



La Sage-femme et le nouveau-né :

COMPÉTENCES ET BONNES PRATIQUES



Réalisé avec le soutien
de Family Service - La Boîte Rose



CNSF
Collège National
des Sages-Femmes

Introduction

La quatrième édition de la « Revue sage-femme » produite par le CNSF, grâce au soutien de Family service, a pour thème :

La SAGE-FEMME et le NOUVEAU-NÉ

Cette année a été marquée par le dossier polémique du PRADO, outre l'aspect organisationnel, financier, il a aussi été question de la compétence des sages femmes et principalement vis-à-vis du nouveau-né.

Une des missions du CNSF est de contribuer à la dynamique de formation continue des sages-femmes, c'est pour cela qu'il nous a semblé fort à propos de mettre à jour nos connaissances en déclinant les compétences et les bonnes pratiques.

Pour cela, nous avons volontairement choisi de limiter ce sujet, en nous intéressant au nouveau-né de 0 à 28 jours né après 37 SA, en bonne santé, sans pathologie fœtale ou pendant le travail, quel que soit le mode d'accouchement avec une adaptation immédiate à la vie extra-utérine.

De ce fait, contrairement aux années précédentes, la présentation n'est pas sous forme d'articles, mais suit un fil conducteur beaucoup plus didactique et pédagogique et rend ce document plus proche du livre.

Cette revue doit ainsi contribuer à affirmer la place de la sage-femme pendant la période néonatale, auprès du nouveau-né bien portant et de ses parents, à partir des compétences qui lui sont reconnues. Ces dernières s'exercent quel que soit le mode d'exercice ou la structure dans laquelle la sage-femme exerce.

Je remercie vivement Chantal Dupond qui a coordonné cette revue avec rigueur et le sérieux qu'on lui connaît, ainsi que tous les rédacteurs.

Sophie Guillaume
Présidente du CNSF

Sommaire

AVIS AUX LECTEURS : Le livret est présenté ici dans une version courte liée aux conditions d'édition.

Vous trouverez la version complète sur le site du CNSF : www.cnsf.asso.fr

Première partie : Les bases de notre exercice	4
A- Compétences des sages-femmes vis-à-vis du nouveau-né	4
1 - Code de la santé	
2 - Référentiel sages-femmes	
B- Physiologie de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (extraits)	5 et 6
1- Cardio-respiratoire	
2- Thermique	
3- Métabolique	
4- Immunologique	
5- Digestive	
6- Neurosensorielle	
C- Interactions et liens d'attachement : fondements de la parentalité	7 à 9

Deuxième partie : Les bonnes pratiques	10
A- Ethique et bientraitance en maternité	10 et 11
B- Bonnes pratiques à la naissance et dans les premières heures de vie	12 à 15
C- Bonnes pratiques au cours des premiers jours en maternité	16 à 20
D- Bonnes pratiques de la sortie de maternité à la fin de la période néonatale	21 à 23

Troisième partie : Sage-femme et santé de l'enfant, quelle contribution ?	24
A- Les accidents de la vie courante	24
B- La maltraitance	24
C- La mort inexpliquée du nourrisson	24 et 25
D- La protection vaccinale du nouveau-né	25

Coordonnatrice : **C. Dupond**

Avec la collaboration de :

Sages-femmes : **A. Battut ; C. Blanchot-Isola ; C. Chatelet ; S. Flandrin-Crétonin ; G. Detoisien ; N. Dutriaux ; C. Foulhy ; F. Galley-Raulin ; C. Gomez ; S. Guillaume ; S. Lauprêtre ; V. Pinte ; V. Tessier ; C. Titre**

Pédiatres : **D. Lecoutère ; A. Locquet**

Pédopsychiatres : **M. Libert ; S. Missonnier**

I^{ère} partie - Les bases de notre exercice

A- Compétences de la sage-femme vis-à-vis du nouveau-né

Elles sont définies par :

Le Code de la Santé Publique

- L'article L.4151-1 qui détermine le champ d'exercice des sages-femmes : « L'exercice de la profession de sage-femme comporte (...) la surveillance et la pratique (...) des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ».
- L'article L.4151-3 qui en définit le cadre « En cas de pathologie néonatale, pendant l'accouchement et les suites de couches la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de suites de couches pathologiques ».
- Les articles L.4151-2 et 4151-4 relatifs aux vaccinations et médicaments autorisés.
- L'article R.4127-303 relatif au secret professionnel.
- Les articles R.4127-325 à 329 relatifs aux devoirs envers les patientes et les nouveaux-nés.

Texte complémentaire

- La loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des patients : obligation d'information, recueil du consentement éclairé, secret médical et dérogations.

Le Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes (janvier 2010)

Ce document élaboré par la profession et validé par le CNOSF décrit plus concrètement les compétences des sages-femmes concernant l'enfant en 8 situations : *Nous présenterons les situations 4, 6 et 8 véritables guides pour notre pratique :*

Situation 4 : Accueillir le nouveau-né

- Permettre aux parents d'accueillir le nouveau-né en fonction de ce qu'ils ont exprimé et expriment, en leur laissant le temps de se rapprocher de leur enfant et d'établir une nouvelle relation.
- S'assurer des bonnes conditions de l'adaptation du nouveau-né à la vie aérienne.
- Réaliser son premier examen clinique.
- Favoriser la mise en place de l'allaitement maternel.
- Déceler les besoins en aide d'urgence du nouveau-né, et prendre en charge un enfant porteur d'une pathologie en collaboration avec le pédiatre.
- Repérer les éventuelles fragilités dans la construction du lien mère-enfant.
- Rédiger le certificat d'accouchement, coter les actes des sages-femmes, et s'assurer que la déclaration de naissance de l'enfant à l'état civil a été réalisée dans les délais légaux
- Assurer la synthèse et la transmission écrite, pour faciliter le suivi en suites de couches.

Situation 6 : Assurer un suivi mère enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale

- Vérifier l'identité du nouveau-né.
- Organiser la consultation en fonction du rythme de l'enfant, et s'assurer qu'il est en éveil calme avant de l'examiner

- Réaliser l'anamnèse.
- Pratiquer l'examen général de l'enfant en faisant participer la mère, en lui en expliquant le déroulement et en la rassurant.
- Repérer les situations pathologiques et les anomalies qui nécessitent de l'adresser à un médecin et prendre directement contact avec lui.
- Ecouter, questionner et donner des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé.
- Repérer les situations de vulnérabilité.
- Vérifier la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel).
- Prescrire les éventuels examens complémentaires selon les règles professionnelles des sages-femmes.
- Identifier les éventuelles distorsions du lien mère-enfant et se référer à d'autres professionnels.
- Organiser avec la mère les modalités de suivi de son enfant.
- Assurer une transmission dans le carnet de santé de l'enfant.

Situation 8 : Réaliser une réanimation néonatale

- Anticiper l'organisation matérielle et la disponibilité des ressources.
- Examiner l'enfant à son arrivée et identifier le caractère d'urgence.
- Prévoir l'appel au pédiatre.
- Assurer les premiers soins en attendant le médecin (aspiration, ventilation, intubation, massage cardiaque).
- Participer à la prise en charge médicale en collaboration avec le pédiatre.
- Organiser éventuellement le transfert vers le service approprié.
- Tracer les données médicales dans le dossier

Références bibliographiques

<http://www.legifrance.gouv.fr>
http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/xslt.aspx



B - Physiologie de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine

La version complète de ce chapitre est disponible sur le site : www.cnsf.asso.fr

Le nouveau-né à terme et indemne de pathologie dispose des ressources anatomiques et physiologiques adéquates pour s'adapter à la vie aérienne.

L'adaptation cardio-respiratoire [1]

A terme, l'appareil respiratoire est anatomiquement achevé. Des mouvements respiratoires intermittents à glotte fermée existent depuis la 12^{ème}-14^{ème} SA, les alvéoles sont remplies de liquide alvéolaire, le surfactant est sécrété depuis 26SA, le réseau vasculaire pulmonaire non fonctionnel, est en vasoconstriction.

