

Soins de puériculture et surveillance du nouveau-né dans les 10 premiers jours

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 2011-1012

Table des matières

SPECIFIQUES :	4
I La surveillance	5
I.1 La température	5
I.1.1 La prise de la T°	5
I.1.2 L'hypothermie	6
I.1.3 L'hyperthermie	6
I.2 L'alimentation	7
I.3 Le poids	7
I.4 Les fonctions d'évacuation	7
I.4.1 Les urines	7
I.4.2 Les selles	8
I.5 L'état général et le comportement	8
I.6 Les états de veille et de sommeil	9
I.6.1 Rythmes éveil-sommeil	9
I.6.2 Le sommeil	9
I.6.3 Les états de vigilance	10
I.7 La mise en place du lien mère-enfant	12
I.8 La surveillance médicale	13
II Les traitements	13
III Les dépistages	14
III.1 Les dépistages systématiques	14
III.1.1 Les dépistages sanguins	14
III.1.2 Les dépistages sensoriels	15
III.2 Les dépistages et examens biologiques non systématiques	15

III.3 Les techniques de prélèvement sanguin.....	16
III.3.1 Gestion de la douleur engendrée par le prélèvement.....	16
III.3.2 Les précautions à prendre.....	16
IV Les soins.....	17
IV.1 Le bain.....	17
IV.1.1 Le matériel nécessaire.....	17
IV.1.2 Le déroulement.....	18
V Les conseils à donner.....	19
VI Bibliographie.....	19
VII Annexes.....	21

PRÉ-REQUIS

- Physiologie de l'adaptation à la vie extra-utérine
- Prise en charge du nouveau-né en salle de naissance

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Instaurer une surveillance adaptée
- Prescrire et administrer des traitements
- Mettre en oeuvre les dépistages néonataux
- Réaliser une éducation à la santé
- Veiller à l'instauration du lien mère-enfant

INTRODUCTION

En maternité, sont accueillis les nouveau-nés asymptomatiques ou pauci symptomatiques (*cf. glossaire*) , ≥ 35 SA (semaines d'aménorrhée) et ≥ 2000 g.

La surveillance des 1ers jours porte sur :

- La bonne adaptation à la vie extra-utérine,
- L'établissement du lien mère-enfant,
- La mise en route de l'alimentation,
- Le dépistage d'anomalies physiques et/ou biologiques.

Le séjour en maternité (2 à 5 jours) doit permettre de répondre à ces différentes préoccupations en gardant toujours à l'esprit que l'installation d'une bonne relation mère-enfant est essentielle au bon développement de l'enfant.

Tous ces éléments sont notés dans le dossier médico-soignant et dans le carnet de santé.

I LA SURVEILLANCE

Les différents points de surveillance sont :

- La température
- L'alimentation
- Le poids
- Les fonctions d'évacuation
- L'état général, le comportement
- Le sommeil
- La mise en place du lien mère-enfant.

De plus, au moins un examen médical est réalisé.

I.1 LA TEMPÉRATURE

Elle est contrôlée plusieurs fois le 1er jour puis au moins 1 fois par jour, les jours suivants. Ceci permet de vérifier l'efficacité des actions mises en place pour le maintien de la T° corporelle normale : 36,5 ° C à 37,5 ° C.

