

	<h1 style="text-align: center;">ACCUEIL DU NOUVEAU-NE NORMAL DE 37 SA ET PLUS SANS PATHOLOGIE, DANS LES DEUX PREMIERES HEURES DE VIE</h1>
Rédacteur(s) :	<p>Groupe de travail : ALLIER C (SF Cèdres)-BERNE AUDEUD F(Pediatre RPAI) - COMBET BLANC L (SF Coordinatrice CHUGA VOIRON) – DAVID N (Pediatre Belledonne) – JEANNIN M (SF Coordinatrice RPAI) –SAVOJI V (SF Cadre CHUGA HCE) – VELLEMENT A (SF Cadre GHM)</p>

La naissance et les premières heures de vie du bébé sont des **moments fondateurs dans la vie d'un enfant et de sa famille**.

Les principes qui dirigent notre travail de soignant sont donc les suivants :

- Respect de l'intimité du couple et du bébé
- Respect d'un environnement sensoriel adapté au bébé (luminosité, bruit, proximité physique des parents, odeurs)
- Respect de la « colonisation » du bébé par le micro biote des parents
- Respect du rôle et de la temporalité de chacun

Il est important de privilégier le contact des parents avec leur bébé (ne pas mettre les mains des soignants) et de n'intervenir que si besoin.

La naissance est aussi un **moment d'intense adaptation du bébé à la vie extra utérine**, et il nous incombe d'être vigilant à ce que cette adaptation se fasse en toute sécurité, afin de déceler les signes nécessitant une intervention médicale au sein du processus physiologique.

I. A la naissance

A. PH au cordon

Compte tenu de la nécessité d'évaluer nos pratiques obstétricales il est souhaitable de réaliser systématiquement une gazométrie au cordon (artérielle et veineuse, BE et lactates). Si sa réalisation systématique n'est pas possible, il est recommandé de l'effectuer en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (accord professionnel). ^[1]

B. Clampage physiologique du cordon

Des études récentes montrent que différer le clampage du cordon après le premier cri et la première respiration de l'enfant lui permet de mieux s'adapter à la vie extra utérine. Anciennement appelé « clampage tardif », le terme clampage « physiologique » nous semble plus adapté. Le délai de clampage préconisé sera, si possible, d'au moins 2 minutes. Sa faisabilité doit être évaluée par le soignant en charge de l'accouchement (obstétricien ou sage-femme). ^[2-3]

II. Soins d'accueil

A. Séchage du nouveau-né

Le nouveau-né doit être séché avec un linge chaud afin de pouvoir maintenir une bonne température corporelle. Ce séchage doux peut être idéalement réalisé par l'un des 2 parents avec un linge personnel afin de respecter le microbiote familial.

B. Respect des 9 étapes

Le bébé est habituellement posé par l'un de ses parents contre sa maman.

Le **comportement inné du nouveau-né** placé en peau à peau est bien connu.

On distingue **9 étapes** (Widstrom-2010) qui se déroulent dans une temporalité propre à chaque bébé et qu'il faut savoir respecter:

1. **Cri de naissance** secondaire au déplissage alvéolaire et à la première respiration
2. **Récupération** : le bébé ne montre aucune activité orale ou motrice, en dehors d'une possible ouverture des yeux
3. **Eveil** : l'enfant commence à montrer des signes d'activité (mouvements de tête, petits mouvements des membres et des épaules)
4. **Activation** : l'enfant mobilise sa tête et ses membres et a des mouvements organisés et engagés (fouissement, redressement)
5. **Action de ramper** : l'enfant pousse avec ses membres et parvient à se déplacer sur le corps de sa mère, vers sa poitrine
6. **Détente** : l'enfant se détend et montre une activité orale de plus en plus importante. Il a des gestes de succion de la langue, de ses mains, de ses doigts
7. **Découverte et familiarisation du sein** : l'enfant entre en contact avec l'aréole et le bout de sein avec sa bouche et se positionne pour lécher l'aréole
8. **Succion du sein** : le bébé prend le mamelon dans sa bouche et initie une tétée
9. **Endormissement** : l'enfant ferme ses paupières tout en continuant à téter parfois

C. La peau à peau (PAP)

Le peau à peau est idéalement proposé à tous les nouveau-nés, préférentiellement effectué avec sa mère.

Sa réalisation dépend de la volonté des parents et de la disponibilité des soignants.

Les modalités pratiques de sa réalisation et la surveillance sont décrites dans la procédure RPAI « *Fiche de surveillance des nouveau-nés en salle de naissance* ».