La circulation fœtale est spécifique et organisée en parallèle à partir du placenta qui assure le transport de l'O₂ et du CO₂. Les vaisseaux pulmonaires en vasoconstriction constituent de fortes résistances provoquant un déséquilibre des pressions avec surcharge du cœur droit. Celle-ci est évitée par 2 shunts droite gauche : le foramen ovale et le canal artériel, qui favorisent un apport de sang plus oxygéné au cœur et au cerveau. Le canal d'Arantius est le 3^{ème} shunt fœtal qui détourne 60 % du sang de la circulation hépatique. L'hypoxie fœtale est liée au mélange quasi constant du sang oxygéné et du sang de retour.

A la naissance

- Le liquide alvéolaire, réabsorbé en fin de travail, pendant l'expulsion et les premières minutes de vie vers les espaces interstitiels, le sang et la lymphe, laisse place à l'air.
- La commande cérébrale respiratoire activée par les catécholamines du travail et les stimuli de l'accouchement, induit des inspirations et expirations profondes et régulières permettant l'entrée de l'air dans les alvéoles et l'instauration d'une respiration efficace.
- Le surfactant par son rôle tensio-actif empêche l'atélectasie alvéolaire en fin d'expiration, limitant les efforts de l'enfant et contribuant à créer une capacité résiduelle fonctionnelle.
- L'expansion pulmonaire et la vasodilatation qui en résulte, ouvrent la circulation pulmonaire.
- L'expansion du lit vasculaire pulmonaire et la suppression de la circulation placentaire, modifient radicalement la circulation et les pressions en faveur du cœur gauche, provoquant la fermeture, d'abord fonctionnelle puis anatomique, des shunts.

L'ajustement des pressions se réalise en quelques heures à 3 jours selon les enfants, on parle de circulation transitionnelle.

L'adaptation cardiaque liée à la fermeture fonctionnelle des shunts se déroule en 11 jours, et ne pourra donc être confirmée qu'au-delà de l'hospitalisation en maternité.

Au cours des premiers jours et premières semaines

L'efficacité de la respiration dépend de la perméabilité des voies aériennes et des apports en oxygène.

Les fonctions cardiaque et circulatoire sont conditionnées par l'absence d'anomalie, dont certaines peuvent se révéler secondairement (précisions sur www.cnsf.asso.fr).

L'adaptation thermique [2]

L'enfant naît avec une température physiologiquement supérieure de 0,3° à 0,8° à celle de sa mère. En conditions optimales (neutralité thermique), il est en capacité de mettre en œuvre des processus de thermorégulation, équilibrant thermogenèse et thermolyse, pour s'adapter aux échanges thermiques avec son environnement. Si cette régulation n'est pas entravée, la stabilité thermique est atteinte en 1 semaine environ.

Les adaptations métaboliques [3, 4, 5]

Le glucose

Le fœtus ne produisant pas de glucose, sa glycémie est maintenue de façon passive par la glycémie maternelle, et égale à 70, 80 % de celle-ci. Dès le 3^{ème} trimestre de grossesse, l'insuline fœtale favorise le stockage de réserves énergétiques (glycogène, triglycérides et acides aminés).

A la naissance, l'interruption brutale des apports maternels, les dépenses énergétiques immédiates et le délai nécessaire à la mobilisation du glucose, sont à l'origine d'une hypoglycémie transitoire, physiologique et asymptomatique. En réponse, et en conditions optimales (thermo-neutralité, alimentation précoce, limitation du stress), le nouveau-né mobilise les ressources (glycogénolyse, néoglucogenèse et lipolyse) lui permettant de maintenir sa glycémie au taux normal de 0,45 g/l. A défaut, il mobilise des carburants alternatifs (corps cétoniques, lactates).

A l'inverse, l'hypothermie, la déshydratation, une alimentation tardive, un stress excessif, peuvent engendrer une hypoglycémie considérée comme pathologique donc dangereuse, si < 0,3 g/l entre 0 et 3 h et < 0,4 g/l entre 3 et 48 h de vie.

Pendant les premiers jours, le maintien de la glycémie sera fonction des apports alimentaires et de la limitation des dépenses énergétiques.

Le calcium

Le maintien d'une calcémie normale à 100 mg/l résulte de l'équilibre entre calcitonine thyroïdienne et parathormone parathyroïdienne. L'hypocalcémie fréquente des premiers jours est liée à un défaut d'adaptation de cette dernière, elle se différencie de l'hypoglycémie par un simple dosage sanguin.

La bilirubine

Le nouveau-né produit 2 fois plus de bilirubine que l'adulte. Le métabolisme de la bilirubine implique une liaison à l'albumine et une conjugaison hépatique, qui la rendent éliminable dans les urines et les selles. Les possibilités hépatiques de captation et de conjugaison limitées chez le nouveau-né, expliquent qu'une partie de la bilirubine reste libre, non éliminable, s'accumule dans le sang et se fixe sur les téguents (ictère). Une fraction libre peut se fixer sur les noyaux gris centraux du cerveau (ictère nucléaire) à l'origine de lésions neurologiques gravissimes.

L'adaptation immunologique [6, 7]

A terme, la maturité du système immunitaire et des effecteurs de l'immunité est insuffisante. Le nouveau-né ne dispose que d'une immunité passive d'origine maternelle. L'immunité tissulaire se constitue en plusieurs mois, d'où une réponse immunitaire primaire retardée, alors que la colonisation bactérienne de la peau et du tube digestif est rapide, que certaines affections maternelles peuvent lui être transmises lors de l'accouchement, et que l'environnement hospitalier peut être contaminant. Ce déficit explique les risques néonataux d'infections materno-fœtales, d'autant plus graves et difficiles à identifier que le tableau clinique est précoce et polymorphe, et d'infections nosocomiales, causes de morbidité et mortalité néonatale.

L'adaptation digestive [1]

A terme, si les structures anatomiques et la fonctionnalité de l'appareil digestif sont en place, en particulier la coordination succion, déglutition, respiration, l'ingestion alimentaire n'est cependant pas optimale d'emblée, d'où la nécessaire surveillance de l'alimentation, de la digestion, de la courbe de poids et des fonctions d'élimination.

L'adaptation neurosensorielle [8-13]

La maturation neurosensorielle est indissociable des interactions que le fœtus, puis le nouveau-né et le nourrisson établissent avec leur environnement. Ces interactions mettent en œuvre des compétences motrices et sensorielles.

La motricité qui apparaît très tôt, s'affine en se restreignant, de sorte que l'enfant naît en incapacité motrice globale.

Les capacités sensorielles, beaucoup plus visibles dès la naissance, concernent la sensibilité cutanée (chaleur, froid, douleur, toucher), vestibulaire (équilibre dans l'espace), chimique (goût, odorat), la vision et l'audition. Toutes les études montrent les capacités du fœtus et du nouveau-né à percevoir et réagir à son environnement, ainsi qu'une mémoire des expériences sensorielles anténatales permettant à l'enfant de les reconnaître dans sa vie postnatale, dès sa naissance.

Le sommeil du nouveau-né est spécifique, et contribue à sa maturation cérébrale, à la sécrétion d'hormone de croissance, et à son développement général.

L'organisation et la durée des séquences veille-sommeil du nouveau-né doivent être connues pour être respectées.

Références bibliographiques :

- [1] GOLD.F, SALIBA.E, BIRAN-MUCIGNAT.V, MITANCHEZ-MOKHTARI .D, Physiologie du fœtus et du nouveau-né, Adaptation à la vie extra-utérine EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Pédiatrie, 4-002-P-10, 2007
- [2] OKKEN.A, KOCH.J, Thermoregulation of sick and low birth weight neonates, Editions Springer- Berlin 1995 p127-139
- [3] MITANCHEZ.D, Ontogenèse de la régulation glycémique et conséquences pour la prise en charge du nouveau-né, Archives de Pédiatrie, Janvier 2008 Volume 15, issue1, 64-74
- [4] LAPILLOME.A, KERMORVANT-DUCHEMIN.E, L'hypocalcémie néonatale, Archives de Pédiatrie Volume 15, n° 5, pages 645-647, Juin 2008
- [5] RAMBAUD.P, Ictère néonatal (320b), Corpus médical de la Faculté de Médecine de Grenoble, Mai 2003-Mise à jour 2005, <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE>
- [6] DURANDY.A, Ontogenèse du système immunitaire embryonnaire et fœtal, EMC (Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS) Obstétrique, 5-006-C-20 2001
- [7] REMINGTON.J, KLEIN.J, BAKER.C, WILSON.C, Infection diseases of the fetus and newborn infant, 6^{ème} édition- Elsevier 2005
- [8] THIRION.M, Les compétences du nouveau-né, Bibliothèque de la Famille – Albin Michel, Nouvelle édition – Septembre 2002
- [9] NIESSEN.F, Développement des fonctions visuelles du fœtus et du nouveau-né en unités de soins intensifs néonatales, Archives de pédiatrie Vol 13 n° 8 1178-1184 Août 2006
- [10] CHELLI.D, CHANOULI.B, Audition fœtale. Mythe ou réalité? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2008 37, 554-558, Elsevier Masson SAS
- [11] MARLIER.L, SCHALL.B, Implications des stimulations olfactives dans les adaptations individuelles et interactionnelles du nouveau-né, Conférence - Journée de l'ENVOL - 25 Avril 2002 Lille
- [12] PILLIOT.M, Le regard du naissant ou Proto regard, Les Cahiers de Maternologie 2005 23-24, 65-80
- [13] THIRION.M, CHALLAMEL.M.J, Le sommeil, le rêve et l'enfant, De la naissance à l'adolescence, Bibliothèque de la Famille – Albin Michel 2011 376p