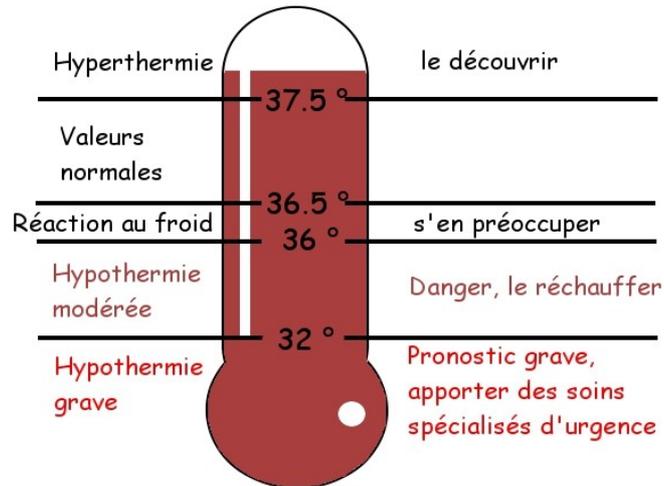
Les nouveau-nés ont besoin d'un environnement plus chaud qu'un adulte. Ils perdent 0,25 ° C/min à 24 ° C, si aucune précaution n'est prise. L'hypothermie est donc un risque important.

Mais, un environnement trop chaud est aussi néfaste pouvant entraîner une hyperthermie.

I.1.1 La prise de la T°

Elle est prise en axillaire sauf à la naissance où elle peut être prise en rectal (vérification de la perméabilité anale).

Figure 1 : Température corporelle du nouveau-né (en °C)



Source : UVMaF

I.1.2 L'hypothermie

Les pertes thermiques sont de 4 ordres : évaporation, radiation, convection et conduction. L'hypothermie peut être suspectée devant une cyanose périphérique, des geignements, un refus de boire, une hypotonie. Une légère acrocyanose (*cf. glossaire*) est fréquente les premiers jours de vie sans signification pathologique.

Dans ce cas, il faut :

- Contrôler la T°
- Réchauffer l'enfant par le peau à peau ou, si la T° est < 36 ° C, par une source de chaleur radiante ou dans une couveuse
- Rechercher et corriger une éventuelle hypoglycémie
- Eviter les déperditions de chaleur (bain, courant d'air, etc.)
- Vérifier la T° au bout d'une heure et jusqu'à ce qu'elle se soit normalisée.

Des couvertures polaires sont de plus en plus utilisées pour aider au réchauffement du nouveau-né.

I.1.3 L'hyperthermie

Elle s'observe le plus souvent quand l'enfant est placé dans une pièce surchauffée, qu'il est trop couvert ou qu'il a beaucoup crié.

Il suffit de le découvrir et de le faire boire. Un bain d'1° C au-dessous de sa T° corporelle permet aussi de baisser la T°.

Comme pour l'hypothermie, la T° doit être contrôlée une heure après et jusqu'au retour à la normale.

En dehors d'amélioration des symptômes, face à une hypo ou une hyperthermie confirmée, évoquer une infection néonatale.

I.2 L'ALIMENTATION

En savoir plus : Cours sur l'alimentation lactée : [http://www.uvmaf.org/UE-
puericulture/besoinsvne/site/html/index.html](http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/besoinsvne/site/html/index.html)

La 1ère tétée doit avoir lieu si possible dans la 1ère heure de vie.

La qualité de l'alimentation est évaluée en relevant plusieurs données :

- L'heure des tétées et leur espacement
- La façon dont l'enfant a bu (suction, déglutition)
- Si l'allaitement est artificiel, la quantité ingérée
- Si l'allaitement est maternel, la durée de la tétée efficace, la prise d'un ou deux seins
- L'existence ou non de petits incidents : fausse route, toux, régurgitation, présence de glaires, vomissements
- Et bien sûr l'évolution de la courbe de poids après le 2ème jour.

I.3 LE POIDS

Le nouveau-né est pesé entièrement nu, une fois par jour, si possible à la même heure et à distance d'une tétée sur une balance tarée.

La courbe de poids est un critère important d'appréciation de l'état de l'enfant. Après une perte de poids de 5 à 10 % physiologique les 1ers jours (élimination du méconium et résorption des œdèmes), la courbe devient ascendante à partir de J3-J4 avec un gain pondéral en moyenne de 20 à 30 g par jour.

I.4 LES FONCTIONS D'ÉVACUATION

I.4.1 Les urines

La 1ère miction doit survenir avant H12 à H48, selon les auteurs.

