

JMUGE 2026

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



Le nouveau né au décours d'un accouchement inopiné extra hospitalier : Pas de panique, soyons systématique !

QUEUDET Mathilde • Nancy

REIMS
13 & 14 MAI
2025

Plan



Algorithme de réanimation néonatale
Particularité de l'enfant né à terme
Particularité d'un nouveau né prématuré
Conclusion

Plan



Algorithme de réanimation néonatale

Particularité de l'enfant né à terme

Particularité d'un nouveau né prématuré

Conclusion

Réanimation Néonatale en salle de naissance

SpO2 préductales
acceptables

1 min : 60 - 65 %
2 min : 65 - 70 %
3 min : 70 - 75 %
4 min : 75 - 80 %
5 min : 80 - 85 %
10 min : 85 - 95 %

Calibre sonde d'intubation

Poids < 2 Kg : sonde 2.5
2 - 3.5 Kg : sonde 3
>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + poids
Bouche : 6 + poids

CVO

CVO Ch 5

Penser à purger NaCl 0,9% 3ml

Enfoncer 4 cm

Penser à rincer après injection de
traitement

Débit G10% en relais 3ml/kg/h

NAISSANCE =
CHRONOMETRE



A

30 s

B

1 min

1 min 30s

2 min

D

Vérification poste d'accueil / Concertation d'équipe : LEADER ? AIDE ?

Reste avec sa mère

Bébé à terme ?
Mouvements respiratoires (MR), cri ? Tonus ?

OUI

SOINS DE ROUTINE

Réchauffer Sécher Libérer VAS si besoin
SURVEILLANCE

NON

LEADER

Positionne
Aspire bouche (ch10)
et nez (ch6-8)

ACTION

LIBERER LES VAS
Réchauffer, Sécher
Stimuler

AIDE

Chronomètre
Sèche, stimule, ausculte
Communique +++

Liquide méconial
Broncho
aspiration avant
ventilation
seulement
si obstacle des
VAS et
professionnel
entraîné
à l'intubation

EVALUATION : FC < 100/mn - Apnée Gasp

VAM en continu au moins 30s
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)
Ausculte
Corrige ++

VENTILATION en pression
positive = NeoPuff ®
Monitoring SpO2 **main droite**
Envisager scope 3 dérivations

Observe thorax
VA efficace ?
Pose Sa O2 main droite
+/- ECG

EVALUATION : FC < 100/mn, Apnée Gasp

Continue la VAM
en surveillant efficacité
+/- désobstruction

ASSURER VENTILATION
adéquate (30s)
Envisager intubation

ECG si non fait
Prépare le matériel d'intubation
Appel à l'aide

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VAM)

Intube si expertise
Continue VA, ausculte
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)

INTUBATION
MCE 3 pour 1, FiO2 100%
Envisager Adrénaline

Démarrer MCE
3 MCE / 1VA au moins 20s
Vérifie soulèvement

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VA)

Pose CVO
Injecte adrénaline IV ou IT

Poursuivre VA + MCE
ADRENALINE
(CVO à préférer ou intra trachéal)

Poursuit VA + MCE
Prépare matériel CVO
et adrénaline

Si persistance FC < 60/min, envisager hypovolémie, pneumothorax

36°5

Numéros d'urgence
Site local

Adrénaline 1ml = 1000 mcg

Diluer

1 ampoule 1 ml + 9 ml NaCl 0,9%

IV = 10 à 30 mcg/kg

soit 0,1 à 0,3 ml/kg

IT = 50 à 100 mcg/kg

soit 0,5 à 1 ml/kg

Remplissage

15 ml/kg NaCl 0.9%

CVO = Cathéter Veineux Omphalique

FC = Fréquence Cardiaque

IV = Intra Veineux

IT = Intra Trachéal

MCE = Massage Cardiaque Externe

MR = Mouvements Respiratoires

VA = Ventilation Assistée

VAM = Ventilation Au Masque

VAS = Voies Aériennes Supérieures

Références

Recommandations ILCOR 2015

Validation CSPT CoPéGE le

02/10/2020

PHYSIOLOGIE DE LA NAISSANCE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Période de transition et d'adaptation

Respiratoire

Création de la capacité résiduelle fonctionnelle

Aération pulmonaire

Mouvements respiratoires

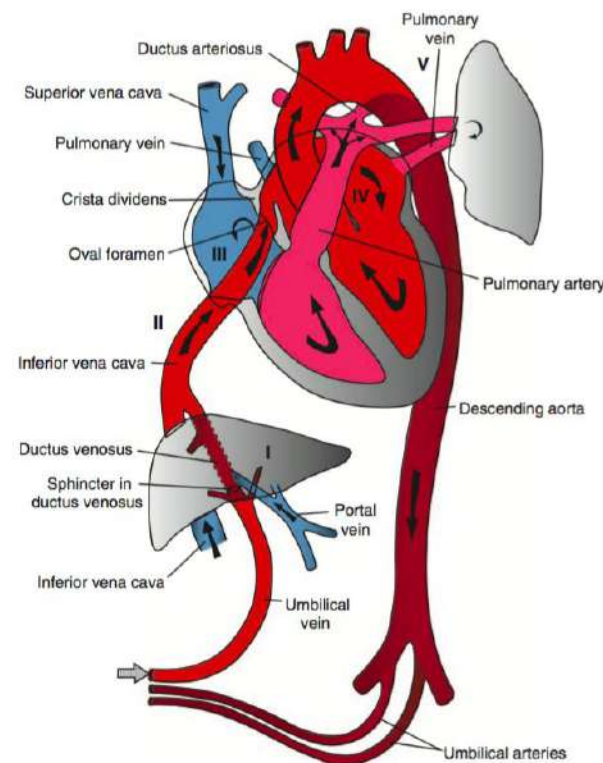
Évacuation du liquide alvéolaire

Hémodynamique

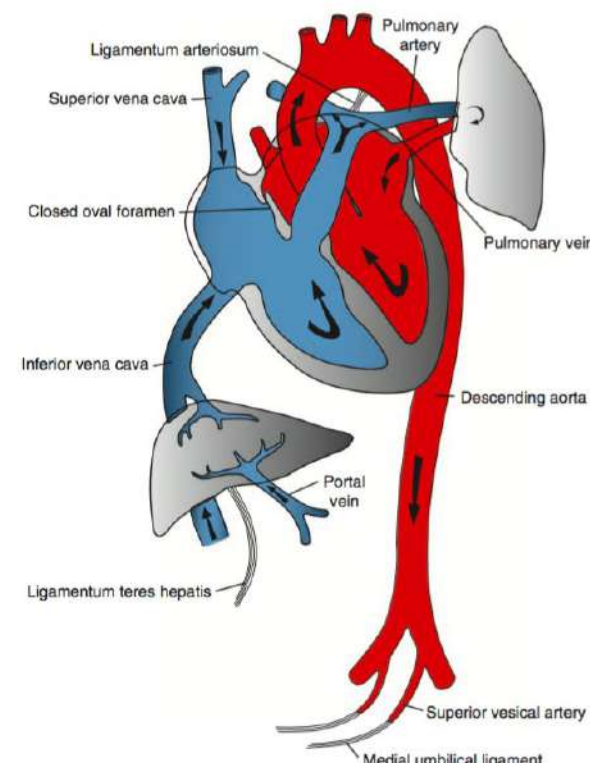
Clampage du cordon

Élévation de pressions systémiques

Baisse des résistances vasculaires pulmonaire



Fetal Circulation



Post Transition Circulation

PHYSIOLOGIE DE LA NAISSANCE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Dès la naissance : lancer un chronomètre

