Procédure de soin

Méthode peau à peau

Pédiatrie

Généralités

Avertissement

La responsabilité du CHUV et des auteurs ne peut être engagée en cas d'utilisation de ce document en dehors du cadre prévu au CHUV. L'adoption de ces techniques de soins par une autre institution relève de la responsabilité de sa direction. Tout soin nécessite des connaissances appropriées et ne peut donc être exécuté que par des professionnels qualifiés. La forme et le contenu de ce document peuvent faire l'objet d'amélioration continue ou d'évolution dans les versions futures. Seule la version électronique fait foi.

Cadre de référence

Précautions Standard / Hygiène des mains
Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCi)
REFMED
Catalogue des examens
Tableau des antiseptiques au CHUV
Tableau des désinfectants au CHUV

Directive institutionnelle : Bonnes pratiques de documentation et de tenue du dossier patient du CHUV
Directive institutionnelle : Identitovigilance et port du bracelet d'identification des patients (BIP)
Directive institutionnelle : Gestion de la douleur
Directive institutionnelle : Gestion des médicaments : Préparation, double-contrôle et administration des médicaments

Contexte

Définition

La méthode peau à peau fait partie intégrante des soins au nouveau-né, qui permet un contact privilégié avec ses parents. Ce soin est issu de la méthode Kangaroo Mother Care (KMC), initié en Colombie dans les années 70. Elle consistait à porter le bébé sur le thorax de la mère, peau contre peau 24h / 24, et était utilisée pour pallier à l'absence des couveuses. Elle a permis une meilleure survie des enfants à faible poids de naissance.

La méthode peau à peau peut se pratiquer dès la naissance. Lorsque le nouveau-né doit être hospitalisé en Néonatologie, ce soin peut être pratiqué en salle de naissance, avant son admission, si l'état de santé de ce dernier, ainsi que celui du parent le permettent (voir protocole « Méthode peau à peau précoce en salle de naissance »). Actuellement, le peau à peau est un soin parental, qui est proposé aux deux parents.

Bénéfices

Les bénéfices qu'apporte le « peau à peau » à ce jour sont nombreux, notamment, par ordre d'effet décroissant :

Pour le nouveau-né et l'enfant :

- Augmentation de la prise pondérale

- Augmentation du taux d'allaitement à terme corrigé et à 3 mois
- Amélioration de la thermorégulation
- Diminution du stress et de la douleur
- Augmentation de la qualité et de la durée des périodes de sommeil
- Favorise un meilleur développement neurologique et psychomoteur à long terme
- Diminution de la mortalité, de la durée d'hospitalisation, du risque d'infection nosocomiale

Pour le parent :

- Diminution du stress, apaisement
- Amélioration de la relation parent-enfant, lien d'attachement favorisé
- Soin de partenariat

Indications

- Tous les nouveau-nés, dès la naissance, doivent bénéficier de la méthode et tout particulièrement les patients prématurés <34 AG et/ou < 2 kg et/ou RCIU.
- La méthode devrait être proposée au moins jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge du terme (37-40 SA)

Plus l'enfant est jeune en âge gestationnel, plus les bénéfices sont effectifs.

Attention ! En cas **d'instabilité cardio-respiratoire du nouveau-né**, le projet du « peau à peau » fait l'objet d'une décision médico-infirmière. Se référer à la feuille d'ordre médicale.

Contre-indications

Pour toute autre situation (drain thoracique, infection du parent, NEC, etc.) → évaluer au cas par cas → discussion avec équipe médicale.

Contre-indications absolues

- Patients avec omphalocèle, laparoschisis (on favorisera une mise dans les bras simple si possible)
- Patients atteints de hernie diaphragmatique, en phase de grande instabilité préopératoire ou postopératoire (mobilisations très risquées pour la survie du patient)
- Protocole hypothermie (on favorisera une mise dans les bras simple)

Risques

Extubation accidentelle

Prévention et attitude

- La préparation et l'installation du patient sur le parent se fait à 2 infirmières ou plus selon équipement
- Attacher le tube et les tubulures du ventilateur avec du scotch ou autre dispositif sur le parent/le coussin/le siège, de manière à assurer le maintien et la sécurité
- La surveillance du patient par l'infirmière responsable doit être optimale durant le « peau à peau »

