



Accueil du nouveau-né en salle de naissance

Dr Gisèle Gremmo-Feger

*Pédiatre et Consultante en lactation IBCLC
CHU de Brest
Formations Co-naître*

L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) a été lancée en 1992 afin de promouvoir les changements nécessaires pour que les établissements de soins aux nouveau-nés deviennent des lieux réellement favorables à l'allaitement maternel, c'est à dire que les maternités devraient respecter les Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF. Ces dix conditions reposent sur des données scientifiques dûment validées et les preuves de leur efficacité sont suffisamment nombreuses pour justifier pleinement le développement de l'IHAB.

La quatrième condition qui s'intitule « Aider la mère à démarrer l'allaitement dans la demi-heure qui suit la naissance », concerne en fait l'établissement d'un contact tactile entre le nouveau-né et sa mère immédiatement après l'accouchement et jusqu'à ce que celui-ci se montre disposé à téter.

Certaines des données scientifiques relatives à cette quatrième condition sont exposées ci-dessous. Nous verrons d'une part qu'il est nécessaire de revoir l'organisation des soins aux nouveau-nés en salle de naissance afin que l'accueil du nouveau-né soit plus en accord avec

ses capacités et ses besoins, et d'autre part que la mise en place de cette condition implique beaucoup plus que l'aide à l'allaitement, car elle a de nombreux autres avantages et peut donc s'appliquer à toutes les mères et à tous les bébés, même non allaités. L'appellation « Ami des bébés » plutôt qu'« Ami de l'allaitement » y trouve là toute sa justification.

Ces dernières années nous avons appris beaucoup sur les instincts, les compétences et la sensorialité du nouveau-né et sur le comportement de la mère et du père dans les toutes premières minutes et les premiers jours de vie du bébé. Mais pourtant ces nouvelles connaissances n'ont pas eu, dans notre pays en tout cas, de véritables impacts sur les pratiques de la naissance. Qu'a-t-on appris ?

Plusieurs études réalisées notamment en Suède ont montré **qu'immédiatement après un accouchement où la mère n'a pas été trop lourdement médicamentée, le nouveau-né présente pendant une à deux heures une période d'éveil calme au cours de la laquelle il est particulièrement alerte et propice aux apprentissages et à leur mémorisation** : si on lui en laisse la possibilité, le nouveau-né de quelques minutes seulement peut, après avoir été essuyé et placé sur le ventre de sa mère, ramper jusqu'au sein et commencer à téter de sa propre initiative.

L'ensemble du processus se déroule de façon assez stéréotypée :

Après une période de repos, le nouveau-né commence à regarder avec une grande concentration en s'intéressant surtout au visage - notamment les yeux- et au sein de sa mère ; on sait que le nouveau-né a une attirance particulière pour les formes rondes et les contrastes, ce qui peut expliquer son intérêt pour le cercle sombre de l'aréole, mais on sait aussi que c'est l'odeur du mamelon qui va le guider

vers le sein : si le sein droit est lavé, il choisira plus souvent le sein gauche. Le nouveau-né commence aussi à faire des grimaces avec sa bouche, à bouger ses lèvres et sa langue et il commence à ramper en utilisant sa force musculaire et son réflexe de marche pour se propulser par petites poussées, entrecoupées de période de repos. Il porte souvent ses doigts et ses poings à sa bouche, et utilise le goût et l'odeur du liquide amniotique présents sur ses mains (il vaut donc mieux ne pas le laver avant) et l'associe à celle, similaire, d'une substance huileuse du mamelon du sein non lavé. Puis le nouveau-né devient de plus en plus actif dans sa recherche du sein, il bouge la tête de droite à gauche et il va se mettre en place sur l'aréole en ouvrant grand la bouche, la langue en bonne position, vers le bas (c'est le réflexe de foussement) il peut ainsi prendre une large portion de sein sans blesser le mamelon et téter de façon efficace.