En cas de situation à risque de la mère (traitement sédatif, infection...) ou de l'enfant (difficultés d'adaptation, détresse respiratoire), un avis médical est requis afin de discuter de l'opportunité du peau à peau et de prescrire les modalités de surveillance, le cas échéant.

D. Pose du bracelet

La pose du bracelet d'identification du nouveau-né juste après sa naissance est obligatoire (Haute Autorité de Santé mars 2014).

III. Au moment du passage en chambre

A. Examen clinique effectué par la sage-femme

Le nouveau-né doit avoir un premier examen clinique avant sa sortie de salle de naissance ^[4-5]

L'objectif de cet examen global sera de s'assurer que l'adaptation à la vie extra utérine du nouveau-né soit correcte et de dépister d'éventuelles anomalies ou malformations.

B. Mensurations

Le nouveau-né est pesé avant sa sortie de salle de naissance.

La mesure de la taille et du périmètre crânien seront réalisés secondairement et avant la sortie de maternité.

C. Vitamine K

La vitamine K doit être administrée en prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né par voie orale à la dose de **2 mg**. Elle sera administrée après la première tétée, avant la sortie de salle de naissance.

D. Bain

Il n'y a pas d'indication de réaliser un bain précocement. Afin de maintenir une bonne température corporelle, de favoriser le transfert du microbiote parental, et de respecter la continuité de l'environnement sensoriel pré et post natal du bébé (odeurs), il est souhaitable de retarder au maximum le 1^{er} bain (au moins 24 heures après la naissance).

IV. Les soins non systématiques

A. Aspirations pharyngées

Les recommandations de la conférence de consensus de l'ILCOR précisent que les nouveau-nés bien portant ne nécessitent pas d'aspiration.

Cette pratique systématique doit être abandonnée et réservée au cas de détresse respiratoire et d'encombrement manifeste ou sur avis pédiatrique.

B. Dépistage atrésie des choanes

Il n'y a plus d'indication systématique de passage d'une sonde dans les choanes. Le passage d'une sonde ne doit être réalisé que si l'enfant est manifestement encombré ou en détresse respiratoire et la sonde utilisée sera de petit calibre (N°6 ou N°8).

C. Dépistage d'une atrésie de l'œsophage

Le passage d'une sonde naso ou orogastrique peut entraîner des bradycardies et apnées réflexes gênant l'adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né.

Ceci doit donc être réservé au **dépistage d'une atrésie de l'œsophage** :

Le dépistage de cette atrésie sera ciblé sur des signes échographiques anténataux (estomac non vu avec hydramnios associé) ou devant des symptômes cliniques évocateurs chez le nouveau-né (hypersialorrhée).

Si le bébé est alimenté au biberon, la première alimentation doit être attentivement observée (toux, fausses routes, cyanose) et les quantités de lait seront limitées à environ 10 ml.

D. Prévention de la conjonctivite

La prophylaxie antibiotique systématique par collyre ophtalmique de la conjonctivite néonatale n'est plus recommandée.

Elle peut cependant être nécessaire, sur indication pédiatrique, dans le cadre de la prévention d'une conjonctivite néonatale à Chlamydiae ou gonocoque.

Prophylaxie :

Rifamycine° : 1 goutte dans chaque œil à la naissance. Attention : 1 flacon par enfant.

Traitement conjonctivite (+/- prélèvement) :

Rifamycine° : 1 goutte, 3 à 4 fois par jour, dans les 2 yeux, pendant 7 jours. Vérifier l'efficacité du traitement au bout de 3 à 4 jours.

Bibliographie :

1. Marqueurs de l'asphyxie per-partum CNGOF Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XXI publié le 3.12.1997
2. « Serrage retardé du cordon ombilical après la naissance » American College of Obstetricians and Gynecologists Décembre 2020 Numéro 814 <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth>
3. « Est-ce que le fait de retarder le clampage du cordon ou d'utiliser la traite du cordon à la naissance améliore la santé des bébés nés trop tôt ? » Rabe H, Gyte GML, Díaz-Rossello JL, Duley L Septembre 2019 https://www.cochrane.org/fr/CD003248/PREG_est-ce-que-le-fait-de-retarder-le-clampage-du-cordon-ou-dutiliser-la-traite-du-cordon-la-naissance
4. « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales » HAS Décembre 2017
5. « Accueil du nouveau-né en salle de naissance » HAS Décembre 2017 Fiche mémo