En son absence, il faut envisager une anomalie du rein ou des voies excrétrices. Mais le plus souvent, le retard n'est qu'apparent, le nouveau-né ayant émis les 1ères urines à la naissance, sans que cela ait été remarqué.

La présence d'urines lors des changes et leur couleur doivent être notées.

Elles peuvent comporter des cristaux d'urate de soude, orangés, sans que ce soit pathologique.

Quand c'est possible, on observe le jet urinaire chez le garçon : il doit être puissant, en arc de cercle. En cas d'existence de valves de l'urètre postérieure, l'écoulement se fait goutte à goutte.

I.4.2 Les selles

Le 1er méconium doit être émis avant H36. C'est une substance noire verdâtre et gluante.

Statistiquement, la première émission de méconium survient avant la 12ème heure de vie chez 69% des nouveau-nés et avant la 24ème heure chez 94% des nouveau-nés. Le retard d'émission est souvent associé à une pathologie organique (bouchon méconial, mucoviscidose, maladie de Hirschsprung).

L'aspect des selles se modifie progressivement les 1ers jours. Il diffère selon le mode d'allaitement :

- Jaune d'or, semi-liquide, avec parfois des grumeaux lors d'un allaitement maternel. Il y a des selles à chaque tétée.
- Plus moulées lors de l'allaitement artificiel. 1 à 3 selles par jour.

I.5 L'ÉTAT GÉNÉRAL ET LE COMPORTEMENT

Ils sont à observer lors des soins, des examens, des tétées mais aussi pendant le sommeil.

Un nouveau-né dort en moyenne 20 h sur 24.

Son état général sera évalué par :

- Sa respiration qui doit être calme autour de 40 mouvements /min.
- Sa coloration rosée qui signe une hématose correcte. Une pâleur est pathologique. Un ictère apparu avant 24 h de vie est toujours pathologique.
- Son attitude spontanée. Couché sur le dos, il est en quadriflexion, la gesticulation est symétrique.
- L'absence de trémulations (*cf. glossaire*). Leur présence signe souvent une hypocalcémie, une hypoglycémie ou un syndrome de sevrage.

- La qualité de la succion lors de l'alimentation.

I.6 LES ÉTATS DE VEILLE ET DE SOMMEIL

I.6.1 Rythmes éveil-sommeil

Ce n'est pas la faim qui le réveille.

Il a tendance à être plus calme le matin et plus éveillé en fin de journée

Il a de très nombreux éveils

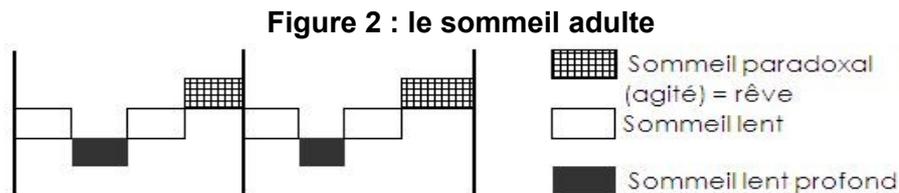
Le sommeil est fractionné et le ré-endormissement aléatoire.

Il a besoin de cohabitation avec bien sûr de grandes différences individuelles.

Il ne fait pas la différence entre le jour et la nuit.

I.6.2 Le sommeil

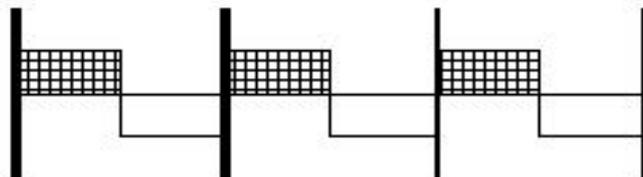
- Le nouveau-né garde les mêmes éveils qu'in utero avec des longs temps de sommeil de 16 à 20 h.