Beaucoup de bébés seront capables de se débrouiller seuls, c'est à dire prendre le sein au moment où ils sont prêts à le faire, après un cheminement qu'ils effectuent seuls ; ils décident donc eux-mêmes du moment où ils vont téter, il ne faut donc pas «les mettre au sein», mais on peut par contre les aider quand ils montrent qu'ils sont prêts. Certains bébés ne prendront pas le sein, se contenteront de frotter ou de lécher le mamelon, il est préférable de ne pas les «forcer», car cela risque d'induire un «refus» du sein. Il faut rassurer la mère, lui expliquer que certains bébés mettent plus de temps que d'autres à «démarrer».

Pendant que ce scénario se déroule la mère a elle aussi un comportement caractéristique : elle touche d'abord les bras et les jambes de son bébé du bout des doigts, puis elle va commencer à le toucher, le caresser, le masser, elle va mettre son visage en position de face à face pour qu'elle et son bébé se regardent dans les yeux et elle va lui parler d'une voix haut placée, «la voix de mère», particulièrement attirante pour le bébé qui aime les voix situées dans les hautes fréquences.

L'ensemble du processus peut prendre une heure, ou plus, mais pendant ce temps la mère et le nouveau-né doivent rester *ensemble*, en étant le moins dérangés possible car ces réflexes sont

fragiles et facilement perturbés par des interférences comme l'aspiration et en particulier l'aspiration gastrique, les soins de routine comme la pesée, le bain, la désinfection oculaire...qu'il faut savoir différer, mais aussi la lumière vive, le bruit.... qu'il faut essayer d'éviter.

Plusieurs études ont montré que les nouveau-nés qui peuvent bénéficier d'un contact précoce et prolongé et qui ont ainsi l'opportunité de «s'auto-attacher», ont moins de risques d'avoir des difficultés à prendre le sein de façon efficace :

Righard et Alade (1990) ont comparé 2 groupes de nouveau-nés, un groupe «contact» de 38 nouveau-nés mis en «peau à peau» immédiatement après la naissance et pour une durée minimale d'une heure et un groupe «séparation» de 34 nouveau-nés qui après un contact immédiat d'environ vingt minutes étaient séparés de leur mère pour subir les soins de routine pour ne la retrouver que vingt minutes plus tard. 24 des 38 nouveau-nés du groupe «contact» étaient correctement au bout de 49 minutes en moyenne, 7 nouveau-nés seulement sur 34 du groupe «séparation» étaient efficacement.

D'autres études démontrent également l'efficacité du contact précoce sur l'augmentation de la durée de l'allaitement, ce qui n'est pas surprenant car on sait que si le démarrage de l'allaitement est bon, la mère allaitera généralement sans trop de difficultés.

C'est LE moment où le nouveau-né est biologiquement programmé pour bien faire et mémoriser.

Le foussement du sein par le bébé induit des taux d'hormones très élevés chez la mère au moment où le nombre des récepteurs pour la prolactine et l'ocytocine est lui aussi particulièrement élevé dans la glande mammaire ce qui facilite le démarrage de la sécrétion/éjection de lait.

Les recherches ont aussi montré que tous les analgésiques, y compris la péridurale, ont un impact sur le nouveau-né et peuvent affecter négativement la mise au sein pendant plusieurs jours :

Dans l'étude de Righard et Alade (1990), sur les 40 des 72 nouveau-nés dont la mère a reçu de la péthidine (Dolosal) pendant le travail, 8 têtent correctement, 7 têtent mal et 25 sont trop somnolents pour téter ; sur 32 nouveau-nés de mères non séditées, 23 têtent correctement, 8 têtent mal et 1 pas du tout ; aucun des nouveau-nés du groupe «séparation» dont les mères ont été séditées n'a été capable de téter correctement.

Dans l'étude de Crowell et al. la première tétée est retardée de 11 heures en moyenne chez les mères ayant reçu du butorphanol ou de la nalbuphine (Nubain) pendant le travail.

Si l'établissement d'un contact précoce et prolongé entre le nouveau-né et sa mère facilite la mise en place de l'allaitement maternel il a aussi beaucoup d'autres avantages :

1. Il favorise l'adaptation thermique : les nouveau-nés en contact peau à peau ont une température axillaire et cutanée significativement plus élevée que ceux laissés en berceau. Le contact peau à peau avec le père permet également de tenir le nouveau-né au chaud.