C- Interactions et attachement

1- L'accueil de l'enfant se prépare pendant la grossesse [1- 4]

Dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), et de l'entretien prénatal précoce, le rôle de la sage-femme est d'accompagner les futurs parents à partir de leurs attentes et projet de naissance, de limiter le stress prénatal, favoriser la sécurité émotionnelle et identifier d'éventuelles difficultés psychosociales.

Rappelons les quatre objectifs majeurs de l'entretien prénatal précoce :

- 1- Donner la parole aux femmes enceintes pour favoriser leur rôle actif dans le déroulement de la naissance et l'accueil du bébé, ce qui constitue la meilleure prévention de la dépression du post-partum.
- 2- Permettre un meilleur ajustement des interventions médicales, sociales et psychologiques.
- 3- Améliorer le déroulement obstétrical par la prise en compte précoce des facteurs de stress et leur traitement.
- 4- Organiser un réseau de soin personnalisé autour de la femme enceinte lorsqu'il est nécessaire.

2- En salle de naissance

La naissance s'inscrit dans une continuité de vie psychique et physiologique.

La mère et son enfant sont déjà en interaction in utero et se construisent via la sensorialité et l'activité fantasmatique maternelle [5]. A la naissance, le déménagement écologique oblige la mère et l'enfant à une adaptation psychophysiologique, dont toute rupture compromet l'équilibre. La qualité d'accueil du nouveau-né, le respect des interactions avec sa mère conditionne son adaptation physiologique et sa construction psychique.

Apports des différentes études et observations :

Les interactions psychologiques mères-enfants ont fait l'objet de recherches en psychologie psychanalytique, développementale, et systémique et en éthologie. [6]

Dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les conceptualisations issues de la psychanalyse et de la psychologie clinique : la préoccupation maternelle de WINNICOTT, la notion d'attachement de R. SPITZ, J. BOWLBY, R. ZAZZO, la capacité de rêverie maternelle de W.R. BION, l'accordage affectif de D. STERN (1985), les interactions fantasmatiques de S.LEBOVICI, ont contribué à considérer mère et nouveau-né comme interdépendants, tant dans la construction de la mère que celle de l'enfant en tant que personne.

Les apports de l'éthologie avec les travaux de B.CYRULNIK sur les compétences précoces du bébé, et de LORENZ sur la théorie de l'empreinte, ont permis entre autres, à BOWLBY de développer la théorie de l'attachement et d'en décrire différentes formes.

En 1983, LEBOVICI à partir des travaux de WATZLAWICK, intègre la théorie des systèmes dans l'observation des interactions mère-bébé, en postulant que la dyade mère-enfant constitue un système à considérer comme une entité propre qui est bien plus que la somme simple de deux parties et possède trois caractéristiques :

- il existe des transactions en son sein
- les composantes du système sont interactives
- enfin le système admet des interfaces.

Les recherches en psychologie expérimentale et développe-

mentale ont mis en évidence les compétences du nouveau-né, leur observation dans l'interaction a donné lieu à la création par BRAZELTON d'une échelle d'observation : la « Néonatal Behavioral Assessment Scale », très utilisée aujourd'hui dans les maternités pour apprécier ses capacités neurosensorielles et comportementales.

Le nouveau-né est un être de relation, assimilable à une véritable « boule sensorielle ».

La peau est le premier organe sensoriel, activateur via le toucher, de la maturation cérébrale et garant de l'homéostasie néonatale. Le bébé voit dès sa naissance, et s'oriente de façon préférentielle vers des figures géométriques proches de celles du visage humain (cercle concentrique, visage de face). Son acuité visuelle est opérationnelle, il suit des yeux.

Il entend et peut se mettre en synchronie de façon rythmique avec la structure mélodique du discours adulte. Par ailleurs il semble que très tôt, il discrimine les sons de façon fine. Il semble attiré par les sons dont la fréquence est proche de la voix humaine, et encore plus de celle de sa mère.

Il peut reconnaître son odeur, et manifester plaisir ou déplaisir en fonction de ce qu'il a été habitué à « goûter » dans le liquide amniotique.

Il possède aussi des compétences sociales et des compétences motrices. Il active l'interaction, et sait se faire entendre et comprendre par l'adulte, avec lequel il réduit la distance en l'accrochant par ses cris, ses pleurs et ses sourires.

Il est très tôt capable d'imitation.

Parallèlement au développement psychologique et à l'interaction mère-enfant, les recherches essentiellement anglosaxonnes des physiologistes, neurophysiologistes et pédiatres ont exploré et décrit l'adaptation physiologique néonatale, la capacité de mémorisation précoce des apprentissages, les acquis et la maturation cérébrale, les rythmes du sommeil et les différents états de vigilance.

La focalisation de ces dernières années sur les premières heures de la vie du nouveau-né, est partiellement issue de ces recherches. Elles montrent que le développement des compétences du nouveau-né et l'établissement d'un attachement mère-enfant de qualité, sont étroitement liés aux conditions d'accueil à la naissance.

Accompagner les parents en salle de naissance :

L'accompagnement suppose des connaissances en physiologie néonatale et psychologie périnatale. Il interpelle l'éthique de notre clinique, le respect de la dyade et du futur père.

La première rencontre avec l'enfant :

La naissance implique une série de réaménagements chez la mère [7] : changement d'identité, confrontation à une situation d'interdépendance avec son enfant, identification à sa propre mère ou à son substitut, à l'enfant qu'elle a été mais aussi à son propre enfant.

La naissance l'oblige par ailleurs à de nombreux deuils : le statut d'adulte capable, l'état de grossesse, mais aussi celui de l'enfant qu'elle avait imaginé. L'ensemble fragilise la femme qui devient extrêmement sensible à ce qu'elle vit, aux comportements et aux réactions de son entourage.

Au cours de la grossesse, elle a maintes et maintes fois imaginé cet enfant, sa naissance, son apparence physique, leur relation, toutes représentations qui ne correspondront pas à la réalité à laquelle elle sera confrontée.

En salle de naissance, le déroulement de l'accouchement (césarienne en urgence, extraction instrumentale), l'aspect

de l'enfant, la séparation corporelle, peuvent venir briser les idéaux de la mère, initier un « sentiment d'étrangeté » et ainsi fissurer le psychisme.

En pratique lors de la première rencontre, plusieurs comportements maternels sont observables : joie, émotion, gestes d'accueil, pleurs, pour les situations les plus heureuses, mais aussi souffrance, parfois inaperçue car rien n'est exprimé, ou effondrement avec verbalisation de la déception, de la culpabilité ou encore refus manifeste d'accueillir l'enfant sur son ventre.

Ces comportements demandent à être observés et parlés par la suite. L'expression du ressenti dans les 24 heures qui suivent la naissance (qu'elle ait été vécue dans la joie ou non selon les soignants), accompagne le deuil de ce qui a été imaginé, et réduit, voire évite, un état « dépressiogène » compromettant la relation ultérieure.

Pour le père, la naissance induit également des réaménagements psychiques importants à prendre en compte pour l'équilibre familial qui va se renégocier. Il est nécessaire de lui donner sa place (après s'être assuré qu'il est prêt à la prendre) : massage, participation à l'accouchement, peau à peau avec son petit si la mère ne peut le pratiquer.