Source : UVMaF

- 4 à 6 cycles d'1 h 30 à 2 h chacun
- Endormissement à heure fixe
- Sommeil profond diminue au fur et à mesure des cycles et sommeil paradoxal (agité) augmente.

figure 3 : le sommeil du nouveau-né



Source : UVMaF

Le Nouveau-Né dort « à l'envers » :

- Il s'endort en sommeil agité donc avec des des mimiques et des mouvements.
- ce rêve dure 50 à 60 % du temps du sommeil
- les cycles sont courts : 45 à 60 min
- le sommeil lent reste léger
- le sommeil est donc fragile.

Le Nouveau-Né n'a pas d'horloge, il s'en fabrique une, petit à petit.

Pour arriver à un cycle mature , il faut compter 4 à 6 mois en moyenne.

Avant 4 mois, il est inutile d'essayer de donner un rythme mature à un bébé.

I.6.3 Les états de vigilance

Pendant le **sommeil agité**, le nouveau-né présente :

- des mouvements, des pleurs, des étirements, des flexions
- des bâillements, des mimiques, des sourires, des mouvements oculaires
- une respiration rapide, irrégulière.

Cet état dure 10 à 45 min, en moyenne 25 min et représente 50 à 60 % du sommeil total.

C'est un sommeil fragile avec des difficultés à enchaîner les cycles. S'il se réveille au bout de 20 min, c'est qu'il n'a pas réussi son passage en sommeil lent.

figure 4 : le sommeil agité



Source : UVMaF

Pendant le **sommeil lent**, le nouveau-né est immobile, en flexion, bras et jambes fléchies. Son visage est pâle, peu expressif, les yeux sont fermés. Sa respiration est régulière, peu ample. Le sommeil lent représente 40 % du sommeil total et dure +/- 20 min.

Figure 5 : le sommeil lent



Source : UVMaF

Pendant la phase **d'éveil agité**, le nouveau-né est tonique et bouge fébrilement les bras et les jambes. Il ne communique plus et réagit peu si on lui parle. Il pleure, grimace, son visage est crispé, sa respiration est irrégulière.

Les phases d'éveil sont très fréquentes en début de vie. Il représente 90 % du temps d'éveil.

Figure 6 : éveil agité



Source : UVMaF

L'éveil calme est caractérisé par 2 types d'éveil :

- L'éveil tranquille où le nouveau-né est tonique, tranquille. il bouge peu, est attentif à toute stimulation. Son visage est expressif, les yeux sont grands ouverts et le regard est pétillant. Il suit un objet du regard et a des sourires de réponse. La respiration est régulière. Cet éveil tranquille dure 2 à 3 min, 2 à 3 fois/jour.
- L'éveil somnolent où le nouveau-né est peu tonique avec une mobilité variable. Le visage est peu expressif ; Le nouveau-né retombe facilement dans le sommeil. Sa respiration est régulière. S'il faut le réveiller, c'est le meilleur état

Figure 7 : éveil calme



Source : UVMaF

I.7 LA MISE EN PLACE DU LIEN MÈRE-ENFANT

Par une interaction permanente, la mère et l'enfant, ainsi que le père vont vivre de manière synchrone dès la naissance et durant les premières semaines de vie, cette relation va s'enrichir sans cesse. C'est l'aboutissement de tous les facteurs qui sont entrés en jeu lors de la grossesse et de l'accouchement.

Dans certaines situations, cette relation fusionnelle peut se révéler extrêmement fragile et à la suite d'un accident, d'un conflit, d'une complication, d'une déception, d'une simple erreur de puériculture, la magie de l'interaction peut ne plus se faire. La relation psychoaffective entre les parents et l'enfant s'établit alors avec difficulté, ou de façon déviante, se détériorant secondairement jusqu'au rejet, l'hostilité, l'indifférence voire même la maltraitance.

L'équipe soignante doit donc toujours être, et d'autant plus dans l'optique de la sortie, à l'affût de la moindre situation à risque.