Cotation du **score d'Apgar**

APGAR SCORING SYSTEM

	0 POINTS	1 POINT	2 POINTS	POINTS TOTALÉ
Activity (muscle tone)	Absent	Arms and legs flexed	Active movement	↓
Pulse	Absent	Below 100 bpm	Over 100 bpm	
Grimace (reflex irritability)	Flacid	Some flexion of extremities	Active motion (sneeze, cough, pull away)	
Appéarence (skin color)	Blue, pale	Body pink, extremities blue	Completely pink	
Respiration	Absent	Slow, irregular	Vigorous cry	

The acronym "APGAR" reminds neonatal staff how to grade the health of a newborn, replacing casual observation of a baby's condition with a methodical score.

Severely depressed	0-3
Moderately depressed	4-6
Excellent condition	7-10



Réanimation Néonatale en salle de naissance

SpO2 préductales
acceptables

1 min : 60 - 65 %
2 min : 65 - 70 %
3 min : 70 - 75 %
4 min : 75 - 80 %
5 min : 80 - 85 %
10 min : 85 - 95 %

Calibre sonde d'intubation

Poids < 2 Kg : sonde 2.5
2 - 3.5 Kg : sonde 3
>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + poids
Bouche : 6 + poids

CVO

CVO Ch 5
Penser à purger NaCl 0,9% 3ml
Enfoncer 4 cm
Penser à rincer après injection de traitement
Débit G10% en relais 3ml/kg/h

NAISSANCE =
CHRONOMETRE



A

30 s

B

1 min

1 min 30s

2 min

D

Vérification poste d'accueil / Concertation d'équipe : LEADER ? AIDE ?

Reste avec sa mère

Bébé à terme ?
Mouvements respiratoires (MR), cri ? Tonus ?

OUI

SOINS DE ROUTINE

Réchauffer Sécher Libérer VAS si besoin
SURVEILLANCE

NON

LEADER

Positionne
Aspire bouche (ch10)
et nez (ch6-8)

ACTION

LIBERER LES VAS
Réchauffer, Sécher
Stimuler

AIDE

Chronomètre
Sèche, stimule, ausculte
Communique +++

Liquide méconal
Broncho
aspiration avant
ventilation
seulement
si obstacle des
VAS et
professionnel
entraîné
à l'intubation

EVALUATION : FC < 100/mn - Apnée Gasp

VAM en continu au moins 30s
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)
Ausculte
Corrige ++

VENTILATION en pression
positive = NeoPuff ®
Monitoring SpO2 main droite
Envisager scope 3 dérivations

Observe thorax
VA efficace ?
Pose Sa O2 main droite
+/- ECG

EVALUATION : FC < 100/mn, Apnée Gasp

Continue la VAM
en surveillant efficacité
+/- désobstruction

ASSURER VENTILATION
adéquate (30s)
Envisager intubation

ECG si non fait
Prépare le matériel d'intubation
Appel à l'aide

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VAM)

Intube si expertise
Continue VA, ausculte
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)

INTUBATION
MCE 3 pour 1, FiO2 100%
Envisager Adrénaline

Démarré MCE
3 MCE / 1VA au moins 20s
Vérifie soulèvement

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VA)

Pose CVO
Injecte adrénaline IV ou IT

Poursuivre VA + MCE
ADRENALINE
(CVO à préférer ou intra trachéal)

Poursuit VA + MCE
Prépare matériel CVO
et adrénaline

Si persistance FC < 60/min, envisager hypovolémie, pneumothorax

36°5

Numéros d'urgence
Site local

Adrénaline 1ml = 1000 mcg

Doser

1 ampoule 1 ml + 9 ml NaCl 0,9%

IV = 10 à 30 mcg/kg

soit 0,1 à 0,3 ml/kg

IT = 50 à 100 mcg/kg

soit 0,5 à 1 ml/kg

Remplissage

15 ml/kg NaCl 0.9%

CVO = Cathéter Veineux Omphalique

FC = Fréquence Cardiaque

IV = Intra Veineux

IT = Intra Trachéal

MCE = Massage Cardiaque Externe

MR = Mouvements Respiratoires

VA = Ventilation Assistée

VAM = Ventilation Au Masque

VAS = Voies Aériennes Supérieures

Références

Recommandations ILCOR 2015

Validation CSPT CoPéGE le

02/10/2020

PHYSIOLOGIE DE LA NAISSANCE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

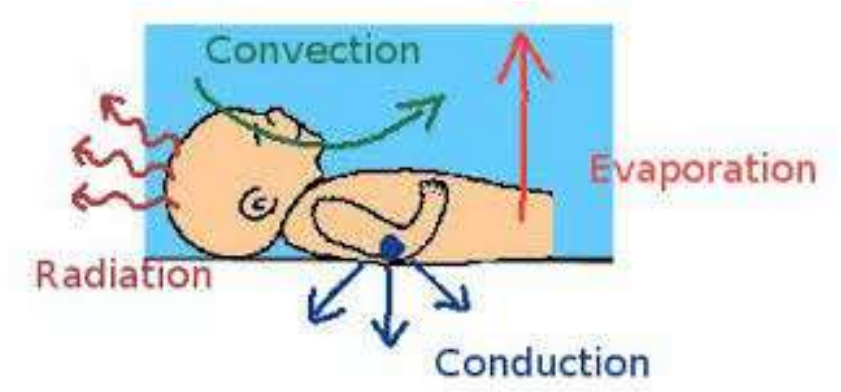
Perte de chaleur d'un nouveau né :

Par radiation : peau nue dans un environnement froid

Par évaporation : peau couverte du liquide amniotique

Par conduction : contact avec des objet/une surface froide

Par convection : air froid en contact avec la peau



Maintien de la température

Bonnet ++

Optimisation de PEC

Environnement chaud : langes chauds, couverture de survie, sacs

Pas de courant d'air



Réanimation Néonatale en salle de naissance

SpO2 préductales acceptables

1 min : 60 - 65 %
2 min : 65 - 70 %
3 min : 70 - 75 %
4 min : 75 - 80 %
5 min : 80 - 85 %
10 min : 85 - 95 %

Calibre sonde d'intubation

Poids < 2 Kg : sonde 2.5
2 - 3.5 Kg : sonde 3
>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + poids
Bouche : 6 + poids

CVO

CVO Ch 5

Penser à purger NaCl 0,9% 3ml

Enfoncer 4 cm

Penser à rincer après injection de traitement

Débit G10% en relais 3ml/kg/h

NAISSANCE =
CHRONOMETRE



Vérification poste d'accueil / Concertation d'équipe : LEADER ? AIDE ?

Reste avec sa mère

Bébé à terme ?
Mouvements respiratoires (MR), cri ? Tonus ?