Empreinte et liens : le contact précoce, intime et prolongé du nouveau-né avec la mère est adaptatif. Le nouveau-né fait irruption dans ce nouveau monde sous l'effet des catécholamines à taux très élevé, qui contribuent à l'adaptation de ses fonctions vitales et induisent un état de veille active. Le contact et la relation avec sa mère constituent le seul espace physique et psychique où il peut retrouver des repères sensoriels et environnementaux rassurants [8].

Après une période de repos [9], tous sens en éveil, il regarde sa mère avec intensité (regard particulier lié aux catécholamines), puis commence à grimacer et à avancer en rampant jusqu'au mamelon, poing et doigts en bouche, associant le goût du liquide amniotique et celui de l'aréole, se place devant l'aréole qu'il prend en bouche et tête. Cette « montée au sein » se fait en général dans l'heure qui suit la naissance, certains enfants ne vont pas jusqu'au sein ou mettront plus de temps pour le prendre.

Ainsi, il capte la chaleur, l'odeur, le son et le timbre de voix de sa mère, ses battements cardiaques, et rencontre son regard avec les messages qu'elle lui adresse comme autant de rappels sensoriels dont il a gardé des traces mnésiques.

L'enfant devrait pouvoir rester dans les bras de sa mère jusqu'à l'examen clinique, c'est-à-dire au sortir de la salle de naissance.

Ces premiers instants au cours desquels l'enfant est « réuni à sa mère », en dehors du ventre mais contre elle, constituent selon E. DARCHIS [10] une véritable phase d'adoption : la mère « recrée son bébé par son regard » et par tous ses sens, dans un accordage sensoriel, une reconnaissance mutuelle, qui activent et fondent l'empreinte.

Une séparation à ce stade peut être catastrophique pour la dyade, aux plans physiologique et psychique : la mère aura moins de facilité à reconnaître son enfant, lequel peut montrer des signes d'instabilité qui seront corrigés médicalement et ainsi masqueront son insécurité.

Les interventions iatrogènes

Gestes « de routine » : Marie THIRION [11] décrivait déjà en 1999, trois rituels très ancrés dans les pratiques :

- le rituel de séparation et d'appropriation : le nouveau-né,

après être resté quelques minutes sur le ventre de sa mère, est retiré pour des « soins » : taille, poids, température, auscultation, instillation de collyre, toilette, il est ensuite remis à la mère nu ou habillé.

- le rituel de purification : laver l'enfant, le laver chaque jour, et surtout ne pas oublier les orifices : oreilles, intérieur des narines, yeux, au risque qu'il se refroidisse.
- le rituel de conjuration : les soignants auraient peur de perdre l'enfant, les amenant ainsi à réaliser des gestes pour « faire démarrer le petit » et vérifier que tout est en ordre : aspiration des voies aériennes supérieures, auscultation cardiaque, vérification de la perméabilité de l'œsophage, des choanes, du rectum, glycémie capillaire ...

Ancrés dans les pratiques dans de nombreuses maternités, ces « gestes de routine », relèvent d'une indication ou d'une justification médicale. Dès lors, ils devraient être différés et mieux sélectionnés pour garder du sens en regard des connaissances actuelles.

- Comportement verbal et non verbal : Les mots ou expressions mortifères : « vous poussez mal, vous ne poussez pas bien, je vais devoir appeler le médecin si ça continue, il a une sacrée bosse », sont à proscrire dans ce contexte à haut risque émotionnel, ainsi que l'absence d'explications sur la situation clinique même si l'activité est intense. De même, les gestes brusques, sans explication, l'absence de regard, l'attention essentiellement portée vers les appareils ou l'organisation interne déstabilisent la mère, l'insécurisent, créant une discontinuité dans son processus d'accueil.

Les conséquences peuvent être majeures [9] :

- au plan médical : désorganisation de la physiologie, troubles de l'adaptation, nécessité d'une assistance médicale, voire d'un transfert en unité spécialisée.
- au plan psycho-affectif : rupture dans l'interaction mère-enfant, tous deux « se » sépareront moins aisément si on « les » sépare de façon inappropriée et abusive.

A l'inverse, la parole et l'échange contribuent à la compréhension des parents, à leur sécurité émotionnelle, et de plus, éloignent le risque de plainte en cas de difficulté (la majorité des plaintes est liée non pas à l'erreur commise mais à l'absence de communication et à une relation tendue entre soignants et patients).

L'accueil du bébé à sa naissance est une étape naturelle, à protéger de toute agression extérieure. Les bénéfices d'un contact privilégié mère-enfant à la naissance, ont été largement démontrés, et il serait « éthique » d'en tenir compte. Les soignants peuvent s'inspirer des recommandations de l'OMS [12] pour re-penser leurs pratiques.

Les compétences du soignant

- Assurer la sécurité de la mère et de l'enfant en distinguant les situations physiologiques des situations à risque : l'observation de la dyade est incontournable (état de vigilance maternelle, signes de stabilité du nouveau-né) pour adapter la surveillance.
- Lorsque la situation est physiologique, savoir observer et ne faire aucun geste qui pourrait troubler l'intimité, compromettre l'enchaînement des réflexes ou rompre la physiologie de l'adaptation.
- Connaître la théorie des processus psychoaffectifs entre la mère et l'enfant et en faire l'observation d'un point de vue pratique.
- Accompagner les parents par la réassurance et la valorisation, et l'absence de jugement de valeur.

3- Difficultés maternelles et paternelles

Les interventions inadaptées ne sont pas seules en cause lorsque la rencontre, l'accordage ne semble pas se produire dans les premières heures.

La mère reste parfois dans une distance, une réserve vis-à-vis de l'enfant. Ce comportement maternel « socialement incorrect » risque alors d'être aggravé par l'incompréhension des soignants totalement déconcertés.

Cette apparente impossibilité à se sentir et se montrer mère, peut être repérée en prénatal par des signes de non investissement, mais peut être masquée par souci de conformité sociale, pudeur ou réserve, ou refoulée.

Elle peut relever [13-14] :

- d'un contexte antérieur tenant à l'histoire transgénérationnelle et personnelle de la femme. La crise psychique que représente la grossesse réactive et remanie la relation à sa propre mère dont elle a à se différencier consciemment et inconsciemment pour devenir mère. Si cette différenciation ne s'opère pas, l'arrivée de l'enfant à laquelle elle n'est pas prête, plonge la femme dans un sentiment d'irréalité, d'autant plus déstructurant qu'elle ne peut l'expliquer, ni l'exprimer dans un cadre peu propice à ce type de réaction.
- de difficultés liées à l'isolement.
- des circonstances de l'accouchement, en particulier s'il a été éprouvant, douloureux, avec interventions. Si le décalage entre l'imaginé et le réel est trop fort, la femme ne peut procéder à l'élaboration psychique permettant de l'intégrer, et la réalité devient traumatique.
- d'interactions iatrogènes comme exposé précédemment.

C'est en reconnaissant à la femme cette fragilité, en l'autorisant par une attitude de compréhension et d'empathie, en lui faisant crédit de ce qu'elle vit et du temps dont elle a besoin pour élaborer son « devenir mère », en lui proposant d'accompagner ce parcours, que se sentant comprise dans sa globalité, elle pourra à son rythme, réamorcer l'interaction.

Les pères vivent également des réaménagements psychiques importants qui, selon S.MISSONNIER [13], « les exposent à une potentialité traumatique, variable selon leur histoire, leur travail de préparation en amont, le déroulement médical de l'accouchement et l'état de santé du nouveau-né ». « Devenir père est une mise à l'épreuve, personnelle, générationnelle et conjugale » un évènement et/ou un choc que le père doit intégrer, tout en tenant le rôle social attendu par tous et dont il se sent investi. Dans ces circonstances, et d'une manière générale, le père n'est pas toujours lui-même en capacité de sécuriser la mère, et d'accueillir son enfant, et d'autant moins que personne n'établira un pont de communication avec toute l'empathie nécessaire.