2. Il améliore le bien-être du nouveau-né : les nouveau-nés en peau à peau ont significativement beaucoup moins d'épisodes de pleurs que les nouveau-nés placés en berceau à côté de leur mère et la durée de ces épisodes de pleurs est bien moindre ; d'après les chercheurs, ces pleurs, de courts sanglots, s'apparentent au «cri de détresse» observés chez d'autres mammifères en cas de séparation d'avec la mère.

3. Il favorise l'adaptation métabolique : on constate un meilleur dextro et un retour plus rapide vers zéro du base-excess négatif (correction plus rapide de l'acidose métabolique) chez les nouveau-nés placés en peau à peau.

4. Il facilite l'établissement du lien mère-enfant : Des études ont montré que si le bébé touche le mamelon dans la demi-heure qui suit la naissance, la mère laisse son bébé à la pouponnière beaucoup moins longtemps et elle passe beaucoup plus de temps à lui parler. A la naissance la mère se trouve dans un état de «préoccupation maternelle primaire», état d'hypersensibilité où sur le plan émotionnel elle

est exclusivement et entièrement disponible pour répondre à son bébé, comme si elle se sentait à la place de son bébé. La reconnaissance par les parents des compétences de leur bébé engendre généralement des réactions favorables à l'attachement et le temps passé ensemble durant les premiers jours a des conséquences très positives sur la qualité des soins donnés à l'enfant par la mère et aussi sur les risques de maltraitance et d'abandon, notamment chez les mères de milieu socio-économique défavorisé.

5. Le fait d'être en contact avec sa mère permet au nouveau-né d'être d'abord colonisé par la flore bactérienne «familiale», généralement moins virulente que la flore bactérienne hospitalière et contre laquelle le lait maternel contient des anticorps adaptés.

Le contact mère-bébé précoce et prolongé est «adaptatif», il facilite la transition entre la vie intra et extra-utérine. A moins d'une raison médicale justifiant un transfert immédiat, tous les nouveau-nés devraient pouvoir en bénéficier.

Les premières heures suivant immédiatement la naissance sont une période capitale. Il arrive cependant que les conditions de démarrage ne soient pas optimales. Cela n'empêchera ni l'établissement de la lactation ni l'instauration du lien mère-enfant car les humains ont de grandes capacités d'adaptation, mais cela risque de demander **beaucoup plus d'efforts** à la mère et à l'enfant et **beaucoup plus d'aide** et de soutien de notre part.

A la lumière de ces nouvelles connaissances nous devons faire évoluer nos pratiques et revoir de façon globale les pratiques de soins aux nouveau-nés en salle de naissance pour qu'elles soient respectueuses de la biologie de la mère et de l'enfant tout en étant compatibles avec leur sécurité et favorables à la réussite de l'allaitement.

Quand les parents ont reçu des informations précises sur les capacités que manifestent le bébé à la naissance, la plupart d'entre eux souhaitent pouvoir bénéficier de cette expérience extraordinaire. Si tout se passe bien, il faut laisser à la nouvelle famille la possibilité de passer ses premiers moments ensemble sans être

trop dérangés. Si les parents le souhaitent et si le nouveau-né n'a pas de difficultés d'adaptation cardio-respiratoire, s'il a une bonne couleur, s'il est normalement actif, on peut, après avoir clampé le cordon et avoir soigneusement séché le nouveau-né, le poser à plat ventre sur sa mère **en peau à peau**. Le nouveau-né sera recouvert d'un linge, pas trop serré pour ne pas entraver ses mouvements et d'un bonnet.

La désobstruction des voies aériennes et la vérification de la perméabilité des choanes et de l'œsophage doivent être pratiquées sur des critères individuels pas nécessairement de façon systématique.

Estol dans une étude randomisée de 40 nouveau-nés à terme, vigoureux et nés par voie basse a montré que les résultats des paramètres de mécanisme respiratoire ne procurent pas de base physiologique pour recommander la pratique systématique d'une désobstruction des voies aériennes. Carrasco dans une étude similaire de 30 nouveau-nés a également montré que la saturation en O₂ était significativement plus basse dans le groupe de nouveau-nés soumis à une aspiration oro-naso-pharyngée. D'ailleurs les recommandations de la conférence de consensus de l'ILCOR "*An advisory statement from the Pediatric Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation*" (1999 1037) sont que « les nouveau-nés bien portants et vigoureux n'ont généralement pas besoin d'être aspirés après l'accouchement ».

