

	<b>Proposition de procédure médicale</b>	
	<b>RESEAU PERINAT GUYANE</b>	<b>PROTOCOLE</b>
	<b>PROTOCOLE : Accueil du nouveau-né sain en salle de naissance dans les 2 premières heures de vie</b>	
Rédigée par : CHIFFOLEAU S, Coordinatrice enfant vulnérable		Date de diffusion : 23/07/19
Approuvée par : Dr BOURY, Dr PROMPT, Dr RANAIVOARIVONY, Dr SOLONIAINA	Version : 2	Validé par la commission protocole du : 28/03/19
	Modifié le	Total pages : 4

### 1. Personnes concernées

- Services de soins hospitaliers :
  - o Pédiatrie
  - o Néonatalogie
  - o Bloc obstétrical
  - o Grossesses pathologiques
  - o Suites de couche

### 2. Objectifs

Ce protocole se propose de préciser les modalités et le déroulement des soins à la naissance des nouveau-nés sains de plus de 35SA, nés par voie basse et sans pathologie. Il s'applique dans les 2 premières heures de vie et principalement au bloc obstétrical.

### 3. Introduction

#### Le nouveau-né sain :

L'ILCOR 2010 définit un nouveau-né « normal » quand la réponse est OUI aux 4 questions suivantes :

- Est-ce que le nouveau-né est à terme ?
- Est-ce que le LA est clair et sans infection potentielle ?
- Est-ce que le nouveau-né respire et crie ?
- Est-ce que le nouveau-né a un bon tonus ?

**Le score d'APGAR est un score permettant la cotation de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine et NON une aide décisionnelle pour les actions à mettre en œuvre dans la prise en charge de celui-ci.**

### Les conditions préalables :

- La salle de naissance doit être à une température de 25°C
- La lumière doit être faible et indirecte (modifiable selon les besoins de prise en charge)
- La porte doit être fermée afin de permettre une ambiance calme en évitant les bruits et afin de permettre le respect de l'intimité de la patiente
- Les allers et venues doivent être limités aux strictes nécessaires

#### Pour le nouveau-né :

- La table de naissance doit être prête : en mode air à 39°, matériel vérifié et fonctionnel, aspiration avec pression de vide réglée à 200mmHg, éclairage faible et modifiable selon les besoins de prise en charge
- Portes fermées pour éviter les pertes de chaleur par convection

## 4. En pratique

### Le clampage du cordon :

Les dernières recommandations préconisent le **clampage retardé du cordon** (environ une à trois minutes après la naissance) chez les nouveau-nés ne nécessitant pas de gestes réanimatoires, afin d'améliorer la NFS et le stock en fer, sans effet délétère, par rapport au clampage immédiat.

### Évaluation initiale :

- Il est recommandé d'évaluer à la naissance la respiration, le cri, et le tonus du nouveau-né afin de déterminer rapidement si des manœuvres de réanimation sont nécessaires
- Si les paramètres observés sont insatisfaisants, les manœuvres de réanimation doivent être débutées sans délai, la venue d'un pédiatre en urgence doit alors être sollicitée
- Si les paramètres observés chez le nouveau-né sont satisfaisants, il est recommandé de proposer à la mère une **mise en peau à peau** avec son nouveau-né, en mettant en place le protocole de surveillance, après l'avoir séché, mis son bonnet et couvert avec un linge sec et chaud. L'évaluation du score d'Apgar à une et à cinq minutes n'empêchant pas cette installation
- Il n'est pas recommandé de procéder systématiquement à l'aspiration de l'oropharynx ni des narines

### Surveillance de la mère et de son nouveau-né :

- Il est recommandé de différer après la 1ère heure suivant la naissance, les soins postnataux de routine tels que la pesée, les mesures et la prise de la température
- La mère et son nouveau-né sont observés et suivis attentivement **pendant les 2 premières heures qui suivent la naissance**. Cette surveillance est effectuée au minimum toutes les 15 minutes durant la 1ère heure, et, est consignée par écrit dans le dossier par le soignant qui l'a réalisée.

### Interventions non médicamenteuses :

- Il est recommandé **d'éviter la séparation mère/enfant** car cette proximité physique est l'un des éléments essentiels permettant la bonne mise en place du lien d'attachement
- Il est nécessaire **d'accompagner et d'encourager l'allaitement maternel** et la première mise au sein dans le respect du choix de la femme, dès que possible après l'accouchement
- Veiller à dégager la face du nouveau-né et en particulier les narines lorsque celui-ci est placé contre sa mère après la naissance, nécessité d'expliquer cette « bonne position » aux parents
- La présence d'une tierce personne auprès de la mère et de l'enfant est favorisée

### L'examen clinique du nouveau-né dans les 1ères heures de vie :

- Tout nouveau-né doit bénéficier après la naissance d'un premier examen réalisé par la sage-femme ayant pour but la vérification de sa bonne adaptation, le dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques, etc.) avec une traçabilité écrite avant de quitter la salle de naissance
- Les mesures et soins de routine ne seront réalisés qu'à la fin des deux heures de peau à peau, avant de transférer la mère et l'enfant en suites de naissance. Ce premier examen global du nouveau-né se fait sur un plan dur, et dans de bonnes conditions thermiques et d'éclairage, devant la mère si possible ou en présence de l'accompagnant
- Les observations et les mesures sont notées sur les feuilles de surveillance pour nouveau-né. Les éléments non mis en évidence à la naissance seront recherchés ultérieurement

### Interventions médicamenteuses et techniques :

Il est recommandé de veiller à ce que tous les examens ou traitement du bébé soit entrepris avec le consentement des parents et en leur présence ou si cela n'est pas possible, après leur en avoir parlés.

- **Dépistage de l'atrésie des choanes** : n'est pas recommandé en systématique
- **Dépistage de l'atrésie de l'œsophage** : en l'absence de signes cliniques évocateurs, la vérification de la perméabilité de l'œsophage avec le test à la seringue n'est pas recommandée
- **Désinfection oculaire** : l'antibioprophylaxie conjonctivale néonatale n'est pas systématique, elle est recommandée en cas d'antécédents ou de facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles chez les parents. Les grossesses non ou mal suivies sont considérées comme facteur de risque d'IST.
- **Vitamine K1** : sa supplémentation est systématique dans les 2 heures qui suivent la naissance (1<sup>ère</sup> dose orale : 2mg) afin de prévenir la maladie hémorragique du nouveau-né.

## 5. Documents de référence

- Fiche mémo HAS : « accueil du nouveau-né en salle de naissance » Décembre 2017
- Clampage du cordon pour la prévention de l'anémie ferriprive chez les nourrissons : moment optimal : recommandation OMS
- Société française de néonatalogie. Réanimation du nouveau-né en salle de naissance 2<sup>e</sup> éd. Paris: Sauramps Médical; 2016.
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né. Saint-Denis: AFSSPS; 2010.
- Haute Autorité de Santé. Atrésie de l'œsophage. Protocole national de Diagnostic et de Soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008