En conclusion, la mise en place du lien mère-enfant et père-enfant au moment et dans les premières heures de la naissance s'appuie sur de nombreuses composantes, et retentit sur le devenir mère et devenir père. Cette immense source de réflexion alimente depuis longtemps les travaux de F.MOLENAT et de l'AFREE, qui nous invitent à une autre conception de l'accueil et de l'accompagnement des futurs parents, individuellement, en équipe et en réseau. [14]



Références bibliographiques

- [1] Circulaire DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 04 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.
- [2] HAS, Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2005.
- [3] HAS, Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations pour la pratique clinique. Novembre 2005.
- [4] Loi n° 2007-308 du 05 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.
- [5] CYRULNIK. B., Les nourritures affectives, Editions Odile Jacob- Paris- 1989
- [6] MILIKOVITCH. R, MORO.M.R., Psychopathologie du bébé, DESS Psychologie clinique et pathologique, Université Paris 8. 2001
- [7] GALLEY-RAULIN.F, SCHAUDER.S., Mission du psychologue en maternité - Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui, Editions DUNOD - Paris-2004
- [8] DUPOUY.M, Le PREMA, un monde de réflexion, Edition Association bien naître en Champagne Ardennes. 1999.
- [9] GREMMO-FEGER.G., Accueil du nouveau-né en salle de naissance, Les Dossiers de l'Allaitement n° 51- 2002, La Leach League
- [10] DARCHIS.E., J1-J6 : Comment naît la rencontre dans les 6 premiers jours de vie in Dialogue AFCC : Bébés, parents, professionnels, Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille, n° 147 - 2000
- [11] THIRION.M, Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité, Editions ERES-1999.
- [12] OMS, Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel, 4^{ème} condition : recommandations sur l'accueil du nouveau-né en salle de naissance, 1998
- [13] CESBRON.P, MISSONNIER. S., Neuf mois pour devenir parents, Ed Fayard. 2011.
- [14] MISSONNIER.S., Entretien avec Françoise Molénat, Le Carnet PSY, 2006/3 n° 107, p31-37, Ed Cabazon.

2^{ème} partie : les bonnes pratiques

A- Ethique et Bienveillance dans la relation de soins

L'éthique en maternité

Par essence, la naissance représente un évènement d'humanisation qui nous sollicite en termes de démarche éthique et d'intégration à nos pratiques. Les principes éthiques fondamentaux sont signifiés dans le code de la santé et dans notre code de déontologie [1]. Le respect de la dignité des personnes en est le principe central :

- Il est dû aux patients, quel que soit leur âge, leur état, leurs conditions socio-économiques, leur culture, quelles que soient leurs « différences ». En toutes circonstances, il protège les futurs parents et l'enfant du statut d'objet en les reconnaissant comme sujets, capables, concernés et possiblement participants.
- Il est dû aux professionnels qu'il protège de l'abus de pouvoir qu'ils pourraient facilement exercer et masquer au nom de la sécurité médicale, via toutes formes de violence, infantilisation, instrumentalisation des patients.

Qu'en disent les sages-femmes ? [2-5]

Femme sujet, homme sujet, parents acteurs de la santé de leur enfant :

Bien que les parents se mobilisent pour la santé de leurs enfants, leur compétence est malmenée par les professionnels de santé au nom de l'expertise médicale, et de la conception de la naissance, à priori « à risques ».

Bien que la femme enceinte, parturiente, accouchée soit généralement en bonne santé, de nombreux soins et actes lui sont appliqués, voire imposés, au nom du risque médical.

De plus, il n'est pas rare que les initiatives parentales soient neutralisées et/ou disqualifiées, et que l'organisation des soins en maternité réponde davantage aux besoins des professionnels qu'aux rythmes du nouveau-né et de ses parents.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, leur donne pourtant le droit de s'impliquer activement dans les décisions qui les concernent, eux et l'enfant. La femme peut et doit devenir actrice de sa santé, de sa vie, et non plus patiente soumise, cliente ou usagère. Cette attitude pertinente est soutenue par les associations d'usagers du système de santé, qui s'appuient sur l'accès de plus en plus aisé à l'information médicale. Elle se heurte néanmoins à la spécificité psychologique de la période périnatale, où les situations médicales anxiogènes, les émotions, les peurs pour l'enfant, déplacent les préoccupations et sidèrent la réactivité de la femme et du couple, les plaçant dans l'impuissance. En absence d'accompagnement, il n'est pas rare que l'accouchée sorte de maternité insatisfaite, se sentant incompétente, déprimée, et exprime parfois une véritable détresse. Dans ce contexte, la sage-femme doit pouvoir mettre en œuvre, outre ses compétences médicales, les valeurs humanistes pour lesquelles les femmes la plébiscitent, ceci suppose de :

- repérer ses propres partis pris,
- construire un véritable partenariat avec la femme, le couple, sans décider pour eux,
- favoriser l'expression et la concrétisation des choix des femmes, des familles.

Garante de l'eutocie, elle devient dès lors la garante des droits des femmes et des parents, à décider pour eux-mêmes et pour leur enfant. L'entretien prénatal, la préparation à la naissance, le projet de naissance sont, avec d'autres pratiques, autant d'outils pour favoriser cette autonomie et accueillir les parents et leurs bébés. C'est un engagement éthique incontournable pour la sage-femme d'aujourd'hui.

La bientraitance :

Il s'agit de mettre en place pendant la grossesse et en suites de couches, une prise en charge centrée sur chaque famille, sur l'expression de ses besoins propres, dans une cohérence entre l'ante et le post-partum, l'hôpital et le domicile via un travail en réseau.

Le rapport MOLENAT [6] nous le rappelle : « La conscience est largement répandue que persistent des effets pathogènes liés à certaines pratiques professionnelles, malgré les progrès de ces vingt dernières années ».

Des paroles blessantes, des attitudes d'incompréhension, une absence de prise en compte résonnent longtemps après comme des stigmatisations ou pire, des prémonitions. Elles sont « venues en quelque sorte verrouiller des éléments douloureux anciens dans un moment où les parents sont très sensibles à leur environnement ».

Être un professionnel bien traitant, c'est permettre aux parents de mettre en œuvre leur capacité d'autonomie pour assurer la sécurité physique et affective de leur enfant en les rassurant dans le temps très court du séjour en suites de couches, c'est s'effacer et être présent à la fois, aider à bon escient, s'interroger à chaque fois sur les besoins de l'individu dont il doit assurer la prise en charge.

Nous n'aborderons pas ici la maltraitance intentionnelle, mais les attitudes au quotidien qui heurtent les parturientes et leur famille, que reprochent parfois les associations d'usagers, mais les modalités qui peuvent favoriser une écoute bienveillante au sein d'un service. Sans céder à des exigences inadaptées, transitoires, sur un mode réactionnel, il s'agit d'entendre la spécificité de chaque patiente et de chaque famille dans leurs dimensions affective, familiale, sociale, culturelle, historique et dynamique.

Les fondamentaux du concept de bientraitance

Emergées du secteur médico-social, notamment auprès des personnes âgées, reprises dans le référentiel de certification des établissements de santé de la HAS (critère 10.a), les notions de prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance font désormais partie des droits du patient. Dans le domaine de la maternité, la préparation prophylactique obstétricale, l'aseptie verbale, l'accompagnement, l'écoute empathique, sont autant d'outils par lesquels les professionnels favorisent peu ou prou le maintien de la physiologie de la grossesse et de la parturition. Au delà et plus récemment, les pédopsychiatres ont souligné l'importance d'améliorer la « sécurité émotionnelle des parents et de mobiliser leurs ressources » pour prévenir les troubles du développement psycho-affectif des enfants.

- L'inaliénable dignité humaine

Au-delà des soins scientifiquement définis, dont le niveau de qualité est garanti par des protocoles, l'individu a des aspirations personnelles qui constituent sa singularité. Cet autre nous oblige, pour le respect de sa volonté et de ses convictions, à adapter nos attitudes et nos conduites.

L'écart entre les exigences de la science et le respect de la singularité de l'individu est parfois difficile à négocier et fait du soin un exercice en constante construction.

- Une manière d'être : empathie et confiance

La bientraitance n'est pas un acte. C'est une attitude empathique de chacun, une attention à l'autre qui utilise autant l'écoute du verbe que l'attention à l'expression du corps (attitudes, gestuelle, mouvements,...) et du visage (mimiques, expressions,...). Elle demande du temps, le temps de s'asseoir avec les parents, le temps d'observer, le temps d'écouter.

La naissance d'un enfant interroge les parents plus ou moins, mais toujours, dans leur capacité à l'être. Cette interrogation est sans doute plus forte au premier né ou suite à une naissance difficile ou traumatique. La confiance des jeunes parents dans leurs capacités grandit avec l'expérience positive. Le rôle des soignants est donc de renforcer autant que faire se peut cette confiance en eux.

