

## PÉRINATALITÉ

# La méthode kangourou, ou le peau-à-peau

La méthode kangourou (MK) offre un contact « peau-à-peau » entre le parent et son bébé. Cette pratique a été élaborée à Bogota en 1978 afin de pallier le manque de ressources matérielles, comme les incubateurs, et de tenter de renverser les taux élevés d'infection et de mortalité néonatales. Elle visait spécifiquement les bébés de petit poids de naissance que les parents portaient 24 heures sur 24 sur eux dans une poche ventrale, à la façon des marsupiaux, qui leur servait ainsi d'incubateur naturel. Cette méthode largement éprouvée est aujourd'hui mise en application partout dans le monde.

Par **Mélissa Savaria**, inf., IBCLC, **Audrey Larone Juneau**, inf., M. Sc., **Sophie De Lachevrotière**, inh., et **Marie-Josée Martel**, inf., Ph. D.



Le petit Thomas, né à 28 semaines de gestation, profite des bienfaits de la méthode kangourou. Thomas est le fils de Sophie De Lachevrotière, l'une des co-auteurs de cet article.

Lors d'une naissance à terme, si le bébé n'a pas besoin d'une surveillance spécifique, le contact peau-à-peau peut être pratiqué dans les minutes suivant la naissance. Toutefois, dans le cas d'une naissance prématurée, le bébé doit généralement être transféré rapidement à l'unité néonatale. Même dans ces conditions, le contact peau-à-peau est favorisé dès que possible, lorsque l'état du bébé le permet et que le parent est disponible. La méthode kangourou offre au bébé des expériences positives semblables à celles qu'il a vécues dans le ventre de sa mère. Il peut réentendre des sons qui lui sont familiers, notamment les battements du cœur et les bruits de digestion provenant des intestins. Lorsque la mère applique la méthode kangourou, le bébé peut sentir les odeurs familières de sa peau et du lait maternel. Lorsque le père prend le bébé selon la méthode kangourou, celui-ci reconnaît sa voix plus grave, qui traversait plus facilement les parois

utérines. Il peut en outre exercer son réflexe de préhension et se réconforter en agrippant les poils de son torse (même si cela peut faire grimacer papa!).

Ce contact intime présente de nombreux avantages pour le bébé et ses parents. Il favorise le développement du lien d'attachement parent-enfant (Roller, 2005), facilite l'allaitement maternel (Aghdas *et al.*, 2014; Moore *et al.*, 2016) et accroît le sentiment de compétence parentale

## Saviez-vous que?

Même si le bébé est né à terme sans complications, des précautions sont nécessaires afin d'assurer une douce transition entre l'écologie utérine et la poitrine du parent. La préparation de l'environnement et du matériel, de même que le transfert en position fœtale, peuvent faire une grande différence qui permet de garder le bébé à terme organisé (voir l'article « Mieux comprendre les comportements du nouveau-né » publié dans le numéro de septembre/octobre 2017) et ainsi de favoriser une expérience optimale pour le bébé et son parent. La plupart des consignes mentionnées ici peuvent donc également s'appliquer au bébé né à terme en santé.

(Anderzén-Carlsson *et al.*, 2014). Pour les nouveau-nés prématurés, il contribue à une plus grande stabilité physiologique – c'est-à-dire à la thermorégulation (Ludington-Hoe, 2010), à une meilleure ventilation et à une meilleure oxygénation –, à un gain pondéral supérieur et à un contrôle de la douleur accru (Ludington-Hoe, 2010).

Les recommandations les plus récentes nous incitent à implanter la méthode kangourou le plus tôt possible et à l'appliquer le plus souvent et le plus longtemps possible (Ludington-Hoe, 2010; Nyqvist *et al.*, 2010). Particulièrement pour le bébé prématuré et sa famille, la méthode kangourou n'est pas un privilège, mais une nécessité.

## La méthode kangourou pas à pas

Chaque centre hospitalier a son propre protocole pour l'application de la méthode kangourou, mais voici quelques suggestions pouvant servir de guide aux infirmières qui sont aux premières loges de ce contact intime parent-bébé.