Retrait des dispositifs (sondes ou autres)

Prévention et attitude

- La préparation et l'installation du patient sur le parent se fait à 2 infirmières ou plus selon équipement
- Selon la nécessité de l'équipement, l'attacher avec du scotch ou autre dispositif sur le parent/le coussin/le siège, de manière à assurer le maintien et la sécurité

Hypothermie ou Hypertermie

Prévention et attitude

- Envelopper le nouveau-né dans un drap chaud pour le transfert du lit/de l'incubateur à la poitrine du parent
- Selon le poids et la thermorégulation du patient, le couvrir avec des draps, une fois qu'il est installé sur le parent

Technique de soin

Matériel

1 Solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains
Draps de lits chauffé préalablement
1 Bonnet adapté à la tête de l'enfant
1 Bandeau selon choix du parent
1 Coussin d'allaitement
1 Miroir

Préparation du soin

Prérequis

Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée du désinfectant usuel au CHUV (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

Planifier l'horaire du kangourou au préalable avec les parents.

- S'assurer que les parents ont au moins une heure à disposition et ont compris les avantages de la méthode.
- Préparer le matériel d'installation :
  - Placer un drap pour envelopper le nouveau-né dans l'incubateur, le lit ou l'armoire chauffante si besoin (faible poids, thermorégulation immature)
  - Préparer un bonnet si besoin
  - Choisir avec le parent, le dispositif d'installation qui lui convient (type de bandeau et taille, coussin d'allaitement, etc)
  - Préparer un miroir pour le parent, afin qu'il puisse mieux voir la tête de son enfant durant le soin
  - Disposer, de façon pratique, l'équipement de l'enfant, afin de faciliter les mobilisations de l'enfant (arranger les câbles du monitoring, libérer les tubulures des perfusions...)

Parent

- Il se désinfecte les mains, s'installe confortablement en position semi- allongée sur un fauteuil. Le soignant peut proposer à la maman d'enlever son soutien-gorge, pour le confort du bébé et faciliter le « peau à peau ».

Infirmier(ère)s

- Selon l'équipement de l'enfant, la préparation et l'installation se font à 2 infirmières ou plus.
- La surveillance du patient par l'infirmière responsable doit être optimale durant le « peau à peau »; c'est pourquoi, la charge de travail doit être évaluée. En cas de surcharge, ce soin parental peut être reporté. Il est néanmoins fréquent que l'enfant soit plus stable durant le « peau à peau » et nécessite moins d'intervention de la part de l'infirmière

Déroulement du soin

Prérequis

Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée du désinfectant usuel au CHUV (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

- Avertir le patient
- Vérifier sa température au besoin (faible poids)
- Lui mettre un bonnet si besoin
- L'envelopper dans le drap chaud
- Sortir l'enfant (du lit, de l'incubateur) et l'approcher du parent
- Installer l'enfant dans le dispositif selon mode d'emploi
- Positionner le nouveau-né en position verticale ou diagonale, en alignant la tête et le tronc





- Positionner la tête de l'enfant côté droite ou gauche
- Installer l'équipement de manière sécuritaire (supports, adhésif) en évitant les tractions et les appuis sur l'enfant (risque d'escarre)
- Si jumeaux, installer le second jumeau à côté du premier en suivant la même procédure
- Couvrir le dos du nouveau-né avec du linge au besoin
- Mettre à disposition le miroir

Suivi du patient

Surveillances

Identiques aux surveillances horaires lorsque l'enfant est dans son incubateur ou son lit :

- Paramètres vitaux
- Comportement / confort de l'enfant et du parent
- Positionnement de l'enfant (si l'enfant glisse, se déplace, tubulures qui tirent sur la tête, etc.)
- Il est important d'assurer le maintien de la température (couvertures, bonnet, etc si besoin)

Enseignement au patient et proches

Informer sur les grands principes et les bonnes conditions

Le « peau à peau » n'a pas de limitation de temps supérieur.
Cette méthode peut être réalisée plusieurs fois par jour, dans une atmosphère calme et ne doit pas être interrompue.