- Une équipe bien traitante

En maternité, les tout nouveaux parents sont sous le regard d'une équipe, dont l'unité d'attitudes leur permet tout au long du séjour et à chaque instant, de se sentir maître de leur destin, en sécurité de pouvoir vivre leurs émotions, en sachant qu'une équipe veille sur eux. Pour autant, unité ne signifie pas clonage des professionnels, mais plutôt une certaine harmonie.

- Pour être bien traitant, il faut être bien traité.

C'est toute l'importance du management de l'encadrement. Certes, la période est difficile sur le plan budgétaire, les conditions de travail sont tendues, et l'encadrement des services a à rendre des comptes. Là encore un savoir-être de solidarité, d'écoute réciproque, d'entraide des professionnels devant l'isolement de plus en plus fréquent doivent être mis en avant. Le cadre sage-femme et/ou la sage-femme de suites de couches ont valeur d'exemple.

Des outils sont à notre disposition pour développer la communication au sein de l'équipe et donner du sens aux actions entreprises : transmissions, groupes de paroles, analyse de pratiques, partage d'expérience, formation. Les conduites à tenir décidées de façon participative sont mieux comprises et partagées et les staffs ouverts à tous participent à l'harmonisation des pratiques au sein de l'équipe.

Sans attendre les insuffisances professionnelles, il est de la responsabilité du cadre de proposer des formations, mais aussi de chaque professionnel, notamment les sages-femmes d'entretenir ses connaissances.

- La place de chacun : repère et responsabilité

Équité et neutralité sont les bases d'un management. La place et la fonction de chacun sont définies (fiche de poste) et doivent être respectées.

La part de l'autonomie nécessaire à l'épanouissement de chaque professionnel doit être définie, et des responsabilités peuvent être déléguées. Les responsabilités respectant les règles professionnelles de chaque catégorie doivent être connues de chacun(e).

Une équipe rassemble des professionnels de différents secteurs, médical, soignant, psycho-social. L'investissement de chacun dans la prise en charge rend l'équipe plus pertinente et plus efficiente. La coordination est essentielle et le rôle de

la sage-femme comme chef d'équipe ou pilier de l'équipe (ou le cas échéant du cadre sage-femme) est là très important. La place de chacun, c'est aussi la place accordée à l'entourage familial ou amical des parents et de leur nouveau-né. La naissance reste et doit rester ce moment familial et social.

Enfin le séjour en suites de couches demande à être mis en continuité avec les professionnels du réseau, en ville ou en PMI. Le travail en réseau permet aussi de recentrer l'établissement de santé sur ses missions fondamentales. Les relations riches et réciproquement respectueuses des intervenants avant et après le séjour de suites de couches concourent à une prise en charge sécurisante.

D'autres éléments qualitatifs plus que quantitatifs entrent en ligne de compte : les conditions de travail, l'organisation des locaux, l'ergonomie, un accueil organisé de l'entourage, des locaux de détente adaptés pour les professionnels, etc...

Exemples de projets :

- Laisser faire le premier bain par la maman, y compris sans expérience, et apporter secondairement des informations.
- Ne pas toucher le bébé lors de la première mise au sein, laisser faire la maman en la guidant à la voix si nécessaire.
- Observer sans intervenir les deux premières tétées et tracer l'observation pour mise en commun au sein de l'équipe.

Références bibliographiques :

- [1] Code de la santé publique, Articles R4127-301 à R4127-367 : Code de déontologie des sages-femmes.
- [2] Code de la santé publique, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [3] DELAISI de PARSEVAL.G, LALLEMAND.S, L'art d'accueillir les bébés. 100 ans de recettes françaises de puériculture. Editions du Seuil, 1980.
- [4] PAGE. Lesley- Ann (coord), Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique, Editions Elsevier. mai 2004.
- [5] MARIN. Cl, Etre acteur de sa santé, Février 2011. Espace éthique / AP-HP (site consulté le 03 août 2011)
- [6] Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 Juillet 2005 Relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en maternité.
- [7] MOLENAT.F, Plan périnatalité 2005-2007, Rapport sur les collaborations médico-psychologiques en maternité - Janvier 2004.



B- Les bonnes pratiques à la naissance et dans les 2 premières heures

1- Les enjeux : Santé du nouveau-né Responsabilités de la SF

Notre rôle est double et simultané :

- placer l'enfant dans les conditions optimales pour qu'il déploie ses capacités d'adaptation à son nouvel environnement, car intervenir de façon inadéquate, et/ou standardisée, peut les désorganiser, induisant une pathologie néonatale précoce.
- apprécier objectivement son état clinique pour l'assister si besoin, car ne pas repérer des anomalies d'adaptation retarde cette assistance indispensable.

La sage-femme doit pouvoir passer de l'observation vigilante à une décision d'intervention, donc prévoir, préparer et se préparer pour cette alternative.

2- Comment préparer l'accueil du nouveau-né ?

Agir sur l'environnement

En même temps que ses activités médicales (et autres), la sage-femme doit préserver une ambiance chaleureuse et sereine, limiter le nombre de personnes et les allées et venues, protéger l'intimité du couple et la pudeur de la femme, favoriser leur expression par une communication personnalisée et non infantilisante.

Assurer l'hygiène en salle de naissance [1-5]

La faible protection immunitaire du nouveau-né, impose des règles d'hygiène strictes :

Règles générales : pour les premiers soins, il serait bon de porter un masque et une surblouse propre qui pourra « suivre » l'enfant par la suite. Chaque soin doit être précédé d'un lavage simple des mains ou d'une désinfection par friction avec une solution hydro alcoolique. L'hygiène de l'environnement doit être rigoureuse : bio nettoyage des matelas à langer, pèse-bébé, baignoire, utilisation d'une protection papier à usage unique lors des soins qui seront réalisés près de la mère de préférence à une pouponnière centrale .

En aucun cas, les soins au nouveau-né ne doivent être réalisés avec les gants ayant servi lors de l'accouchement. Il n'est en revanche pas nécessaire d'utiliser des gants stériles pour ces soins. Le matériel souillé (champ, sonde d'aspiration) doit être éliminé au fur et à mesure.

Le père présent dans la salle d'accouchement porte une surblouse et se lave les mains avant de toucher son enfant.

Règles concernant l'alimentation : le nouveau-né ne doit pas être contaminé par l'alimentation. S'il n'est pas nourri au sein, les biberons prêts à l'emploi sont la solution la plus simple et la plus sûre. L'administration du biberon sera précédée d'un lavage des mains ou d'une désinfection par friction. Le reste non utilisé doit être immédiatement jeté (1 tétée = 1 biberon). Si la mère allaite, la tétée précoce doit être favorisée et toute odeur parasite évitée aux alentours du sein qui, en général, ne sera pas particulièrement nettoyé.

En conclusion, le lavage des mains reste la première règle d'hygiène. Il faut également privilégier l'utilisation de flacons uni doses que ce soit pour le collyre, le désinfectant, le biberon (1 flacon = 1 patient = 1 utilisation). Pour finir, les soins prodigués au nouveau-né doivent, dans la mesure du possible, être réalisés auprès de la mère.

Préparer le matériel pour l'accueil du nouveau-né en prévision d'une situation normale et/ou d'une assistance médicalisée [7-13]

Le matériel et les équipements nécessaires à cet effet dans les services d'obstétrique et de néonatalogie sont définis par les décrets de périnatalité de 1998, et l'arrêté du 25 avril 2000, article 2. La liste des éléments (matériel et équipements) nécessaires à l'accueil de tout nouveau-né, est précisée dans les articles 7 et 9.

Ces articles, les listes du matériel à prévoir dans les 2 types de situation, et des propositions de check-list sont consultables sur www.cnsf.asso.fr



3- Les bonnes pratiques cliniques à la naissance de l'enfant [14-21]

Etat des lieux des pratiques faisant l'objet de recommandations et/ou de consensus.

- Le clampage du cordon : ni consensus, ni recommandations. Préconisations de l'OMS.

