

LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ À LA NAISSANCE

Dès que le bébé est né :

- demander à un équipier de noter l'heure précise ($T = 0$);
- réaliser une **évaluation visuelle et quasiment instantanée du nouveau-né** en appréciant :
 - » sa **respiration**;
 - » son **cri**;
 - » son **tonus** (mouvements spontanés des membres).
- **adapter la conduite à tenir** en fonction de cette première évaluation.

Il est important de noter l'heure précise, à la fois pour un problème d'état civil, mais aussi pour minuter les différentes étapes de la conduite à tenir.

1. Le nouveau-né va bien

- **L'évaluation**

L'évaluation du nouveau-né montre :

- un **cri vigoureux**;
- une **respiration ample**, sans blocage ni pause;
- un **tonus vif**.

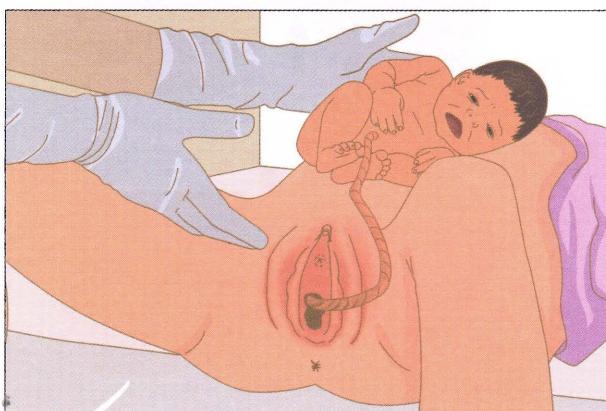
La SpO_2 normale du nouveau-né est de 70 % à la 3^e minute, 80 % à la 5^e minute et 90 % à la 10^e minute. Ceci explique la cyanose initiale qui régresse progressivement.

Cet examen montre un nouveau-né en bonne santé.

- **Conduite à tenir standard**

- 1 **Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère et sur le côté, peau contre peau**, la tête bien dégagée, le temps de réaliser les soins (cordon non clampé, éviter des différences importantes de hauteur entre la mère et le nouveau-né).

Figure 14-21 : soins au nouveau-né



- 2 **Sécher par tamponnement la peau du nouveau-né**, à l'aide d'une serviette propre sèche et tiède qui ne risque pas de le brûler puis procéder à l'évaluation.
- 3 **Mettre une paire de gants à usage unique**.

- 4 **Clamer le cordon ombilical** (cf. fiche technique M.24) rapidement, dans les 5 premières minutes après l'accouchement. Si l'accouchement a eu lieu avant l'arrivée des secours, clamer immédiatement le cordon.

Figure 14-22 : mise en place de clamps



- 5 **Couvrir le nouveau-né et la mère**.
- 6 **Couvrir la tête du nouveau-né avec le bonnet en jersey**.
- 7 **Envelopper le nouveau-né et le couvrir par une couverture de survie**. La prévention de l'hypothermie est fondamentale chez le nouveau-né.
- 8 **Reposer le nouveau-né sur le ventre de sa mère, sur le côté**.

Figure 14-23 : le « peau à peau »



- 9 Dès le cordon ombilical est sectionné par l'équipe médicale, placer le nouveau-né dans le sac en polyéthylène.
- 10 Surveiller le nouveau-né et sa mère.

Figure 14-24 : le « peau à peau »



2. La réanimation du nouveau-né

- L'évaluation

L'évaluation du nouveau-né montre :

- une absence totale de cri ou un geignement (l'enfant ne crie pas mais émet une plainte à chaque mouvement respiratoire);
- une respiration inefficace : superficielle, irrégulière bruyante avec tirage, des apnées ou des gasps;
- un tonus faible ou absent.

Le chef d'agrès fait mesurer la fréquence cardiaque et la SpO₂ sur la main droite (capteur sparadrap pédiatrique).

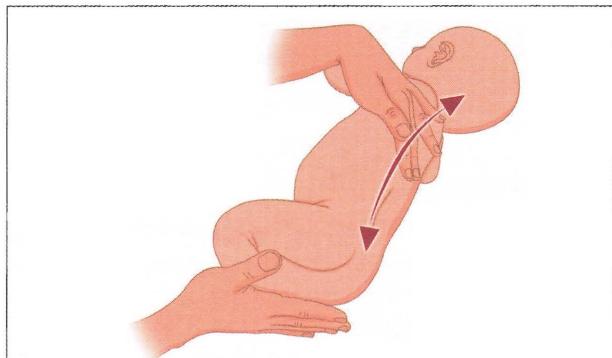
En outre, le nouveau-né peut présenter une pâleur extrême qui doit inquiéter les sapeurs-pompiers et être indiquée en priorité lors de la transmission du bilan.