### Avant

- *Préparez l'environnement, si possible :* Diminuez l'exposition à la lumière (lampe de chevet, soleil, photothérapie à proximité, etc.) et au bruit (intensité des voix et alarmes en mode silencieux lorsque cela est possible, etc.).

#### ■ Préparez le matériel et le parent :

Placez la couverture et le bonnet dans l'incubateur cinq minutes avant la MK. Voir s'il est possible de les faire réchauffer à l'unité néonatale ou à la salle d'accouchement, si le bébé est dans un petit lit.

Mentionnez au parent de se laver les mains et de veiller à ce que la peau de sa poitrine soit propre et non parfumée. Le parent doit retirer ses bijoux afin de favoriser un contact optimal et de protéger la peau fragile du bébé.

Mentionnez au parent de dénuder sa poitrine et d'enfiler une blouse d'hôpital. Il peut aussi garder ses vêtements et dénuder sa poitrine seulement au moment où le bébé est placé contre lui. Les mamans devraient enlever leur soutien-gorge. Quant aux pères, ils devraient éviter de se raser les poils du torse (le bébé pourra s'y agripper pour se sécuriser).

Si le bébé porte un pyjama, retirez-le tout en lui annonçant verbalement que vous vous apprêtez à le toucher (s'il tolère cette stimulation auditive, bien entendu), afin de ne pas occasionner de sursaut. Le bébé ne devrait porter qu'une couche. Il peut être nu si le peau-à-peau est fait après l'accouchement. Durant cette étape, assurez-vous de le maintenir le plus possible en position fœtale (tête alignée avec le tronc, membres fléchis et mains près de sa bouche), afin de diminuer les signes de stress. La position sur le côté aide à le garder groupé de cette façon plus facilement.

Mettez-lui un bonnet ou une petite tuque. Donnez une sucette d'amusement au bébé prématuré afin de l'aider à se sécuriser (s'il est capable de téter) et faites-lui agripper votre doigt ou un objet. Ces deux dernières consignes sont des méthodes de retour au calme qui ont pour but de l'aider à ne pas trop se désorganiser.

N'hésitez pas à utiliser les méthodes de retour au calme si le bébé montre des signes de stress pendant la préparation à la méthode kangourou. Ces moments de pause l'aideront non seulement à se réorganiser, mais aussi à mieux tolérer le transfert.

#### **Pendant**

■ Pour le transfert du bébé sur le parent, il existe deux options :

1. l'infirmière transfère le bébé qui est gardé en position fœtale et le positionne sur le parent qui êtes déjà assis ou
2. le parent va chercher son bébé dans l'incubateur ou le lit.

Dans ce dernier cas, le parent s'incline au-dessus de son bébé pour le cueillir directement sur son matelas en se penchant le plus possible afin de diminuer la distance qui les sépare (et limiter le temps passé dans les airs, ce qui surstimule son sens de l'équilibre). Le parent maintient son bébé en position fœtale alors qu'il place une main sur ses fesses (sacrum) et l'autre, derrière sa tête, entre les deux oreilles (occiput). Le parent transfère le poids de son bébé sur lui et le soulève doucement. Ce type de transfert est privilégié, car il favorise l'autonomie des parents et diminue le nombre de manipulations. Durant ce temps, l'infirmière guide le parent et aide au déplacement du matériel (tubes, fils, etc.). Plus le bébé est prématuré, plus les gestes sont lents.

Le parent est assis dans un fauteuil, une chaise berçante ou, idéalement, dans une chaise en apesanteur (si disponible). Il est recommandé d'utiliser une chaise inclinée à 60 degrés afin que le bébé soit bien lové contre le parent.

Dans le but de faciliter la respiration du bébé, placez sa tête sur le côté, légèrement penchée vers l'avant ou dans une position neutre. Recouvrez le bébé de la couverture, puis de la jaquette d'hôpital ou des vêtements du parent. Le positionnement physiologique (en position fœtale) du bébé devrait toujours être favorisé durant les périodes de MK, et ce, même chez le bébé à terme.

Le bébé prématuré peut réagir à retardement après le transfert en raison de l'immaturation de son système nerveux et démontrer des signes de stress. S'il ne montre pas de signes de stress, le parent pourra ajouter une stimulation, en lui parlant d'une voix douce et calme par exemple. S'il tolère bien cette première stimulation, le parent pourra lui chanter une berceuse ou le caresser. L'important est de lui présenter une stimulation à la fois et de vérifier s'il la tolère bien.