On trouve des signes d'alarme ou des situations devant faire craindre des troubles de la relation mère-enfant tout au long de l'histoire de la femme et de sa grossesse.

Dans l'histoire de la mère, on peut noter une mère isolée (aux conditions socio-économiques très défavorables, adolescente, maltraitée dans son enfance, psychiatrique, alcoolique, toxicomane), un événement émotionnel grave (départ du partenaire, deuil, perte d'emploi), des antécédents de décès néonatal au cours d'une grossesse précédente.

Dans l'histoire de la grossesse, on peut noter une grossesse non désirée, cachée ou pathologique, le désir initial d'IVG.

L'accouchement pathologique particulièrement long et douloureux, voire la césarienne non prévue, peuvent être à l'origine de troubles émotionnels chez la mère ; tout comme certains problèmes liés à l'enfant comme une erreur de prévision de sexe, une malformation ou autre problème qui nécessiterait le transfert de l'enfant dans un service spécialisé.

En suites de couches, les premières relations doivent être surveillées étroitement par l'équipe : désintérêt, intolérance aux cris de l'enfant, absence de volonté d'assurer les soins, phases d'agressivité.

Au moment de la décision de sortie, il est important de savoir s'il y a eu organisation au foyer pour l'arrivée du nourrisson. Il faut être vigilant face aux sorties précipitées ou au contraire aux refus de quitter la maternité.

C'est à travers les soins, l'attitude générale de la mère vis-à-vis de son enfant mais aussi des propos émis par celle-ci que les soignants pourront tenter de repérer la mise en place de ce lien. Il est primordial de rester dans l'accompagnement et d'éviter tout jugement de valeur pour pouvoir accompagner efficacement les mères, les couples dans ce cheminement qui ne va pas de soi pour tous.

I.8 LA SURVEILLANCE MÉDICALE

Le 1er examen complet doit être réalisé par une sage-femme ou un pédiatre dans les premières 24 heures de vie. Son but principal est de s'assurer que le pronostic vital n'est pas engagé.

Avant la sortie de la maternité, un autre examen doit être réalisé par un pédiatre. Les objectifs de ces examens sont :

- De s'assurer de la normalité des grandes fonctions physiologiques,
- De dépister les anomalies ou malformations susceptibles de nécessiter une surveillance particulière ou une prise en charge rapide.

Cet examen est noté dans le carnet de santé et fait l'objet de la rédaction du certificat de santé (dit certificat du 8ème jour) délivré par le médecin et adressé au médecin de PMI dans les 8 jours qui suivent la naissance. Il permet :

- l'élaboration de données épidémiologiques au niveau national, régional et départemental,
- l'obtention de prestations familiales.

II LES TRAITEMENTS

Ce sont des suppléments pour prévenir certaines pathologies :

- La vitamine K1 : 2 mg à la naissance et à J1 puis 1 fois par semaine en cas d'allaitement maternel exclusif. Elle prévient la maladie hémorragique du nouveau-né (MHNN)
- La vitamine D : à partir de J2, 800 à 1 000 UI/jour en cas d'allaitement au sein ou 400 à 800 UI/jour lors d'un allaitement artificiel :

- Zyma D® : 1 goutte = 300 UI donc
 - 2 gouttes si allaitement artificiel,
 - 4 gouttes si allaitement maternel,
 - 6 gouttes si la peau est foncée.
- OU Uvestérol D® 1500 UI/ml :
 - Dose L si allaitement artificiel
 - Dose 1 si allaitement maternel
 - Dose 2 si peau foncée
- Cette supplémentation doit être poursuivie jusqu'à l'âge de 18 mois – 2 ans, puis au moins 1 fois par an en début d'hiver par une Uvedose® à 100 000 UI jusqu'à 5 ans. Elle prévient le rachitisme.

III LES DÉPISTAGES

Certains sont systématiques, d'autres fonction de l'état clinique du nouveau-né ou du contexte.