- Conduite à tenir

Les premiers gestes décrits ci-dessous, doivent être effectués très rapidement mais sans affolement. Cela impose obligatoirement une prise en charge par trois sapeurs-pompiers au minimum. Ces gestes permettent souvent une amélioration de l'état du nouveau-né et en particulier la mise en route de la respiration, sans avoir à réaliser le MCE. Les étapes doivent être respectées pour «animer» le nouveau-né :

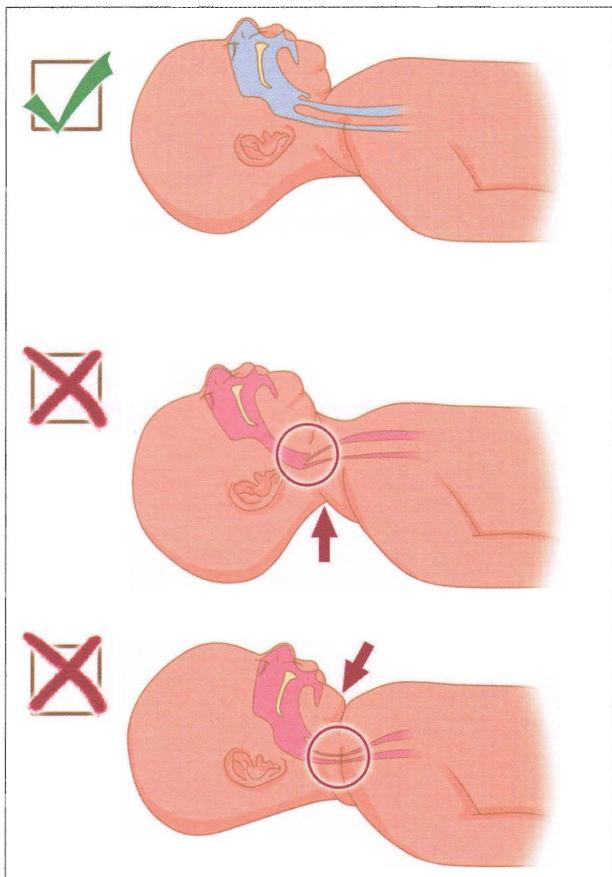
- 1 Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère et sur le côté, peau contre peau, la tête bien dégagée, le temps de réaliser les soins.
- 2 Sécher par tamponnement la peau du bébé, à l'aide d'une serviette propre sèche et tiède qui ne risque pas de brûler le bébé et procéder à l'évaluation.
- 3 Stimuler le nouveau-né en conservant le plus possible sa tête en position neutre en frictionnant doucement le dos.

Figure 14-25 : stimulation par friction du dos



- 4 Si le nouveau-né reste critique, clamer et sectionner le cordon ombilical (cf. fiche technique M.24).
- 5 Installer le nouveau-né sur un plan dur recouvert d'une serviette en prévention de l'hypothermie par conduction.
- 6 Libérer les voies aériennes supérieures :
 - mettre la tête en position neutre (position pouvant être améliorée par la mise en place d'un coussin de rembourrage sous les épaules);
 - aspirer prudemment et brièvement le nouveau-né en cas d'encombrement (ronflements, présence de liquide dans la bouche) (cf. fiche technique M.04).

Figure 14-26 : position neutre chez le nouveau-né



- 7 Une fois tous ces gestes réalisés, effectuer à nouveau une évaluation du nouveau-né, comprenant notamment la mesure de la fréquence cardiaque par le scope multiparamétrique.
 - Son état s'améliore : la respiration devient plus régulière, le cri devient plus vif, il est plus tonique : reprendre la conduite à tenir standard avec une surveillance constante.
 - Son état reste identique ou se dégrade :
- 8 Si le nouveau-né reste atone, bradycarde (fréquence cardiaque mesurée < 100/min), effectuer des insufflations d'air à une fréquence approchant les 40 insufflations/min pendant 30" (les cinq premières insufflations doivent être réalisées lentement et prudemment sans nécessairement chercher à obtenir un soulèvement du thorax) (cf. fiche technique M.08).
- 9 Après 30 secondes de ventilation efficace, regarder la fréquence circulatoire sur le scope multiparamétrique :
 - si la fréquence cardiaque est comprise entre 60 et 100/min, poursuivre les insufflations à l'air ;
 - si la fréquence cardiaque est inférieure à 60/min le nouveau-né est considéré comme étant en arrêt cardiaque. Débuter la RCP avec :
 - un rythme de 3 compressions thoraciques et 1 insufflation avec un apport complémentaire d'oxygène,
 - un MCE à une fréquence de 120/min (cf. fiche technique G.13).
- 10 Réaliser une évaluation du nouveau-né toutes les 30 secondes :
 - si la ventilation devient efficace, que le cri apparaît ou devient plus vif et que le nouveau-né est plus tonique et rosit, reprendre la conduite à tenir standard en effectuant une surveillance constante. Lutter activement contre l'hypothermie ;
 - dans le cas contraire, prendre une fréquence circulatoire et adapter la conduite à tenir.

Simultanément, recontacter la régulation médicale en précisant qu'il s'agit d'un nouveau-né en détresse respiratoire ou en arrêt cardiaque.