OUI

SOINS DE ROUTINE

Réchauffer Sécher Libérer VAS si besoin
SURVEILLANCE

NON

LEADER

Positionne
Aspire bouche (ch10)
et nez (ch6-8)

ACTION

LIBERER LES VAS
Réchauffer, Sécher
Stimuler

AIDE



Liquide méconial
Broncho
aspiration avant
ventilation
seulement
si obstacle des
VAS et
professionnel
entraîné
à l'intubation

Chronomètre
Sèche, stimule, ausculte
Communique +++

30 s

EVALUATION : FC < 100/mn - Apnée Gasp

VAM en continu au moins 30s
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)
Ausculte
Corrige ++

VENTILATION en pression
positive = NeoPuff ®
Monitoring SpO2 **main droite**
Envisager scope 3 dérivations

Observe thorax
VA efficace ?
Pose Sa O2 main droite
+/- ECG

1 min

EVALUATION : FC < 100/mn, Apnée Gasp

Continue la VAM
en surveillant efficacité
+/- désobstruction

ASSURER VENTILATION
adéquate (30s)
Envisager intubation

ECG si non fait
Prépare le matériel d'intubation
Appel à l'aide

1 min 30s

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VAM)

Intube si expertise
Continue VA, ausculte
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)

INTUBATION
MCE 3 pour 1, FiO2 100%
Envisager Adrénaline

Démarré MCE
3 MCE / 1VA au moins 20s
Vérifie soulèvement

2 min

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VA)

Pose CVO
Injecte adrénaline IV ou IT

Poursuivre VA + MCE
ADRENALINE
(CVO à préférer ou intra trachéal)

Poursuit VA + MCE
Prépare matériel CVO
et adrénaline

Si persistance FC < 60/min, envisager hypovolémie, pneumothorax

36°5

Numéros d'urgence
Site local

Adrénaline 1ml = 1000 mcg

Diluer

1 ampoule 1 ml + 9 ml NaCl 0,9%

IV = 10 à 30 mcg/kg

soit 0,1 à 0,3 ml/kg

IT = 50 à 100 mcg/kg

soit 0,5 à 1 ml/kg

Remplissage

15 ml/kg NaCl 0.9%

CVO = Cathéter Veineux Omphalique

FC = Fréquence Cardiaque

IV = Intra Veineux

IT = Intra Trachéal

MCE = Massage Cardiaque Externe

MR = Mouvements Respiratoires

VA = Ventilation Assistée

VAM = Ventilation Au Masque

VAS = Voies Aériennes Supérieures

Références

Recommandations ILCOR 2015

Validation CSPT CoPéGE le

02/10/2020

PHYSIOLOGIE DE LA NAISSANCE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Capteur de SpO₂ pré ductale :

Main droite

Objectifs de SpO₂ :

1 min : 60 - 65 %

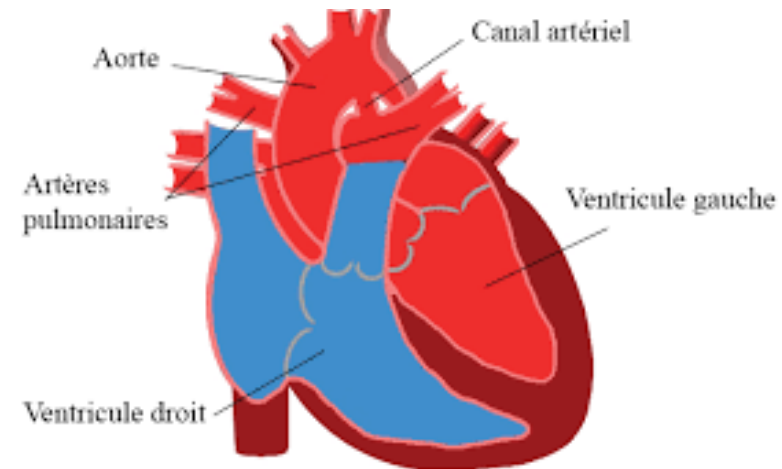
2 min : 65 - 70 %

3 min : 70 - 75 %

4 min : 75 - 80 %

5 min : 80 - 85 %

10 min : 85 - 90 %



Réanimation Néonatale en salle de naissance

SpO2 préductales acceptables

1 min : 60 - 65 %
2 min : 65 - 70 %
3 min : 70 - 75 %
4 min : 75 - 80 %
5 min : 80 - 85 %
10 min : 85 - 95 %

Calibre sonde d'intubation

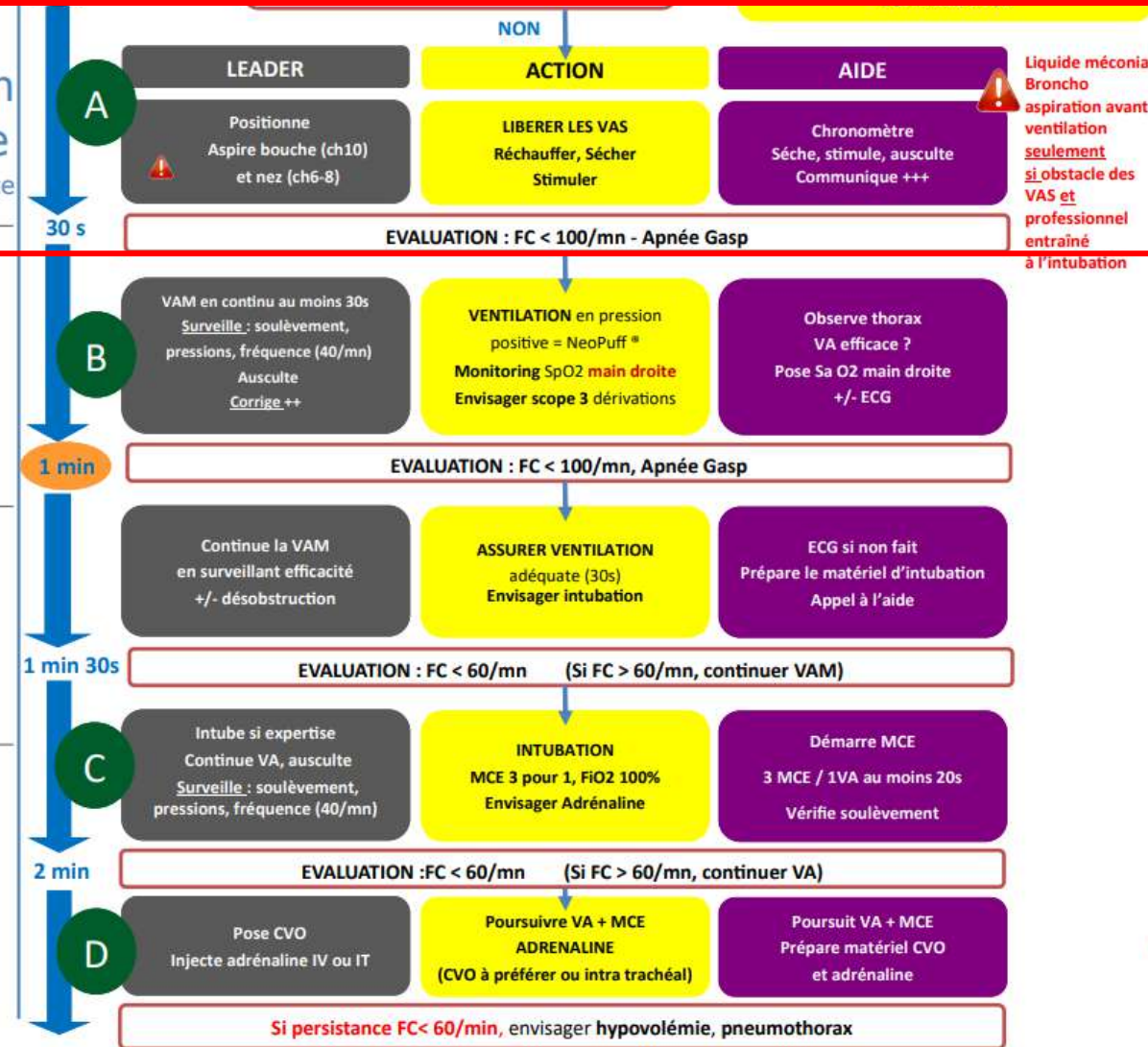
Poids < 2 Kg : sonde 2.5
2 - 3.5 Kg : sonde 3
>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + poids
Bouche : 6 + poids

