PROCÉDURE D'ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE

L'objectif est de respecter la physiologie de la naissance et de favoriser le **contact précoce, prolongé et ininterrompu** du nouveau-né et de sa mère. Celui-ci permet à l'enfant de se mobiliser pour prendre le sein de façon optimale, en cas d'allaitement maternel ou de tétée d'accueil.
Il facilite l'établissement du lien mère-enfant tout en garantissant la sécurité de l'enfant et de sa mère.

A – ENFANT NÉ PAR VOIE BASSE SPONTANÉMENT APRÈS 37 SA, SANS RISQUE DE PATHOLOGIE

1 – Définition

- Contact précoce et prolongé sans interruption, du nouveau-né et de sa mère dès la naissance en salle d'accouchement pendant au minimum 2 heures.

2 – Installation du nouveau-né

- En présence d'une tierce personne.
- En décubitus ventral sur le thorax de sa mère.
- Séché, avec mise en place d'un bonnet et d'un tissu chaud qui sera changé une fois.
- Le visage de l'enfant est dégagé, en permanence visible (intérêt de sensibiliser les parents).

3 - Installation de la mère

- La mère est installée en proclive (environ 45°).
- Veiller à ce que la mère ait chaud. La mère peut être couverte d'une couverture afin de maintenir sa température. Des serviettes peuvent soutenir ses avant-bras et ses coudes pour faciliter son confort.

4 - Les autres conditions

- Un bandeau de peau à peau peut permettre de stabiliser le nouveau-né sans effort musculaire de la mère.
- La température ambiante de la pièce doit être suffisante (22-24 °C).
- Limiter les agressions visuelles et sonores.
- Les soins du cordon, la pose du bracelet d'identité et la mise de la couche peuvent être faits sur le ventre de la mère.

5 – La surveillance : elle doit être particulièrement renforcée chez les primipares qui sont plus à risque.

Observation clinique toutes les 15 minutes,
cf. Fiche 1 : surveillance du peau à peau en salle de naissance

- Respiration nasale libre : à ce sujet, sensibiliser les parents sur le positionnement du visage du bébé.
- Couleur
- Comportement : éveil, réactivité, pleurs
- Appréciation clinique de la thermorégulation (toucher)

Au moindre doute : surveillance renforcée et pose d'une saturation O_2 (SA O_2).

6 - Les autres soins de routine : à pratiquer au terme des 2 heures de surveillance

- La température
- La vérification des choanes par l'obstruction alternée des narines.
- Collyre – Vit K
- Les mensurations

B - ENFANT À RISQUE DE PATHOLOGIE

- Prématurité < 37 SA après accord du pédiatre sur le peau à peau
- Accouchement ou extraction difficiles
- Indications de prélèvement gastrique
- Nubain® dans les 12 heures précédent l'accouchement
- Mère sous TRANDATE® ou Béta bloquants
- Prise de psychotropes ou sédatifs chez la mère
- Césarienne

Selon la situation	Si l'adaptation néonatale est bonne, le peau à peau peut être immédiat	Si l'adaptation initiale n'est pas satisfaisante, le peau à peau sera différé
Précautions	Mise en place d'une Sa O_2 Pratiquer l'aspiration gastrique, si nécessaire, sur le ventre de la mère	Appréciation des fonctions vitales Désobstruction des voies aériennes si nécessaire Si des soins supplémentaires ne sont pas nécessaires : • Peau à peau • Surveillance renforcée • Pose d'une saturation

C – PEAU À PEAU AVEC LE PÈRE

Si la maman est dans l'impossibilité de réaliser le peau à peau (hémorragie de la délivrance, anesthésie générale, etc.) ou ne le souhaite pas, celui-ci peut être fait par le papa dans les mêmes conditions.

D- RAPPELS

1 – Indications de désobstruction des VAS à la naissance

Elle doit être immédiate et systématique à la naissance en cas de détresse évidente et en cas d'inhalation méconiale (aspiration gastrique + désobstruction VAS).

Elle peut s'avérer nécessaire en cas de :

- Prématurité < 37 SA
- Difficultés d'adaptation quel que soit le terme
- Encombrement du bébé à la naissance
- Hypotonie même si adaptation cardio-respiratoire satisfaisante
- Césarienne
- Psychotropes ou sédatifs chez la mère
- Analgésiques sédatifs à la mère (Nubain®)
- ARCF (anomalies RCF et/ou PH < 7,20 et ou LAT et/ou lactates ≥ 5)

Le geste de désobstruction des VAS peut se limiter à une aspiration douce (max 150 mbar) de la cavité buccale et de la partie antérieure des fosses nasales

2 – Indications d'aspiration gastrique

Elle n'est pas systématique car elle peut perturber la séquence comportementale initiale qui amène le bébé à téter le sein et elle peut induire des lésions œsophagiennes.

Elle a lieu dans les cas suivants :

- Impérativement à la naissance si détresse immédiate et ou si LA teinté,
- Prélèvement gastrique dès la naissance en fonction arbre décisionnel infections materno-fœtales,
- En cas de suspicion d'atrésie de l'œsophage,
- Dans un contexte de syndrome malformatif connu,
- Dans le cas de grossesse non suivie.

Lorsque qu'elle est impérative chez un enfant sans détresse vitale, l'aspiration gastrique se fera en utilisant des procédures de soutien comportemental de l'enfant (peau à peau, regroupement en flexion, soutien plantaire).

3 - La pesée

Pour faciliter le bien-être de l'enfant, une pesée dite « enveloppée » est souhaitable : l'enfant est enveloppé dans un linge chaud en position regroupée avant d'être posé sur la balance.

Photo ci-contre utilisée avec l'aimable autorisation du Centre de Recherches, d'Évaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel (CREFAM).