Une méta-analyse de la Cochrane en 2008 portant sur les effets néonataux du moment du clampage a conduit l'OMS à préconiser le clampage tardif (entre 1 et 5 mn et après l'arrêt des pulsations du cordon) plutôt que précoce (dès le dégage-ment) à réserver aux cas de circulaire serré et/ou de réanimation urgente. La position de l'enfant lors du clampage ne fait l'objet d'aucune préconisation. Le cordon est clampé à 1 cm de l'ombilic (clamp de Barr), et sectionné aseptiquement à 1/1,5 cm du clamp, aucun consensus ne définit le choix lame ou ciseaux, néanmoins l'utilisation d'un bistouri pour sectionner ou raccourcir le cordon est déconseillée car dangereuse pour l'enfant et le soignant.

Le geste n'est pas douloureux (le cordon ne comportant pas de nerf). La section confirme la présence de 2 artères et 1 veine. L'artère ombilicale unique peut être associée à des anomalies chromosomiques et/ou de différents appareils dont l'appareil urinaire, justifiant pour certains, un contrôle échographique. Le cordon sera ensuite désinfecté, un pansement provisoire maintenu par un filet mis en place pour les 2 premières heures et vérifié régulièrement.

- Règles d'hygiène concernant les soins du cordon

Une désinfection du cordon avec un antiseptique type chlorhexine ou produit chloré (Amukine® ou Dakin®) doit être réalisée avant la pose du clamp de Barr et la section faite avec des ciseaux stériles. Si l'on raccourcit le cordon, une nouvelle antisepsie doit être réalisée, et les ciseaux stériles utilisés seront différents des précédents.

- Le peau à peau : consensus et recommandations OMS.

A chaque fois que l'accouchement le permet, le nouveau-né sera placé sur l'abdomen et le thorax de sa mère, en position ventrale, tête tournée sur le côté, posture spontanée membres fléchis. Il doit alors être immédiatement séché avec un linge préchauffé, de façon efficace et douce pour atténuer le contact du linge et des mains. Le crâne sera essuyé et non lavé, et couvert d'un bonnet. L'enfant sera ensuite protégé par un linge sec et chaud qui maintiendra la chaleur de la mère et la sienne contre son corps, le visage étant dégagé et visible.

Sous réserve d'une adaptation normale, de l'acceptation de la mère, et de l'absence d'intervention obstétricale, le nouveau-né devrait pouvoir rester ainsi sans être dérangé, jusqu'à ce qu'il s'active spontanément cherchant à téter. Les gestes de routine seront reportés. Dans le cas où la mère ne peut le garder en peau à peau, il peut être confié au père, selon les mêmes modalités, ou installé en berceau à proximité de la mère.

Une excellente mise au point présentée par le Dr G.GREMMO-FEGER aux 34^{èmes} Journées Nationales de Néonatalogie à Paris les 12-13 Mars 2009, et basée sur une abondante bibliographie confirme les bénéfices et le rôle adaptatif du peau à peau sur les différentes fonctions du nouveau né, son bien-être, l'allaitement maternel et les liens d'attachement mère-enfant. Cet article souligne la nécessité de revoir l'organisation et les pratiques d'accueil des nouveaux-nés bien portants.

Pendant le temps relativement court de ces premiers soins, la sage-femme peut déjà observer des paramètres cliniques déterminants pour la suite de l'accueil. Cette toute première appréciation sera complétée par un examen clinique complet à la fin des 2 heures de surveillance, dans des conditions plus classiques (sur un plan de soin chauffé et fonctionnel), permettant aussi de réaliser les mesures et actes habituels.

Le peau à peau justifie une surveillance très attentive. Des cas de malaise anoxique sévère et d'apnée, sources de décès ou de séquelles graves, chez des nouveaux-nés à terme ayant eu une bonne adaptation immédiate, placés en peau à peau et laissés à la surveillance de la mère, ont été rapportés. Leur incidence est variable selon les pays.

Il est donc rappelé que le peau à peau doit être favorisé mais dans des conditions strictes d'installation de l'enfant (visage dégagé et visible) et de surveillance par les soignants, sous la responsabilité de la sage-femme. Cette surveillance ne doit être confiée ni aux parents, ni à la mère seule qui peut s'assoupir après l'accouchement tandis que le visage du nouveau-né disparaît sous le lange, d'où l'anoxie. La sécurité de cette pratique nécessite donc de réviser l'organisation et l'harmonie des soins en salle de naissance et en salle de réveil.

- Le bain dès la naissance : pas de consensus - recommandations OMS.

Les résultats des études internationales randomisées ne sont pas significatifs, voire contradictoires. Le bain systématique n'est plus indiqué, et le bain antiseptique dans un contexte d'exposition virale est remis en cause. L'OMS recommande de reporter le bain au 2^{ème}-3^{ème} jour de vie. S'il est souhaité plus tôt (traditions culturelles), il est recommandé de le pratiquer au moins 6 h après la naissance, quand la fonction cardiorespiratoire et la T° sont stabilisées, en sécurité thermique, et après la première mise au sein.

- Le score d'APGAR : recommandations ILCOR 2005.

Etabli en 1953 par une anesthésiste américaine, Virginia APGAR, ce premier outil d'évaluation clinique du nouveau-né à la naissance, est toujours très utile et couramment utilisé.

Son contenu et les orientations thérapeutiques liées aux différents résultats sont consultables sur le site :

www.cnsf.asso.fr

Le score d'Apgar a été remis en question dans sa valeur pronostique par l'ILCOR

(International Liaison Committee On Resuscitation) en 2005, sur les arguments suivants :

- la couleur : un nouveau-né bien adapté ne peut physiologiquement être totalement rose
- la réactivité : est variable selon les nouveaux-nés et leur état de stress à la naissance
- le cri : il est très variable, certains enfants ne crient pas, respirent calmement, yeux grands ouverts, ont un bon tonus, tandis que leur adaptation est tout à fait correcte.
- la respiration : un chiffre ne suffit pas pour en caractériser la qualité
- le tonus reste un élément significatif mais subjectif, les fréquences cardiaque et respiratoire seraient les seuls éléments objectivables

Enfin, le score d'Apgar est rétrospectif, constituerait une fin en soi avec un résultat idéalement recherché de 10/10, son poids médico-légal apparaît excessif.

Les recommandations ILCOR définissent le nouveau-né normal à partir de 4 questions :

Le nouveau-né est-il à terme ? Le liquide amniotique est-il clair et sans infection potentielle ? Le nouveau-né respire-t-il et crie-t-il ? A-t-il un bon tonus ?

Lorsque la réponse est OUI à ces 4 questions, le nouveau-né est normal, et les 90 à 95 % d'enfants entrant dans cette catégorie ne doivent pas faire l'objet du score d'Apgar. Dans ce cas : **« Le nouveau-né n'a pas besoin de réanimation et ne doit pas être séparé de sa mère. Il peut être séché, placé sur la poitrine de sa mère, couvert avec un tissu pour maintenir la température. L'observation de sa respiration, de ses mouvements et de sa couleur doit être continuée »**

L'appréciation de ces paramètres par la sage-femme, et la recherche d'une anomalie morphologique qui nécessiterait une prise en charge immédiate, fondent l'examen de première intention, réalisé et commenté, soit en peau à peau en découvrant l'enfant progressivement, ou sur un matelas chauffé placé près de la mère.

- L'aspiration gastrique / dépistage de l'atrésie de l'œsophage : pas de consensus

L'atrésie de l'œsophage a une incidence de 1/2500 à 5000 et le diagnostic anténatal ne serait effectif que dans 1/3 des cas. Le risque est surtout lié aux fistules basses. Suite aux recommandations de l'ILCOR, certains pays (Canada, Suisse) ne retiennent plus ce geste comme systématique : absence d'avantages connus de cette technique par rapport à la surveillance rigoureuse du nouveau-né, effets délétères de l'aspiration sur la mise en route de la respiration, risques de malaise vagal, de spasme laryngé, et de troubles ultérieurs de l'oralité. Cette attitude ne fait pas consensus en France, il est néanmoins préconisé d'aspirer la cavité buccale sans dépasser le V lingual, sauf en cas d'encombrement important ou de détresse respiratoire. L'aspiration gastrique est maintenue pour un prélèvement bactériologique de liquide gastrique.