CVO

CVO Ch 5
Penser à purger NaCl 0,9% 3ml
Enfoncer 4 cm
Penser à rincer après injection de traitement
Débit G10% en relais 3ml/kg/h



Liquide méconial
Broncho
aspiration avant
ventilation
seulement
si obstacle des
VAS et
professionnel
entraîné
à l'intubation

MAINTIEN DE LA TEMPÉRATURE OBJECTIF

36°5

Numéros d'urgence
Site local

Adrénaline 1ml = 1000 mcg

Diluer

1 ampoule 1 ml + 9 ml NaCl 0,9%

IV = 10 à 30 mcg/kg

soit 0,1 à 0,3 ml/kg

IT = 50 à 100 mcg/kg

soit 0,5 à 1 ml/kg

Remplissage

15 ml/kg NaCl 0.9%

CVO = Cathéter Veineux Om bilical

FC = Fréquence Cardiaque

IV = Intra Veineux

IT = Intra Trachéal

MCE = Massage Cardiaque Externe

MR = Mouvements Respiratoires

VA = Ventilation Assistée

VAM = Ventilation Au Masque

VAS = Voies Aériennes Supérieures

Références

Recommandations ILCOR 2015

Validation CSPT CoPéGE le

02/10/2020

ALGORITHME DE REANIMATION NEONATALE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
MÉDECINE D'URGENCE
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Pas de cri, pas de respiration spontanée

A : 30 premières secondes

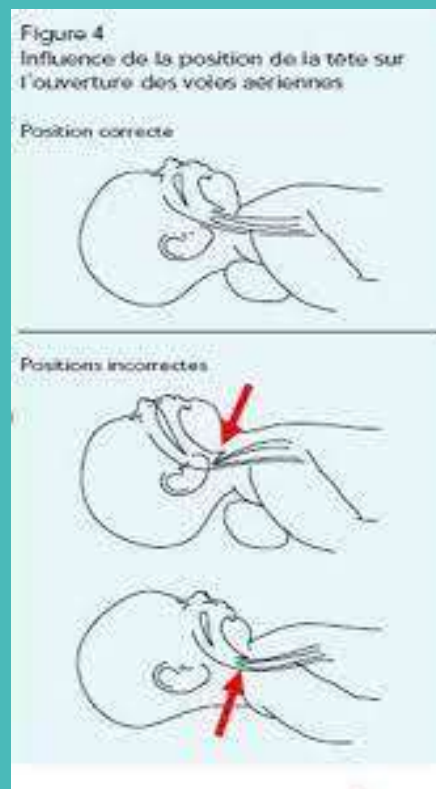
Chaîne du chaud

Séchage

Stimulation

Aspiration

-> REEVALUATION FC, Apnées



Réanimation Néonatale en salle de naissance

SpO2 préductales
acceptables

1 min : 60 - 65 %
2 min : 65 - 70 %
3 min : 70 - 75 %
4 min : 75 - 80 %
5 min : 80 - 85 %
10 min : 85 - 95 %

Calibre sonde d'intubation

Poids < 2 Kg : sonde 2.5
2 - 3.5 Kg : sonde 3
>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + polds
Bouche : 6 + polds

CVO

CVO Ch 5
Penser à purger NaCl 0,9% 3ml
Enfoncer 4 cm
Penser à rincer après injection de traitement
Débit G10% en relais 3ml/kg/h

NAISSANCE =
CHRONOMETRE



Vérification poste d'accueil / Concertation d'équipe : LEADER ? AIDE ?

Reste avec sa mère

Bébé à terme ?
Mouvements respiratoires (MR), cri ? Tonus ?

OUI

SOINS DE ROUTINE

Réchauffer Sécher Libérer VAS si besoin
SURVEILLANCE

NON

LEADER

Positionne
Aspire bouche (ch10)
et nez (ch6-8)

ACTION

LIBERER LES VAS
Réchauffer, Sécher
Stimuler

AIDE

Chronomètre
Sèche, stimule, ausculte
Communique +++

Liquide méconial
Broncho
aspiration avant
ventilation
seulement
si obstacle des
VAS et
professionnel
entraîné
à l'intubation

A

B

1 min

1 min 30s

C

2 min

D

EVALUATION : FC < 100/mn - Apnée Gasp

VAM en continu au moins 30s
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)
Ausculte
Corrige ++

VENTILATION en pression
positive = NeoPuff ®
Monitoring SpO2 main droite
Envisager scope 3 dérivations

Observe thorax
VA efficace ?
Pose Sa O2 main droite
+/- ECG

EVALUATION : FC < 100/mn, Apnée Gasp

Continue la VAM
en surveillant efficacité
+/- désobstruction

ASSURER VENTILATION
adéquate (30s)
Envisager intubation

ECG si non fait
Prépare le matériel d'intubation
Appel à l'aide

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VAM)

Intube si expertise
Continue VA, ausculte
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)

INTUBATION
MCE 3 pour 1, FIO2 100%
Envisager Adrénaline

Démarre MCE
3 MCE / 1VA au moins 20s
Vérifie soulèvement

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VA)

Pose CVO
Injecte adrénaline IV ou IT

Poursuivre VA + MCE
ADRENALINE
(CVO à préférer ou intra trachéal)

Poursuit VA + MCE
Prépare matériel CVO
et adrénaline

Si persistance FC < 60/min, envisager hypovolémie, pneumothorax

36°5

Numéros d'urgence
Site local

Adrénaline 1ml = 1000 mcg

Diluer

1 ampoule 1 ml + 9 ml NaCl 0,9%

IV = 10 à 30 mcg/kg

soit 0,1 à 0,3 ml/kg

IT = 50 à 100 mcg/kg

soit 0,5 à 1 ml/kg

Remplissage

15 ml/kg NaCl 0.9%

CVO = Cathéter Veineux Omphalique

FC = Fréquence Cardiaque

IV = Intra Veineux

IT = Intra Trachéal

MCE = Massage Cardiaque Externe

MR = Mouvements Respiratoires

VA = Ventilation Assistée

VAM = Ventilation Au Masque

VAS = Voies Aériennes Supérieures

Références

Recommandations ILCOR 2015

Validation CSPT CoPéGE le

02/10/2020

36°5

ALGORITHME DE REANIMATION NEONATALE

8ÈMES JOURNÉES DE
MÉDECINE D'URGENCE
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

