

	<b>Accueil du nouveau-né bien portant</b> <b>Soins de routine en salle de naissance</b>		
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	<a href="http://www.rp2s.fr">www.rp2s.fr</a> Protocoles onglet NN	<b>Com prev – Com scient</b>
			Création : avril 2019
			Approbation : Comité scientifique 13 juin 2019

## 1° Objet, domaine d'application, références

Ce document est un guide à destination des maternités du RP2S. Il ne remplace pas les procédures de chaque maternité.

Il concerne les enfants nés  $\geq 35$  SA, avec une bonne adaptation néonatale (crie ou respire, bon tonus), quel que soit leur mode de naissance et quel que soit le choix d'alimentation (allaitement maternel ou non).

### Objectifs du protocole :

Respecter la physiologie de la naissance. Les soins de base ne doivent pas gêner la mise en place immédiate, suffisamment longue et ininterrompue d'un contact en **peau à peau sécurisé** parent-enfant en salle de naissance. Dans chaque maternité, adapter les soins de routine aux recommandations mises à jour.

**Les soins et gestes de routine ne doivent pas empêcher le peau à peau.**

**Tout examen ou traitement du bébé doit être entrepris avec le consentement des parents et en leur présence ou, si cela n'est pas possible, après les en avoir informés.**

**Document associé :** Protocole Peau à peau en salle de naissance

### Références :

HAS Recommandations : fiche mémo accueil du nouveau-né en salle de naissance. Décembre 2017.

OMS Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 2015.

SFN Mise à jour des recommandations pour la vitamine K. 2015.

ILCOR : Neonatal Resuscitation. 2015.

AFSSAPS 2010 : Prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né

Charte régionale Soins de Développement

## 2° Adaptation des soins de routine, en se référant aux recommandations mises à jour

- Perméabilité des **choanes** : Il n'est pas recommandé de vérifier systématiquement la perméabilité des choanes. Si cela est néanmoins fait, choisir une méthode non invasive (type buée sur miroir).
- **Liberté des voies aériennes** : il n'est pas recommandé de procéder systématiquement à l'**aspiration** (oropharynx et narines).
- **Atrésie de l'oesophage** : Une atrésie œsophagienne doit être recherchée en cas d'anamnèse obstétricale et/ou échographique (malformations, hydramnios, estomac non visualisé...) ou en cas de signes cliniques chez le nouveau-né : hyper salivation, détresse respiratoire, anomalie à la première tétée...

En l'absence de signes évocateurs, la vérification systématique de la perméabilité de l'œsophage par la pratique du **test à la seringue** n'est pas recommandée.

Par contre, il est nécessaire d'initier la première tétée en présence et avec l'attention d'un soignant.

- Présence de **sang ou méconium sur la peau** ou le cuir chevelu : essuyer avec un linge humide et sécher (pas de bain avant 24 heures de vie - charte SDD)
- Essuyer **les yeux** (OMS). Collyre selon protocole de la maternité (la prophylaxie n'est recommandée que si les parents sont à risque d'Infection Sexuellement Transmissible, AFSSAPS 2010).

## 2° Quand faire les soins de routine ?

Les soins doivent être réalisés si possible après au minimum 1 heure de peau à peau continu (HAS), et après que le nouveau-né ait tété. Il est possible et conseillé de remettre le bébé en peau à peau après les soins.

Certains **soins** peuvent se pratiquer **durant le peau à peau** : glycémie capillaire si indiquée, prise de température axillaire, vérification perméabilité choanes avec le miroir si souhaitée ...

D'autres soins ne seront réalisés qu'**à la fin des 2 heures de peau à peau** :

- Les mensurations : poids + PC. La taille peut être mesurée de façon différée.
- La vitamine K1 (2 mg per os) doit être administrée dans les premières heures de vie : il est préférable de l'administrer après la première tétée et avant le passage en chambre en suites de naissance.

## 3° Première tétée en salle de naissance

Il n'y a pas d'horaire précis recommandé. Laisser le temps au bébé, observer le comportement du nouveau-né, et conseiller la mère (pour son installation notamment).

La présence d'un soignant est recommandée, au minimum pour l'initiation de la 1<sup>ère</sup> tétée.

## 4° Examen clinique

Un examen clinique minimal est pratiqué par la sage-femme durant les 10 premières minutes de vie (malformation, respiration, voies aériennes).

L'examen clinique complet par la sage-femme est nécessaire avant la sortie de salle de naissance (vers 2 heures de vie).

Cet examen doit se dérouler sur un plan dur, dans de bonnes conditions thermiques et d'éclairage, devant la mère si possible, ou en présence de l'accompagnant.

## 5° Surveillance

**Pour tous les nouveau-nés (qu'ils soient ou non en peau à peau) :**

- La HAS recommande une surveillance du nouveau-né au minimum toutes les 15 minutes la 1<sup>ère</sup> heure de vie, avec traçabilité
- La première tétée (au minimum son initiation) doit avoir lieu en présence d'un soignant
- En cas de naissance en contexte de liquide amniotique méconial, la mesure de la SpO2 est recommandée vers 10 à 15 minutes de vie, puis avant la sortie de salle de naissance (RP2S).

## Anticipation et information des parents

Il est recommandé d'informer les parents sur la pratique du peau à peau et des soins de routine, en amont de la naissance, au cours des séances de préparation à la naissance et parentalité, voire au cours du travail.

La maternité favorise ces échanges, qui peuvent se formaliser sous forme d'un projet de naissance.

Il est proposé que chaque maternité informe ses partenaires (libéraux, PMI...) de ses pratiques habituelles concernant l'accueil du nouveau-né bien portant.

Les parents sont partenaires du soin et de l'accueil du bébé et leur consentement requis.

L'équipe informe et respecte le libre choix de la mère et du couple.