Les soins de routine ne sont pas urgents et peuvent facilement être différés : la pesée, les soins de cordon, le bain (qui favorise l'hypothermie et prive le nouveau-né d'un repère olfactif), l'instillation de collyre (qui peut

perturber le contact visuel mère-enfant), l'administration de vitamine K, la prise de température et l'habillage seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue si possible jusqu'à ce que le nouveau-né montre qu'il est prêt à téter ; on pourra alors l'aider à prendre le sein ou lui proposer son premier biberon et **faire les soins de routine après**. Il est également souhaitable de maintenir une atmosphère tranquille en salle de naissance en évitant notamment le bruit, la lumière vive et les allées et venues non indispensables.

Il est délicat d'établir des recommandations précises quant au moment du premier contact et quant à sa durée car ils varieront selon les circonstances : **l'établissement du contact doit être le plus précoce possible et se poursuivre jusqu'à ce que le nouveau-né montre qu'il est disposé à téter**, ce qui se produit généralement dans l'heure qui suit la naissance, mais parfois aussi à n'importe quel moment durant les 2 premières heures, voire plus tard. La quatrième condition de l'IHAB : « aider les mères à allaiter dans la demi-heure suivant la naissance » n'implique pas nécessairement que le nouveau-né doit téter dans la demi-heure suivant sa naissance mais plutôt qu'il ne soit pas séparé de sa mère sauf en cas de raison médicalement justifiée ; cette condition doit être interprétée comme une incitation à privilégier le contact précoce mère-bébé en peau à peau dès la naissance. Les nombreux avantages du contact précoce et prolongé impliquent aussi qu'il peut s'appliquer à tous les bébés, même non allaités.

Si, laisser la mère, le père et le nouveau-né tranquilles à ce moment particulièrement important pour eux peut être difficile pour le personnel soignant habitué à des routines impliquant sa participation active, **il faut absolument veiller à ne pas négliger la surveillance du nouveau-né et de la mère**. On peut se préoccuper du bien-être du nouveau-né tout en prêtant attention à sa sécurité physiologique, cela n'a rien de contradictoire.

Recommandations pour l'accueil du nouveau-né en salle de naissance

1. La désobstruction des voies aériennes supérieures n'est pas impérative, mais elle doit être systématique en cas de :

Traitement maternel par psychotropes, notamment benzodiazépines
Toxicomanie maternelle
Souffrance fœtale aiguë et toutes anomalies du rythme cardiaque fœtal
Analgésiques en peri-partum (Nubain, Dolosal...)
Liquide amniotique teinté
Césarienne
Terme inférieur à 39 semaines d'aménorrhée
Difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine
Encombrement important
Hypotonie importante même si adaptation cardiorespiratoire satisfaisante

Quand elle est nécessaire la désobstruction des voies aériennes supérieures peut se limiter à **une désobstruction de la cavité buccale** (la stimulation pharyngée provoque un réflexe vagal) **et de la partie antérieure des fosses nasales**. L'atrésie des choanes est exceptionnelle et quand elle est bilatérale elle se manifeste toujours par d'importantes difficultés respiratoires. La vérification de la perméabilité des choanes n'est donc pas urgente et pourra être pratiquée en même temps que le premier examen pédiatrique en maternité afin de ne pas passer à côté d'une atrésie unilatérale. Il est impératif de noter dans le dossier si elle a été ou non pratiquée afin de ne pas la refaire inutilement.