FC < 100 bpm / absence de respiration spontanée

B : de 30 secondes à 1 min

Ventilation au masque Neopuff ou BAVU

5 insufflations prolongées à pression constante puis :

Pression d'insufflation 20-25 cmH2O pour terme, 15-20 pour prématuré

PEP + 4-5 cmH2O

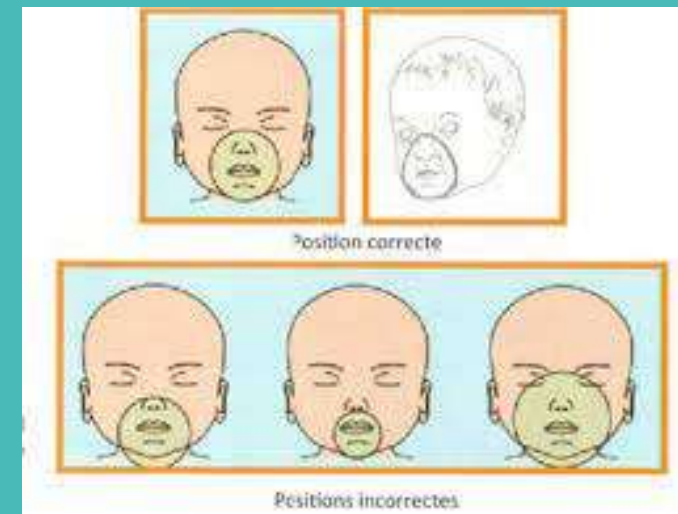
FiO2 21% si NN à terme, 30 % si NN préma < 32 SA

SpO2 main droite ; +/- 3 électrodes

Masque adapté à la morphologie de l'enfant

Réévaluation régulière de l'efficacité de la ventilation (thorax se soulève, saturation, auscultation)

-> REEVALUATION FC, FR



Réanimation Néonatale en salle de naissance

SpO2 préductales
acceptables

1 min : 60 - 65 %
2 min : 65 - 70 %
3 min : 70 - 75 %
4 min : 75 - 80 %
5 min : 80 - 85 %
10 min : 85 - 95 %

Calibre sonde d'intubation

Poids < 2 Kg : sonde 2.5
2 - 3.5 Kg : sonde 3
>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + poids
Bouche : 6 + poids

CVO

CVO Ch 5
Penser à purger NaCl 0,9% 3ml
Enfoncer 4 cm
Penser à rincer après injection de traitement
Débit G10% en relais 3ml/kg/h

NAISSANCE =
CHRONOMETRE



Vérification poste d'accueil / Concertation d'équipe : LEADER ? AIDE ?

Reste avec sa mère

Bébé à terme ?
Mouvements respiratoires (MR), cri ? Tonus ?

OUI

SOINS DE ROUTINE

Réchauffer Sécher Libérer VAS si besoin
SURVEILLANCE

NON

LEADER

Positionne
Aspire bouche (ch10)
et nez (ch6-8)

ACTION

LIBÉRER LES VAS
Réchauffer, Sécher
Stimuler

AIDE

Chronomètre
Sèche, stimule, ausculte
Communique +++

Liquide méconial
Broncho
aspiration avant
ventilation
seulement
si obstacle des
VAS et
professionnel
entraîné
à l'intubation

EVALUATION : FC < 100/mn - Apnée Gasp

VAM en continu au moins 30s
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)
Ausculte
Corrige ++

VENTILATION en pression
positive = NeoPuff®
Monitoring SpO2 **main droite**
Envisager scope 3 dérivations

Observe thorax
VA efficace ?
Pose Sa O2 main droite
+/- ECG

EVALUATION : FC < 100/mn, Apnée Gasp

Continue la VAM
en surveillant efficacité
+/- désobstruction

ASSURER VENTILATION
adéquate (30s)
Envisager intubation

ECG si non fait
Prépare le matériel d'intubation
Appel à l'aide

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VAM)

Intube si expertise
Continue VA, ausculte
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)

INTUBATION
MCE 3 pour 1, FIO2 100%
Envisager Adrénaline

Démarré MCE
3 MCE / 1VA au moins 20s
Vérifie soulèvement

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VA)

Pose CVO
Injecte adrénaline IV ou IT

Poursuivre VA + MCE
ADRENALINE
(CVO à préférer ou intra trachéal)

Poursuit VA + MCE
Prépare matériel CVO
et adrénaline

Si persistance FC < 60/min, envisager hypovolémie, pneumothorax

MAINTIEN DE LA TEMPÉRATURE OBJECTIF

36°5

Numéros d'urgence
Site local

Adrénaline 1ml = 1000 mcg

Diluer

1 ampoule 1 ml + 9 ml NaCl 0,9%

IV = 10 à 30 mcg/kg

soit 0,1 à 0,3 ml/kg

IT = 50 à 100 mcg/kg

soit 0,5 à 1 ml/kg

Remplissage

15 ml/kg NaCl 0.9%

CVO = Cathéter Veineux Omphalique

FC = Fréquence Cardiaque

IV = Intra Veineux

IT = Intra Trachéal

MCE = Massage Cardiaque Externe

MR = Mouvements Respiratoires

VA = Ventilation Assistée

VAM = Ventilation Au Masque

VAS = Voies Aériennes Supérieures

Références

Recommandations ILCOR 2015

Validation CSPT CoPéGE le

02/10/2020

ALGORITHME DE REANIMATION NEONATALE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
MÉDECINE D'URGENCE
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

FC < 100 bpm / absence de respiration spontanée

De 1 min à 1 min 30 sec

Poursuite ventilation mécanique assistée

Envisager intubation naso trachéale/orotrachéale

Après sédation IR si enfant réactif

Sonde adaptée au poids de l'enfant

Narine droite

TTRN 7 + poids / 6 + poids

-> REEVALUATION FC

Calibre sonde d'intubation

Poids < 2 Kg : sonde 2.5

2 – 3.5 Kg : sonde 3

>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + poids

Bouche : 6 + poids



Drs QUEUDET et LEMARIE • Nancy

Réanimation Néonatale en salle de naissance

SpO2 préductales
acceptables

1 min : 60 - 65 %
2 min : 65 - 70 %
3 min : 70 - 75 %
4 min : 75 - 80 %
5 min : 80 - 85 %
10 min : 85 - 95 %

Calibre sonde d'intubation

Poids < 2 Kg : sonde 2.5
2 - 3.5 Kg : sonde 3
>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + poids
Bouche : 6 + poids

CVO

CVO Ch 5

Penser à purger NaCl 0,9% 3ml

Enfoncer 4 cm

Penser à rincer après injection de
traitement

Débit G10% en relais 3ml/kg/h

NAISSANCE =
CHRONOMETRE



A

30 s

B

1 min

1 min 30s

2 min

D

Vérification poste d'accueil / Concertation d'équipe : LEADER ? AIDE ?