III.1 LES DÉPISTAGES SYSTÉMATIQUES

III.1.1 Les dépistages sanguins

Le plus ancien test de dépistage est le test de Guthrie généralisé en France en 1972. Il concerne le dépistage de la phénylcétonurie et a été associé progressivement à d'autres dépistages néonataux.

Ils sont réalisés après 3 jours d'alimentation (à partir de 72 heures). Ils portent sur :

- La phénylcétonurie (1/15000 naissances) : peut conduire à une encéphalopathie évolutive irréversible (risque d'arriération mentale) dont les premiers signes n'apparaissent que vers 3-4 mois. Le traitement est un régime hypoprotidique avec supplémentation d'acides aminés dépourvus de phénylalanine.
- L'hypothyroïdie (1/4000 naissances) : son dépistage permet une amélioration du pronostic intellectuel des enfants hypothyroïdiens (risque de nanisme et débilité mentale). Le traitement est simplement la prise de L-thyroxine.
- L'hyperplasie congénitale des surrénales (1/15000 naissances) entraîne un déficit en cortisol et en aldostérone dont la décompensation aiguë est le collapsus (risque de déshydratation aiguë et de mort). Le traitement est la prise de cortisone, de 9 alpha fluorohydrocortisone et de chlorure de sodium.

- La mucoviscidose (1/2500 naissances) est dépistée précocement au même titre que les affections sus-citées. Son dépistage biochimique puis génétique impose le consentement éclairé des parents. Elle entraîne une insuffisance respiratoire et digestive mais l'absence d'une réelle thérapeutique efficace en amoindrit l'intérêt.
- La drépanocytose (1/4000 naissances) est une maladie génétique autosomique récessive dont le dépistage est réalisé chez les enfants à risque en fonction de l'origine ethnique des parents. Elle implique une grande susceptibilité aux infections et la survenue de crises anémiques par séquestration splénique aiguë (risque d'anémie hémolytique). Le dépistage permet d'entreprendre précocement un traitement adéquat en cas de complication, d'instituer une prophylaxie des infections pneumococciques et surtout d'éduquer les parents (apprendre à reconnaître la pâleur, l'ictère, etc.)

Ces dépistages ont pour but de dépister des maladies rares mais graves et de proposer un traitement ou une prise en charge précoce améliorant le pronostic et la qualité de vie.

III.1.2 Les dépistages sensoriels

Il porte sur l'audition avec les oto-émissions acoustiques (OEA) ou potentiels évoqués auditifs (PEA). Ces tests permettent d'enregistrer des sons perçus par l'oreille interne. Faits dans de bonnes conditions, ils ont une grande fiabilité de dépistage de la surdité (1/1000). Ils ne sont actuellement pas généralisés à l'ensemble des maternités pour des raisons économiques et restent réservés aux enfants qui ont un risque plus élevé (prématurité, antécédents familiaux, infection fœtale...).

III.2 LES DÉPISTAGES ET EXAMENS BIOLOGIQUES NON SYSTÉMATIQUES

● Groupe-rhésus

Si la patiente est de rhésus négatif, il est nécessaire de faire pratiquer un groupage- rhésus chez l'enfant. On recherchera le Rhésus et on pratiquera un test de Coombs en prélèvement périphérique (veineux ou capillaire). Ces tests permettront de mettre en place une prévention chez la mère par injection d'immunoglobulines anti-D si le rhésus de l'enfant est positif.

● Bilan infectieux

Si l'on suspecte une infection materno-fœtale, un prélèvement gastrique aura pu être réalisé à la naissance et à J1, une CRP (C Reactive Proteine), une NFS plaquettes seront prélevées.

● Glycémie et calcémie

Le dosage sanguin de la glycémie et de la calcémie sont à réaliser en cas de tableau clinique évocateur d'hypoglycémie (atonie, trémulations, etc.) ou d'hypocalcémie (trémulations, hyper excitabilité, hypertonie).