2. L'aspiration gastrique ne doit pas être pratiquée de façon systématique :

Très désagréable pour le nouveau-né, elle perturbe la séquence comportementale qui l'amène à prendre le sein spontanément et peut induire des lésions œsophagiennes. Elle doit être réservée :
aux suspicions d'atrésie de l'œsophage (1/5000 naissances): diagnostic anténatal évocateur, hydramnios, hypersalivation
aux nouveau-nés pour lesquels **il n'y a pas eu de suivi prénatal** et donc pas d'échographie de dépistage
nécessité de prélèvement gastrique pour diagnostic bactériologique : liquide amniotique teinté, suspicion d'infection materno-fœtale
Si l'aspiration gastrique simple ne permet pas d'affirmer sans ambiguïté la perméabilité de l'œsophage, elle doit être complétée par un test à la seringue

3. Dès que possible :

Poser le nouveau-né soigneusement essuyé en **peau à peau** à plat ventre sur sa mère
Le recouvrir d'un linge pas trop serré et d'un bonnet : **son visage doit rester visible et son nez bien dégagé**
Veiller à maintenir une température suffisante en salle de naissance
Vérifier régulièrement l'état du nouveau-né (activité, couleur) + + +
Quand le nouveau-né montre qu'il est prêt, aider la mère et le bébé pour la première tétée ou lui proposer le biberon
Faire les soins de routine **après** : prise de température, pesée, soins de cordon, instillation de collyre, vitamine K, habillage.
Ne pas donner de bain

4. Pour les Césariennes :

Proposer le contact peau à peau avec le père jusqu'à ce que la mère soit disponible



Références bibliographiques

Charles C. : *Les premiers jours. Dossiers de l'allaitement* 45 : 12-20, 2000.

Carrasco M et al : Oronasopharyngeal suction at birth: effects on arterial oxygen saturation. *J Pediatr* 1997; 130(5):832-4.

Christensson K et al : Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy fullterm newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta paediatr* 81 : 488, 1992.

Christensson K et al : Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta paediatr* 84 : 468, 1995.

Christensson K et al : Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta paediatr* 85 : 134, 1996.

Christensson K et al : Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. *Lancet* 352 : 1115, 1998.

Crowell M. et al : Relationship between obstetric analgesia and time of effective breastfeeding. *J Nurse Midw* 39 : 150-156, 1994.

EstolPC et al : *J.Perinat. Med* 1992 ;20 :297-305.

Janson U.M et al : The effects of medically-oriented labour ward routines on prefeeding behaviour and body temperature in newborn infants. *J. Trop Pediatrics* 41 : 360-363, 1995.

Kattwinkel J et al. : An advisory statement from the Pediatric Working Group of the International Liaison Committee On Resuscitation. *Pediatrics* 1999; 103(4):56.

Kennel J : The time has come to reassess delivery room routines. *Birth* 21: 49, 1994.

Kennel J, Klaus M : Bonding: Recent Observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review* 19 : 4, 1998.

Klaus M, Klaus P : *La magie du nouveau-né. Collection la cause des bébés, ed. Albin Michel septembre 2000.*

Michelson K et al : Crying in separated and non separated newborns : sound spectrographic analysis. *Acta paediatr* 85 : 471, 1996.

Neifert M, Lawrence RA : Nipple confusion : Toward a formal definition. *J Pediatr* 126 : 125, 1995.

Newman J : L'initiative Hôpitaux Amis des Bébé ; 4ème Journée Internationale de l'Allaitement. *Dossiers de l'Allaitement. Hors série / mars 2000.*

Newman J, Pitman T : *Dr Jack Newman's Guide to Breastfeeding, Harper et Collins, 2000.*

Nylander G : Gestion de l'allaitement pour un démarrage réussi. Livre des 2èmes journées nationales de la Société française de Médecine Périnatale 1998. Ed. Arnette.

OMS : Données scientifiques relatives aux Dix conditions pour les succès de l'Allaitement. 1998.

Righard L, Alade M : Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 336 : 1105, 1990.

Righard L, Alade M : Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19 : 185, 1992.

Varendi H. et al : Does the newborn baby find the nipple by smell ? *Lancet* 344 : 989-990, 1994.

Widström A.M. et al : Gastric suction in healthy newborn Bodeven infants. *Acta paediatr* 76 : 566, 1987.

Widström A.M. et al : Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early human development* 21 : 153-163, 1990.

Widström A.M. et al : The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta paediatr* 82 : 281, 1993