Reste avec sa mère

Bébé à terme ?
Mouvements respiratoires (MR), cri ? Tonus ?

OUI

SOINS DE ROUTINE

Réchauffer Sécher Libérer VAS si besoin
SURVEILLANCE

NON

LEADER

Positionne
Aspire bouche (ch10)
et nez (ch6-8)

ACTION

LIBERER LES VAS
Réchauffer, Sécher
Stimuler

AIDE

Chronomètre
Sèche, stimule, ausculte
Communique +++



Liquide méconial
Broncho
aspiration avant
ventilation
seulement
si obstacle des
VAS et
professionnel
entraîné
à l'intubation

EVALUATION : FC < 100/mn - Apnée Gasp

VAM en continu au moins 30s
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)
Ausculte
Corrige ++

VENTILATION en pression
positive = NeoPuff ®
Monitoring SpO2 **main droite**
Envisager scope 3 dérivations

Observe thorax
VA efficace ?
Pose Sa O2 main droite
+/- ECG

EVALUATION : FC < 100/mn, Apnée Gasp

Continue la VAM
en surveillant efficacité
+/- désobstruction

ASSURER VENTILATION
adéquate (30s)
Envisager intubation

ECG si non fait
Prépare le matériel d'intubation
Appel à l'aide

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VAM)

Intube si expertise
Continue VA, ausculte
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)

INTUBATION
MCE 3 pour 1, FiO2 100%
Envisager Adrénaline

Démarré MCE
3 MCE / 1VA au moins 20s
Vérifie soulèvement

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VA)

Pose CVO
Injecte adrénaline IV ou IT

Poursuivre VA + MCE
ADRENALINE
(CVO à préférer ou intra trachéal)

Poursuit VA + MCE
Prépare matériel CVO
et adrénaline

Si persistance FC < 60/min, envisager hypovolémie, pneumothorax

36°5

Numéros d'urgence
Site local

Adrénaline 1ml = 1000 mcg

Diluer

1 ampoule 1 ml + 9 ml NaCl 0,9%

IV = 10 à 30 mcg/kg

soit 0,1 à 0,3 ml/kg

IT = 50 à 100 mcg/kg

soit 0,5 à 1 ml/kg

Remplissage

15 ml/kg NaCl 0.9%

CVO = Cathéter Veineux Om bilical

FC = Fréquence Cardiaque

IV = Intra Veineux

IT = Intra Trachéal

MCE = Massage Cardiaque Externe

MR = Mouvements Respiratoires

VA = Ventilation Assistée

VAM = Ventilation Au Masque

VAS = Voies Aériennes Supérieures

Références

Recommandations ILCOR 2015

Validation CSPT CoPéGE le

02/10/2020

ALGORITHME DE REANIMATION NEONATALE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
MÉDECINE D'URGENCE
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

FC < 60 bpm (= ACR)

C : de 1 min 30 sec à 2 min

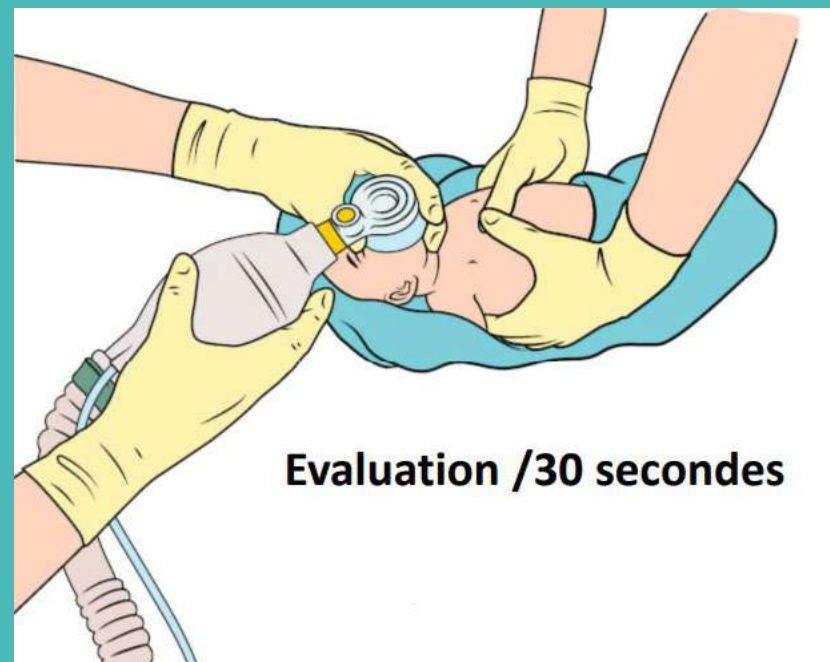
INT si non fait ou poursuite de VM

Ventilation FiO2 100%

Débuter un MCE : 3/1 -> nécessité de 2 personnes

Commencer à préparer adrénaline

Penser à la pose de voie d'abord



Evaluation /30 secondes

-> REEVALUATION FC

Réanimation Néonatale en salle de naissance

SpO2 préductales
acceptables

1 min : 60 - 65 %
2 min : 65 - 70 %
3 min : 70 - 75 %
4 min : 75 - 80 %
5 min : 80 - 85 %
10 min : 85 - 95 %

Calibre sonde d'intubation

Poids < 2 Kg : sonde 2.5
2 - 3.5 Kg : sonde 3
>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + poids
Bouche : 6 + poids

CVO

CVO Ch 5
Penser à purger NaCl 0,9% 3ml
Enfoncer 4 cm
Penser à rincer après injection de traitement
Débit G10% en relais 3ml/kg/h

NAISSANCE =
CHRONOMETRE



A

30 s

B

1 min

1 min 30s

C

2 min

D

Vérification poste d'accueil / Concertation d'équipe : LEADER ? AIDE ?

Reste avec sa mère

Bébé à terme ?
Mouvements respiratoires (MR), cri ? Tonus ?

OUI

SOINS DE ROUTINE

Réchauffer Sécher Libérer VAS si besoin

SURVEILLANCE

NON

LEADER

Positionne
Aspire bouche (ch10)
et nez (ch6-8)

ACTION

LIBÉRER LES VAS
Réchauffer, Sécher
Stimuler

AIDE

Liquide méconial
Broncho
aspiration avant
ventilation
seulement
si obstacle des
VAS et
professionnel
entraîné
à l'intubation

EVALUATION : FC < 100/mn - Apnée Gasp

VAM en continu au moins 30s
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)
Ausculte
Corrige ++

VENTILATION en pression
positive = NeoPuff ®
Monitoring SpO2 main droite
Envisager scope 3 dérivations

Observe thorax
VA efficace ?
Pose Sa O2 main droite
+/- ECG

EVALUATION : FC < 100/mn, Apnée Gasp

Continue la VAM
en surveillant efficacité
+/- désobstruction

ASSURER VENTILATION
adéquate (30s)
Envisager intubation

ECG si non fait
Prépare le matériel d'intubation
Appel à l'aide

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VAM)