Hypoglycémie : glycémie < 2,6 mmol/l (0,47 g/l)

Hypocalcémie : calcémie totale < 2,2 mmol/l (85 mg/l) ou calcémie ionisée < 1 mmol/l (40 mg/l)

III.3 LES TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT SANGUIN

III.3.1 Gestion de la douleur engendrée par le prélèvement

Pour soulager la douleur engendrée par le prélèvement sanguin, il est fortement conseillé de donner au nouveau-né du saccharose avant le prélèvement.

- La posologie pour une préparation de saccharose à 24 %, est fonction du poids du nouveau-né :
 - 2 à 2,5 kg : 0,5 ml
 - 2,5 à 3 kg : 1 ml
 - > 3 kg : 2 ml
- Il doit être donné 3 minutes avant le prélèvement avec une pipette ou dans une tétine. Il est possible de laisser la tétine pendant le prélèvement.
- L'administration peut être renouvelée toutes les 5 à 10 minutes.

III.3.2 Les précautions à prendre

Les prélèvements sanguins sont pratiqués en majorité par un abord veineux sur la main.

En cas de prélèvements fréquents, on peut faire le prélèvement en capillaire au niveau du talon.

Lorsqu'il est capillaire, certaines précautions sont à prendre :

- Il est nécessaire de réchauffer le talon et de le mettre en dessous du niveau du cœur pour favoriser le débit sanguin
- L'incision est réalisée avec une lancette n'allant pas au-delà de 2,4 mm (risque de lésion de l'os)
- L'incision doit être pratiquée sur le côté du talon et non à l'arrière (risque de lésion de l'os)
- La 1ère goutte est essuyée avec une compresse stérile

- La pression autour du talon doit être douce pour éviter l'hémolyse et une trop grande douleur
- Il ne faut jamais inciser sur une zone déjà utilisée précédemment

Lorsque le prélèvement se fait sur un papier buvard (dépistages du 3ème jour) :

- Le carton ne doit pas toucher le talon ou l'aiguille de prélèvement
- Il faut une goutte de sang par cercle. Le sang doit imbiber les 2 faces du buvard
- Le buvard rempli doit sécher à l'air libre, à l'horizontale, pendant 3 heures, à l'abri du soleil.

IV LES SOINS

Ils comportent les changes, la toilette et les soins du cordon.

Les **changes** sont réalisés en moyenne 7 à 8 fois par jour.

Les **soins du cordon** doivent être faits au moins 1 fois par jour et dès qu'il est souillé par des urines ou des selles.

La **toilette** est quotidienne. Elle peut être pratiquée partiellement pour éviter le refroidissement du nouveau-né ; un bain peut aussi être donné.

Pour ce dernier, la technique et le déroulement varient selon les lieux. Mais, quelle que soit la technique, c'est une pratique qui demande :

- des aptitudes d'observation, d'organisation, de rapidité d'exécution (risque d'hypothermie),
- des connaissances en hygiène,
- une capacité à se mettre en lien avec le nouveau-né et sa mère.

Les objectifs visés sont une bonne hygiène du nouveau-né, son confort et l'apprentissage et l'information des parents sur ces soins de base.

Les **soins du cordon** ont pour but la prévention de l'infection, le séchage du cordon et la bonne cicatrisation de la zone d'insertion.

IV.1 LE BAIN

IV.1.1 Le matériel nécessaire

Les emballages et les dates de péremption sont toujours vérifiés avant utilisation.