La MK doit généralement durer un minimum de 60 minutes afin que le bébé atteigne la phase de sommeil profond. En effet, le cycle de sommeil d'un bébé de cet âge dure en moyenne 50 à 60 minutes et cette phase de sommeil – la phase de sommeil profond – est la dernière. Elle lui permet de bien récupérer, de grandir, d'assimiler ce qu'il a vécu durant la journée, etc. Pour le bébé né à terme et en santé, la durée du peau-à-peau peut varier en fonction de divers objectifs (réguler la température du bébé, l'apaiser, permettre à la mère de se reposer, etc.).

Il arrive souvent que du lait coule des seins de la maman durant ce moment privilégié puisque les hormones maternelles sont stimulées. Le parent ou l'infirmière apporte quelques débarbouillettes au besoin. La mère peut aussi tirer son lait pendant que son bébé est sur elle, surtout si la MK est faite durant une longue période.

Il n'est pas recommandé que le parent s'endorme dans une chaise avec son bébé, à moins d'utiliser un outil de positionnement et de portage sécuritaire permettant de prévenir les chutes, comme le tube kangourou.

Il est possible de profiter de la MK pour réaliser plusieurs soins, tels que les prélèvements sanguins, les injections IM/SC ou l'alimentation par gavage. De même, la MK est une stratégie efficace pour le contrôle de la douleur chez le bébé.

### Après

- Pour le retour dans l'incubateur ou le petit lit, les deux méthodes de transfert sont les mêmes que celles décrites antérieurement.

Prenez le temps de dire au bébé que la MK est terminée (s'il le tolère bien, évidemment).

Assurez-vous d'appliquer les méthodes de retour au calme pendant les minutes qui suivent afin de lui laisser le temps de se réorganiser et de s'endormir doucement.

Retirez vos mains progressivement de sorte que le bébé sente toujours un contact à mesure qu'il se détend et s'endort. ■■

*NDLR Cet article est le troisième d'une série de huit sur les meilleures pratiques en périnatalité, appuyées par les données probantes. Il s'agit d'une idée originale de l'infirmière Marie-Josée Martel. Cette série aborde différentes thématiques en lien avec les soins aux nouveau-nés admis en unité néonatale, soins pouvant très souvent s'appliquer aux bébés à terme en santé.*

### Références

- Aghdas, K., K. Talat et B. Sepideh. « Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial », *Women and Birth*, vol. 27, n° 1, mars 2014, p. 37-40.
- Anderzén-Carlsson, A., Z.C. Lamy et M. Eriksson. « Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant—Part 1: a qualitative systematic review », *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol. 9, 2014, 23 p.
- Ludington-Hoe, S.M. « Kangaroo care is developmental care », in C. Kenner et J. McGrath (s la dir. de), *Developmental Care of Newborns and Infants* (2<sup>e</sup> éd), St. Louis (MO), Mosby & National Association of Neonatal Nurses (NANN), 2010, p. 245-288.
- Moore, E.R., N. Bergman, G.C. Anderson et N. Medley. « Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 11, 2016. Repéré à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/epdf>
- Nyqvist, K.H., G.C. Anderson, N. Bergman, A. Cattaneo, N. Charpak, R. Davanzo et al. « State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment », *Breastfeeding Review*, vol. 18, n° 3, nov. 2010, p. 21-28.
- Roller, C.G. « Getting to know you: mothers' experiences of kangaroo care », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 34, n° 2, mars/avril 2005, p. 210-217.

### Les auteures



**Mélissa Savaria** est infirmière au CHU Sainte-Justine. Elle est également consultante en lactation, diplômée de l'International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE).



**Audrey Larone Juneau**, infirmière, est cadre-conseil en sciences infirmières au CHU Sainte-Justine.



**Sophie De Lachevrotière** est inhalothérapeute au CHU Sainte-Justine.



**Marie-Josée Martel** est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Elle est aussi chercheuse régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR et chercheuse associée au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Elle est membre chercheuse du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).