Intube si expertise
Continue VA, ausculte
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)

INTUBATION
MCE 3 pour 1, FiO2 100%
Envisager Adrénaline

Démarré MCE
3 MCE / 1VA au moins 20s
Vérifie soulèvement

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VA)

Pose CVO
Injecte adrénaline IV ou IT

Poursuivre VA + MCE
ADRENALINE
(CVO à préférer ou intra trachéal)

Poursuit VA + MCE
Prépare matériel CVO
et adrénaline

Si persistance FC < 60/min, envisager hypovolémie, pneumothorax

36°5

Numéros d'urgence
Site local

Adrénaline 1ml = 1000 mcg

Diluer

1 ampoule 1 ml + 9 ml NaCl 0,9%

IV = 10 à 30 mcg/kg

soit 0,1 à 0,3 ml/kg

IT = 50 à 100 mcg/kg

soit 0,5 à 1 ml/kg

Remplissage

15 ml/kg NaCl 0.9%

CVO = Cathéter Veineux Omphalique

FC = Fréquence Cardiaque

IV = Intra Veineux

IT = Intra Trachéal

MCE = Massage Cardiaque Externe

MR = Mouvements Respiratoires

VA = Ventilation Assistée

VAM = Ventilation Au Masque

VAS = Voies Aériennes Supérieures

Références

Recommandations ILCOR 2015

Validation CSPT CoPéGE le

02/10/2020

ALGORITHME DE REANIMATION NEONATALE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
MÉDECINE D'URGENCE
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

FC < 60 bpm

D : > 2 min

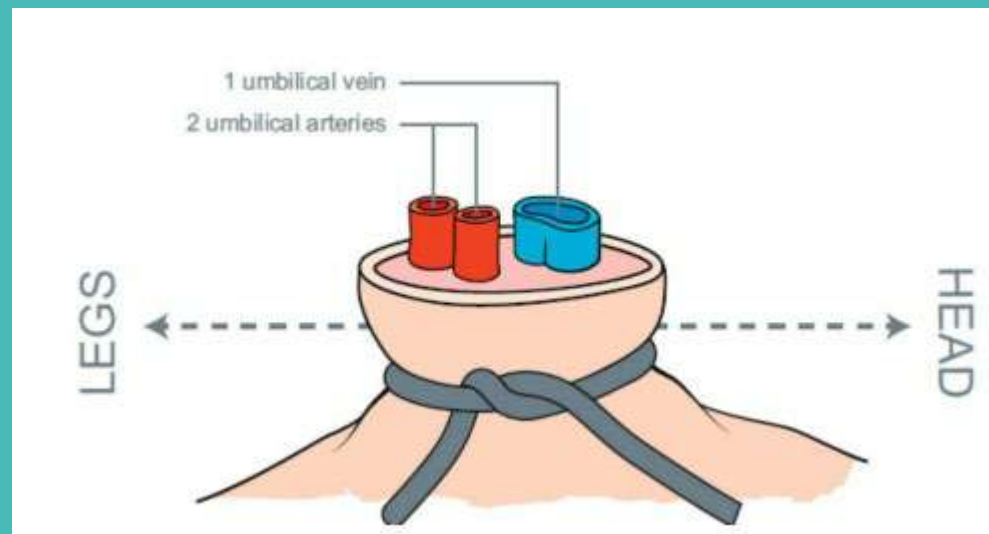
Administration d'adrénaline IT ou IV

Pose de voie d'abord :

VVP

Cathéter Veineux Ombilical = voie d'urgence

ATTENTION : CI du DIO chez le prématuré



Réanimation Néonatale en salle de naissance

SpO2 préductales acceptables

1 min : 60 - 65 %
2 min : 65 - 70 %
3 min : 70 - 75 %
4 min : 75 - 80 %
5 min : 80 - 85 %
10 min : 85 - 95 %

Calibre sonde d'intubation

Poids < 2 Kg : sonde 2.5
2 - 3.5 Kg : sonde 3
>3.5 kg : sonde 3.5

Repères

Narine : 7 + poids
Bouche : 6 + poids

CVO

CVO Ch 5
Penser à purger NaCl 0,9% 3ml
Enfoncer 4 cm
Penser à rincer après injection de traitement
Débit G10% en relais 3ml/kg/h

NAISSANCE =
CHRONOMETRE



A

30 s

B

1 min

1 min 30s

C

2 min

D

Vérification poste d'accueil / Concertation d'équipe : LEADER ? AIDE ?

Reste avec sa mère

Bébé à terme ?
Mouvements respiratoires (MR), cri ? Tonus ?

OUI

SOINS DE ROUTINE
Réchauffer Sécher Libérer VAS si besoin
SURVEILLANCE

NON

LEADER

Positionne
Aspire bouche (ch10)
et nez (ch6-8)

ACTION

LIBERER LES VAS
Réchauffer, Sécher
Stimuler

AIDE

Chronomètre
Sèche, stimule, ausculte
Communique +++

Liquide méconial
Broncho
aspiration avant
ventilation
seulement
si obstacle des
VAS et
professionnel
entraîné
à l'intubation

EVALUATION : FC < 100/mn - Apnée Gasp

VAM en continu au moins 30s
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)
Ausculte
Corrige ++

VENTILATION en pression
positive = NeoPuff ®
Monitoring SpO2 main droite
Envisager scope 3 dérivations

Observe thorax
VA efficace ?
Pose Sa O2 main droite
+/- ECG

EVALUATION : FC < 100/mn, Apnée Gasp

Continue la VAM
en surveillant efficacité
+/- désobstruction

ASSURER VENTILATION
adéquate (30s)
Envisager intubation

ECG si non fait
Prépare le matériel d'intubation
Appel à l'aide

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VAM)

Intube si expertise
Continue VA, ausculte
Surveillance : soulèvement,
pressions, fréquence (40/mn)

INTUBATION
MCE 3 pour 1, FiO2 100%
Envisager Adrénaline

Démarre MCE
3 MCE / 1VA au moins 20s
Vérifie soulèvement

EVALUATION : FC < 60/mn (Si FC > 60/mn, continuer VA)

Pose CVO
Injecte adrénaline IV ou IT

Poursuivre VA + MCE
ADRENALINE
(CVO à préférer ou intra trachéal)

Poursuit VA + MCE
Prépare matériel CVO
et adrénaline

Si persistance FC < 60/min, envisager hypovolémie, pneumothorax

MAINTIEN DE LA TEMPERATURE OBJECTIF 36°5

Numéros d'urgence
Site local

Adrénaline 1ml = 1000 mcg

Diluer

1 ampoule 1 ml + 9 ml NaCl 0,9%

IV = 10 à 30 mcg/kg

soit 0,1 à 0,3 ml/kg

IT = 50 à 100 mcg/kg

soit 0,5 à 1 ml/kg

Remplissage

15 ml/kg NaCl 0.9%

CVO = Cathéter Veineux Omphalique

FC = Fréquence Cardiaque

IV = Intra Veineux

IT = Intra Trachéal

MCE = Massage Cardiaque Externe

MR = Mouvements Respiratoires

VA = Ventilation Assistée

VAM = Ventilation Au Masque

VAS = Voies Aériennes Supérieures

Références

Recommandations ILCOR 2015

Validation CSPT CoPéGE le

02/10/2020

Plan



Algorithme de réanimation néonatale

Particularité de l'enfant né à terme

Particularité d'un nouveau né prématuré

Conclusion

PEC d'un NN à terme

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Accouchement à domicile = accouchement rapide