Hygiène et santé : le parent doit se désinfecter les mains, les téléphones sont de préférence en mode silencieux ou éteints (attention aussi aux bactéries), les parents fumeurs évitent de consommer juste avant et viennent avec des habits propres et sans odeur de cigarette (attention aux risques liés à la fumée passive !!)

Informer sur les bénéfices de la méthode pour eux-mêmes et pour leur enfant

Moment privilégié avec l'enfant, importance de ce contact peau contre peau.

Aux SSP en particulier : éducation aux parents pour qu'ils soient autonomes dans ce soin. Même si l'enfant est en petit lit, habillé, il devrait pouvoir bénéficier de cette méthode.

Personnes ressources

ICLS Néonatologie : 68591 / 63839 / 69189 / 69724

Références

1. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, et al. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. juin 2010;99(6):820 6.
2. Huraux-Rendu C, Charpak N. La méthode kangourou : pour la restauration d'un lien prématurément interrompu. In: Bébés et cultures [Internet]. ERES; 2008 [cité 12 sept 2018]. p. 117 20. Disponible sur: https://www.cairn.info/bebes-et-cultures--9782749210131-p-117.htm
3. Sarg T. The Effects of Kangaroo Care on the Neurodevelopment of Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Open Acces. 2016;
4. Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. Biol Psychiatry. 1 janv 2014;75(1):56 64.
5. Conde-Agudelo, Diaz-Rossello. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants - Conde-Agudelo - 2016 - The Cochrane Library - Wiley Online Library. Cochrane Collab [Internet]. 2017 [cité 7 déc 2017]; Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub4/abstract;jsessionid=0A6E944F09B1AF00FB56C1A4A7A5F3DB.f03t02
6. Mörelius E, Örtenstrand A, Theodorsson E, Frostell A. Early maternal contact has an impact on preterm infants' brain systems that manage stress. Nurs Child Young People. 2016;28(4):62 3.
7. Spittle A, Orton J, Anderson P, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes post-hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD005495.
8. Nelson-Tuttle C. Development and Evaluation of a Skin-To-Skin in the Operating Room Protocol. 2015;
9. White-Traut R, Wink T, Minehart T, Holditch-Davis D. Frequency of Premature Infant Engagement and Disengagement Behaviors During Two Maternally Administered Interventions. Newborn Infant Nurs Rev NAINR. sept 2012;12(3):124 31.
10. Baley J, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in the Neonatal ICU. Pediatrics. sept 2015;136(3):596 9.
11. Carbasse A, Kracher S, Hausser M, Langlet C, Escande B, Donato L, et al. Safety and Effectiveness of Skin-to-Skin Contact in the NICU to Support Neurodevelopment in Vulnerable Preterm Infants. J Perinat Neonatal Nurs. juill 2013;27(3):255 62.
12. Cooijmans KHM, Beijers R, Rovers AC, de Weerth C. Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. BMC

Pediatr [Internet]. 6 juill 2017 [cité 12 sept 2018];17. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5501342/
13. Nyqvist KH, Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, et al. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. juin 2010;99(6):812 9.
14. Phillips R. The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. Newborn Infant Nurs Rev. 1 juin 2013;13(2):67 72.
15. Clinical Guidelines (Nursing) : Skin to Skin Care for the Newborn [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Skin_to_Skin_Care_for_the_Newborn/
16. Infant Feeding Team New Cross Hospital Maternity Unit. Kangaroo care - Information for parents. 2014.
17. http://www.josette-la-chouette.fr/content/13-echarpe-portage-mode-emploi

Date de validation	Auteurs	Experts
24.04.2019	Chloé Tenthorey, ICLS Néonatologie GR soins de développement du service de Néonatologie, CHUV Lausanne	Corinne Stadelmann, Infirmière ICL, Néonatologie, CHUV Lausanne Carole Richard, Infirmière ICLS, Néonatologie, CHUV Lausanne Anita Truttmann, Medecin cheffe, Néonatologie, CHUV Lausanne Nathalie Charpak, Pédiatre française et colombienne, Fondatrice et directrice de la Fondation Kangourou et chercheuse associée à l'Université de Bogota, Colombie