

# Accueillir le bébé en salle de naissance privilégier le lien mère-enfant et l'allaitement

Danièle Bruguières, Consultante en lactation - Montpellier

Pr Jean Charles Picaud, Pédiatrie 2 - CHU A de Villeneuve - Montpellier

## Les minutes qui suivent la naissance d'un bébé sont reconnues comme déterminantes dans l'établissement du lien mère-enfant.

Le taux sanguin de catécholamines chez le bébé est vingt fois plus élevé que chez l'adulte au repos. Cette sécrétion très importante contribue à l'adaptation physiologique du nouveau-né, mais elle joue également un rôle dans le lien mère-enfant car le bébé a les pupilles dilatées, ce qui lui donne ce regard profond et mystérieux qui fascine la maman aux premiers échanges visuels [1].

De nombreuses observations de nouveau-nés lors d'une naissance sans complication confirment les capacités remarquables du bébé dans les deux premières heures de vie. Si, avant tout soin, le bébé est séché soigneusement, placé sur le ventre de sa mère et recouvert d'un linge chaud, il a un comportement physiologique qui est maintenant bien connu. Après un temps de repos calme de durée variable, il est capable de mouvements de reptation vers le sein en se guidant grâce à plusieurs repères sensoriels. Un repère visuel : la tache sombre de l'aréole du sein maternel est à une vingtaine de centimètres de son visage, ce qui correspond à son champ visuel du moment. Un repère olfactif : l'odeur du liquide amniotique de son poing, qu'il sent puis porte à sa bouche fréquemment pendant cette phase, lui sert de fil conducteur vers le sein dont les glandes de Montgomery (situées sur l'aréole) secrètent un film gras ayant la même odeur.

Quand il est proche du sein, le bébé lèche son poing, ce qui lui permet d'ouvrir grand la bouche, la langue bien abaissée et de se préparer à prendre le sein de lui-même de façon optimale.

Le bébé est également rassuré par la perception des mouvements du cœur maternel qui assure une continuité auditive avec la vie intra-utérine.

**Toute cette période dure en moyenne 45 minutes et, dans la très grande majorité des cas, le bébé va prendre le sein d'une manière très efficace [2].**

Le risque de crevasses des seins est très faible. Les quelques gouttes de colostrum que le bébé va recevoir au cours de cette première tétée est riche en protéines, notamment des anticorps, qui contribuent à le protéger des infections. Ce très faible volume de colostrum est adapté à la faible capacité stomacale du nouveau-né (5 à 7 ml). La mère, quant à elle, observe activement le comportement de son bébé. En général, elle commence par le toucher du bout des doigts, elle l'encourage avec des paroles douces, et peu à peu elle va le toucher avec la paume des mains et l'aider dans son chemin vers le sein. Ce contact progressif permet souvent à la mère d'être plus à l'aise pour s'occuper de son bébé au cours des jours qui suivent. La première tétée non douloureuse (ce qui n'exclut pas la surprise de découvrir la succion vigoureuse et une certaine sensibilité des mamelons) renforce également sa confiance en ses capacités à allaiter son enfant et l'aide dans son apprentissage de nouvelle mère. Du point de vue de l'équipe médicale, il y a nécessité d'accompagner ce moment privilégié tout en assurant une sécurité maximale. Les recommandations insistent sur l'importance de la surveillance de la mère et de l'enfant pendant ces deux premières heures et sur l'intérêt qu'il y a à reporter tous les soins de pesée et divers examens. Il est maintenant reconnu que l'allaitement a beaucoup plus de chance de démarrer dans de bonnes conditions quand la première expérience orale de l'enfant est le sein. Ainsi, l'aspiration naso-(ou oro-)pharyngée n'est pas nécessaire chez

un bébé qui va bien par ailleurs [3]. **Les bonnes pratiques médicales** suggèrent d'effectuer un certain nombre de gestes pour dépister une atrésie du choanes, une atrésie de l'œsophage, une imperforation anale ou pour prévenir l'infection oculaire (instillation de collyre antibiotique).

◆ **L'atrésie des choanes** peut être dépistée en recherchant des signes de respiration nasale, évitant ainsi le passage d'une sonde nasale. Si ce test objective l'absence de flux d'air nasal ou si l'enfant montre la moindre difficulté respiratoire, il faudra alors envisager le passage d'une sonde nasopharyngée.

◆ Quant à la recherche d'une **imperforation anale** et la mise en place du **collyre dans les yeux**, ces gestes peuvent attendre la réalisation du premier examen médical.

◆ Enfin, concernant **l'atrésie de l'œsophage**, le seul moyen de dépistage est

de passer une sonde naso- (ou oro-) pharyngée jusqu'à l'estomac, permettant d'effectuer un test à la sonde (auscultation du bruit consécutif à l'injection d'une petite quantité d'air dans l'estomac). En théorie, il ne faut pas proposer d'alimentation avant d'avoir vérifié la perméabilité œsophagienne. En pratique, si le suivi échographique anténatal a permis de bien visualiser l'estomac, et considérant que la quantité de lait que l'enfant va prendre au sein lors de la première tétée est extrêmement faible et il peut être proposé de ne pas effectuer les manœuvres de vérification de perméabilité œsophagienne immédiatement après la naissance, sous réserve d'effectuer une surveillance stricte du déroulement de la première tétée. Sinon, la vérification de la perméabilité œsophagienne sera alors effectuée lors de l'examen clinique systématiquement réalisé par la sage-femme ou le pédiatre avant la sortie de la salle de naissance.

**Il est à noter que le bain comporte un risque important d'hypothermie et selon les recommandations de l'OMS, il ne devrait être donné qu'au bout de deux ou trois jours de vie.** Si les parents souhaitent que le bain soit donné rapidement (pour des motifs culturels par exemple), il est préférable de baigner l'enfant après 4 à 6 heures après la naissance [4]. En somme, l'accueil du bébé et la mise en place de l'allaitement peuvent très bien être effectués dans de bonnes conditions, la plupart des manœuvres dites "systématiques" pouvant être faites avec décalage, après le moment où l'enfant a déjà pris le sein. Cette période des 2 premières heures de vie doit faire l'objet d'une surveillance particulière et il est prudent de ne pas mettre en place ce type de prise en charge sans avoir la capacité, en terme de personnel et d'organisation, de surveiller correctement ces enfants, notamment dans les situations où la mère est très fatiguée ou a reçu des médicaments pouvant altérer son niveau de vigilance ou celui de son enfant.

Ces précautions étant prises, le bébé peut être soigneusement séché dès l'expulsion, coiffé d'un petit bonnet, placé sur l'abdomen de sa mère et recouvert d'un linge chaud. Le bébé est en position ventrale, la tête tournée sur un côté et il faut s'assurer qu'il peut respirer librement.

[1] « Le regard du naissant », Dr Marc Pillot, Cahiers de Maternologie 2005 ; 23-24 : 65-80.[2] « Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant - Recommandations pour la Pratique Clinique » ANAES, mai 2002.[3] « Accueil du nouveau-né en salle de naissance », Dr Gremmo-Feger, Les Dossiers de l'Allaitement 51 : 18-21, 2002.[4] « La protection thermique du nouveau-né : guide pratique », OMS, rapport WHO/RHT/MSM/97.2