**Manœuvre d'extraction particulières -> *cf cours
d'obstétrique, possibilité d'accompagnement par
téléphone***

Naissance physiologique :

Laisser à l'enfant le temps de s'adapter

Chaine du chaud +++ privilégier le peau à peau

**Clamper le cordon puis coupe propre du cordon
après désinfection au sérum physiologique**

Transport mère + NN à la maternité



PEC d'un NN à terme

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Naissance dystocique :

Chaine du chaud ++

Manœuvre de réanimation cf ci-dessus

Stimulation séchage aspiration

Ventilation au masque

INT

MCE 3/1

Pose de CVO +/- adrénaline

Appel 15 pour être mis en relation avec SMURNN

Soit on déclenche le SMUR NN pour assistance

Soit assistance téléphonique

Transfert en réanimation néonatale



PEC d'un NN à terme

8ÈMES JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Naissance dystocique : En cas de récupération cardiorespiratoire

Nécessité d'évaluation neurologique

Si diagnostic d'encéphalopathie anoxo ischémique : possibilité de mise en hypothermie thérapeutique contrôlée

Délai d'action : 6h post natal

Nécessite un temps d'évaluation de la souffrance

Nécessite un délai de mise en condition

Ne pas débiter d'hypothermie non contrôlée



-> IL FAUT FAIRE VITE

Drs QUEUDET et LEMARIE • Nancy

PEC d'un NN à terme

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Naissance dystocique : En cas de non récupération cardiorespiratoire

Quand s'arrêter ?

En cas de FC < 100 bpm à la naissance

30 min de réanimation bien menée

En cas de FC nulle à la naissance

20 min de réanimation bien menée

Plan



Algorithme de réanimation néonatale

Particularité de l'enfant né à terme

Particularité d'un nouveau né prématuré

Conclusion

PEC D'UN NN PREMATURE

8ÈMES JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Toujours discuter au préalable avec équipe d'obstétrique de la possibilité ou non de transfert pour accouchement à la maternité

Si possible discuter avec les parents avant la naissance

Avant l'accouchement : demander le terme

Limites de viabilités définies par OMS

> 22 SA

> 500g

Limites de viabilités définies dans notre service

23-24 SA

> 500g



Drs QUEUDET et LEMARIE • Nancy

PEC D'UN NN PREMATURE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

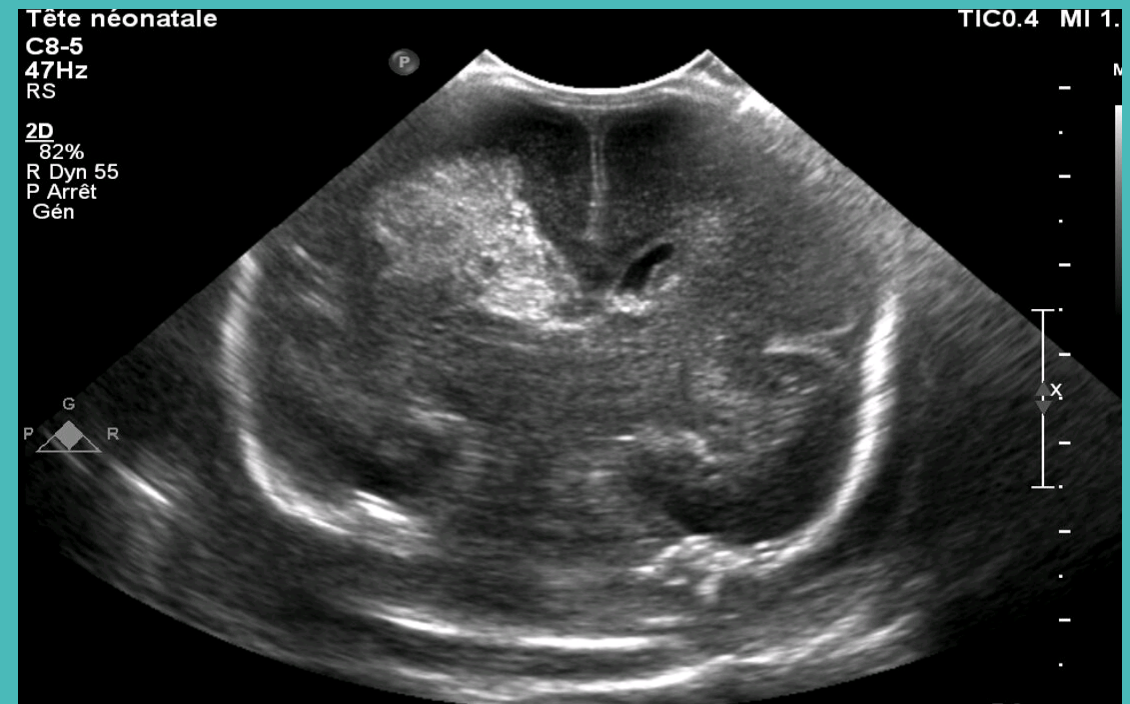
En cas d'enfant prématuré dans les limites de la
viabilité

Chaine du chaud +++

Bonnet x2

Langes chaud ou sac en plastique

Attention à l'hypothermie du prématuré : risque de
saignement intraventriculaire au moment de la
recirculation



PEC D'UN NN PREMATURE

8ÈMES JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

En cas d'enfant prématuré dans les limites de la viabilité

Manœuvre de réanimation cf ci-dessus

Stimulation séchage aspiration

Ventilation au masque

INT

MCE 3/1

Pose de CVO +/- adrénaline

Attention : < 25 SA : réanimation respiratoire seulement ie pas de MCE, pas d'adrénaline

PEC D'UN NN PREMATURE

8ÈMES JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Enfant prématuré : quand s'arrêter ?

< 25 SA : en l'absence de récupération d'une FC > 60 bpm après ventilation / INT

STOP après **10 min** de ventilation

En cas de FC < 100 bpm à la naissance

15 - 20 min de réanimation bien menée

En cas de FC nulle à la naissance

10 min de réanimation bien menée

PEC D'UN NN PREMATURE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Pour avoir une idée :

◁ 28 SA : enfant intubé ventilé, CVO

28-32 : VS au masque avec une PEP +5cmH2O

▷ 32 SA : VS AA

▷ 1500g : VVP

Plan



Algorithme de réanimation néonatale

Particularité de l'enfant né à terme

Particularité d'un nouveau né prématuré

Conclusion

Conclusion

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Chaîne du chaud +++

Capteur de saturation **main droite**

Toujours le même algorithme quelque soit le terme par **intervalle de 30 sec**

Voie d'urgence = **CVO**

CI DIO

Savoir demander de l'aide

Connaitre ses limites : INT

Comme dans toute réanimation : tout noter avec les horaires

Vous êtes stressés, l'enfant et la mère encore plus que vous !