- Produits pour la désinfection et la protection des mains

- Matériel pour le bain : savon surgras, gants, serviettes, thermomètre de bain
- Matériel pour le cordon : solution antiseptique, compresses stériles, +/- pince pour enlever le clamp de Bar
- Matériel pour le visage : sérum physiologique, cotons,
- Accessoires : pèse bébé taré avec une feuille de protection, thermomètre
- Layette adaptée au nouveau-né et à la T° du lieu, couche
- Linge de literie
- Thérapeutiques : Vit K1 ou D, crème protectrice pour le siège
- Produits et matériel pour la désinfection des surfaces

IV.1.2 Le déroulement

- **Ne jamais laisser seul un enfant sur la table à langer**
- Préparation du matériel et de l'environnement
- Préparation du bain : l'eau doit être à 37° C. Il faut tenir compte du temps de déshabillage et donc prévoir quelques degrés au dessus.
- Déshabillage du nouveau-né : sans tirer sur les membres ou les vêtements. En décubitus ventral, les bras doivent être relevés. Il faut commencer par le siège car s'il est souillé, on le nettoie et on finit le déshabillage ensuite.
- Nettoyage du siège et des organes génitaux si souillés
- Prise de la T° si nécessaire
- Inspection du cordon et de la peau
- Vérification de la présence des **2 bracelets d'identification** (5poignet et cheville controlatérale)
- Pesée
- Savonnage :
 - Cuir chevelu si rinçage sous l'eau
 - Cou (tête en légère extension)
 - Membres supérieurs en insistant sur les plis et les espaces interdigitaux
 - Thorax, dos
 - Membres inférieurs en allant des pieds vers les hanches

- Plis inguinaux, organes génitaux
- Siège, sillon inter fessier et fossette sacrée
- Bain ou rinçage sous l'eau. Si bain, savonnage et rinçage du cuir chevelu
- Séchage : plis ++
- Rhabillage partiel : body et brassière et +/- bonnet et chaussons ; couche posée sous le siège ; utiliser la méthode de la pince pour enfiler les manches
- Soins du cordon : soin antiseptique ou détersion
- Couche (pénis vers le bas) et fin de l'habillage
- Soins du visage :
 - Bien maintenir la tête
 - Nettoyage des yeux avec sérum physiologique sur coton sans repasser au même endroit avec le même coton
 - Nettoyage du pavillon des oreilles
 - Nettoyage du visage : front, nez, ailes du nez, joues, menton et contour de la bouche
- Changement de la literie et désinfection du berceau si besoin
- Réinstallation du nouveau-né et de son environnement
- Rangement, nettoyage et désinfection du matériel et de l'environnement
- Transmissions orales et écrites

V LES CONSEILS À DONNER

Ils doivent être adaptés à la situation. Il est donc nécessaire d'avoir des notions sur les antécédents, la grossesse, l'accouchement, le contexte socioéconomique et affectif de la mère.

Ils concernent les soins de puériculture, l'hygiène alimentaire, les conditions de vie (sommeil, tabagisme, couchage, etc.) et la sécurité. Il est important de dire à la mère que le nouveau-né doit toujours être placé sous surveillance même quand la mère doit s'absenter de la chambre.

VI BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie : Soins aux nouveau-nés – Avant, pendant et après la naissance - J. Laugier, J.C. Rozé, U. Siméoni, E. Saliba – Ed Masson – 2006

Bibliographie : Pédiatrie en maternité, réanimation en salle de naissance – E. Gold, M.H. Blond, C. Lionnet – Ed. Masson – 2002

Bibliographie : Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né – J.-M. Hascoët, P. Vert – Ed Masson – 2010

Bibliographie : Formation Co-Naître octobre 1998 – Limoges

VII ANNEXES

GLOSSAIRE

- acrocyanose : cyanose des extrémités
- pauci symptomatiques : qui donne lieu à peu de symptômes
- trémulations : mouvements rythmiques diffusant en salves au niveau du menton ou des extrémités sans fixité oculaire, ni trouble de la conscience

EN SAVOIR PLUS

- Cours sur l'alimentation lactée : [http://www.uvmaf.org/UE-
puericulture/besoinsvne/site/html/index.html](http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/besoinsvne/site/html/index.html)

ABRÉVIATIONS

- OEA : oto-émissions acoustiques
- PEA : potentiels évoqués auditifs