. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), S37.

Références

- Knorr, A., Elio, R., Wilson, G., & Petrosino, S. (2013). Increasing opportunities for skin to skin (S2S). *Breastfeeding Medicine*, 8(S1), S6. **doi:10.1089/bfm.2013.9982.**
- McGrath, P., & Phillips, E. (2009). The breast or bottle? Women's infant feedings choices in a subsequent birth after a previous Caesarean Section. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 37-47.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux Gouvernement du Québec (2014). En ligne <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php>, consulté le 14/ 07/2014.
- Moore, E., R., Anderson, G. C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. **doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.**
- Pasquier, J. C., Blouin, S., Daigle, K., Corriveau, S., Thibodeau, D., & Goffaux, P. (2013). Immediate skin-to-skin contact after caesarean delivery to improve neonatal pain tolerance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(1 Suppl.1), S322. **doi: 10.1016/j.ajog.2012.10.105.**
- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72. **doi: 10.1053/j.nainr.2013.04.001.**
- Pothireddy, R., Karthikeyan, V., Aluri, S., Gopinath, D., & Wrench, I. (2014). Enhanced recovery for elective caesarean section: Neonatal issues an important cause of delayed discharge [Abstract]. *Annual Meeting of the Obstetrics Anaesthetist's Association*.
- Reeg, J., I., Lott, T. (2012). Implementing Skin-to-Skin in à Babylo-niens-Friendly Community Hospital. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), S41.
- Smith, J., Plaat, F., & Fisk, N. M. (2008). The natural caesarean: A woman-centred technique. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(8), 1037-1041. **doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x**
- Tozier, P. T. (2012). Tackling Newborn Hypoglycemia in the Delivery Room: Utilizing Colostrum, Skin to Skin and State of the Art Policies. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), S32.
- Zauderer, C., & Goldman, S. (2012). Cesarean Mothers' Perception of Benefits Associated With Skin-to-Skin Contact. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), S150-151. **doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01362**

Merci!

mylene.bertrand.chum@sss.gouv.qc.ca

nathalie.fournier.chum@ssss.gouv.qc.ca