- L'aspiration naso-gastrique/dépistage de l'atrésie des choanes : pas de consensus

L'atrésie des choanes a une incidence de 1/8000. Elle ne peut passer inaperçue par la gêne respiratoire qu'elle provoque, voire la détresse respiratoire si elle est bilatérale. Les mêmes arguments que précédemment sont invoqués pour abandonner

l'aspiration systématique, et se limiter à la désobstruction de la partie antérieure des fosses nasales. Elle reste préconisée en cas d'encombrement ou de gêne respiratoire. L'axe anatomique des fosses nasales doit être connu pour un geste sûr, les tentatives mal maîtrisées à éviter, car traumatiques (source d'œdème aggravant l'obstruction). Le geste doit être noté dans le dossier pour ne pas être reproduit inutilement.

- La désinfection oculaire : pas de consensus - recommandations AFSSAPS

Neisseria gonorrhoeae et *Chlamydia trachomatis* sont les 2 bactéries actuellement responsables d'infections conjonctivales sévères du nouveau-né :

- la gonococcie, en recrudescence dans les pays industrialisés dont la France, est souvent asymptomatique chez la femme et sous-estimée. Elle provoque chez le nouveau-né une conjonctivite bilatérale purulente dans les 2 à 5 premiers jours. L'atteinte est sévère avec possible ulcération ou opacification de la cornée, l'évolution peut conduire à la cécité.
- l'infection à *Chlamydia trachomatis* moins grave, provoque une conjonctivite uni ou bilatérale, entre 5 et 14 j après la naissance. Les sécrétions mucopurulentes sont de sévérité variable et généralement sans atteinte cornéenne, mais avec possible kératite. Dans les 2 cas, les données de la littérature relatives à l'intérêt d'une prophylaxie par anti-infectieux sont pauvres, contradictoires, de faible niveau de preuve.

L'hétérogénéité des pratiques françaises et européennes et l'absence de critères de prescription ne permettent pas de recommander l'antibioprophylaxie néonatale systématique, sauf en cas d'antécédent et/ou de facteurs de risque d'IST incluant les grossesses mal suivies.

Le traitement préventif recommandé est un collyre à base de Rifamycine® (hors AMM en prophylaxie), à raison d'1 goutte dans chaque œil à la naissance (1 flacon/enfant).

Le choix d'une antibioprophylaxie ciblée n'exclut pas la vigilance vis-à-vis de tous les nouveaux-nés : devant des signes de conjonctivite (sécrétions purulentes, larmolement sévère) en 1^{ère} semaine, il est recommandé de faire un prélèvement bactériologique par grattage conjonctival pour recherche spécifique de gonocoque / *chlamydia trachomatis*.

Le traitement curatif est un anti-infectieux type Rifamycine® actif sur les 2 espèces, dont l'AMM dans cette indication est sans contre-indication chez le nouveau-né.

- La vitamine K : pas de consensus-recommandations de la Société française de pédiatrie et de l'Association française de pédiatrie ambulatoire, groupe nutrition. [19-20]

L'administration de 2mg de Vit K per os à la naissance réduit notablement l'incidence de la maladie hémorragique du nouveau-né, mais n'empêche pas les formes tardives sévères pour lesquelles l'administration de 1mg IM s'avère plus efficace.

La voie per os est préférée du fait de la douleur de l'IM, de la mauvaise résorption du produit, et de la réticence des parents.

Si le principe de cette supplémentation de 2mg per os à la naissance est adopté par de nombreux pays, dont la France, la question de la poursuite et de la durée de cet apport au cours de la période d'allaitement maternel exclusif ne fait pas l'unanimité. La France (SFP et AFPA) recommande « de prolonger cette vitaminothérapie à raison de 2mg per os par semaine pendant toute la durée de l'allaitement maternel exclusif ». Mais cette position fait débat par crainte d'un surdosage chez les enfants exclusivement allaités au sein pendant les 6 mois conseillés, la dose totale étant alors excessive par rapport aux autres pays européens. L'alternative raisonnable préconisée est d'1 dose de 2mg 1xsem jusqu'à 3 mois chez les enfants allaités exclusivement, en plus de la dose à la naissance.

Vitamine K1 : ampoule de 2mg correspondant à 0,2ml de suspension buvable, avec pipette prévue pour 0,2ml à vider dans la bouche le long de la joue (goût amer).

- L'alimentation précoce : recommandations OMS

La mobilisation et la consommation des réserves énergétiques pour faire face aux besoins de l'adaptation, nécessitent un apport alimentaire précoce pour compenser le décalage entre diminution de la glycogénolyse et mise en route de la néoglucogenèse. Quel que soit le mode d'alimentation choisi, le nouveau-né, placé en peau à peau, ne manifeste pas toujours l'envie de téter de suite, mais secondairement. Ce report n'est pas contradictoire avec la recommandation de l'alimenter dans les 2 premières heures.

L'examen clinique en salle de naissance : obligation légale

L'arrêté du 18 Octobre 1994 stipule que tout nouveau-né doit avoir un examen clinique complet avec traçabilité écrite avant de quitter la salle de naissance.

La sage-femme procède à cet examen à la fin des 2 h de surveillance, et avant transfert de la mère et de l'enfant en suites de naissance. Elle réévalue l'état du nouveau-né, le pèse, le toise et administre la vitamine K. Cet examen doit être réalisé de façon adaptée en préservant la sécurité thermique et émotionnelle de l'enfant, si possible en présence de la mère et du père, donc commenté. Il est renouvelé par le pédiatre en suites de naissance.

Nous ne détaillerons pas ici cet examen clinique, parfaitement décrit dans les ouvrages référencés, et qui à partir de solides connaissances théoriques, requiert surtout d'être pratiqué.



4- Responsabilité des Sages-Femmes en salle de naissance

Le certificat d'accouchement et la déclaration de naissance [22-23]

La sage-femme est tenue :

D'établir un certificat médical d'accouchement qui sera indispensable pour la déclaration de naissance (cf 2^{ème} partie C)

De remplir le registre d'accouchement de la maternité. Ce registre aux pages numérotées est un outil officiel et la mémoire de la salle de naissance, il doit être tenu très rigoureusement, et obligatoirement gardé aux archives.

Tenue et mise à jour du dossier obstétrical

On doit y retrouver toutes les données et documents attestant des examens cliniques et complémentaires de la grossesse, de l'accouchement, et des suites immédiates, ce qui permet également de faire la cotation des actes. Il restitue et valide la prise en charge et tient lieu de transmission écrite pour les suites de naissance. D'une grande importance médico-légale, il doit être tenu rigoureusement, et permettre d'identifier tous les intervenants. Le dossier peut se présenter sous une forme papier ou informatique.

Traçabilité de la surveillance du nouveau-né au cours des 2 premières heures

L'importance des 2 heures de surveillance du nouveau-né en

salle de naissance a conduit de nombreuses équipes à créer et utiliser une feuille de surveillance spécifique nominative. Elle doit comporter sur une grille horaire, les données cliniques, l'alimentation, le comportement, les actes et soins réalisés auprès de l'enfant, ainsi que les points de vigilance. Intégrée au dossier obstétrical, elle facilite la continuité du suivi en suites de naissance, et peut faire preuve médico-légale de la surveillance réalisée.

Identification des nouveau-nés en maternité

Le Code de la Santé (art. R 2213-2 et décret 2010-917) stipule que tout patient d'un bloc opératoire doit porter un bracelet d'identité. L'enfant doit donc porter dès sa naissance 2 bracelets d'identité, au poignet et à la cheville, comportant nom, prénom, date et heure de naissance, sexe, marqués de façon indélébile par la sage-femme, qui veillera à ce qu'ils restent toujours bien en place.

Le modèle enfant est adapté à la peau sensible du nouveau-né car sans latex. En vinyle, il résiste à l'eau, aux solvants et matières abrasives et est indéchirable. La fermeture comporte un système de sécurité inviolable avec bouton pression plastique. Les bracelets ne pourront être enlevés qu'en les coupant lors de la sortie, et seront remis aux parents s'ils le souhaitent.

Attribution du Carnet de Santé

Le carnet de santé est établi pour chaque enfant soit en salle de naissance soit en suites de naissance (cf 2^{ème} partie C 4-2).

Références bibliographiques

- [1] http://sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveillance-et-prevention-des-IN-en-maternite-2009.pdf
- [2] http://www.cclin-est.org/IMG/pdf/recommandations_guidematernite_0609.pdf
- [3] http://hygienezerte.org/PDF/Manuel_materFinal.pdf
- [4] <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0335745700800234>
- [5] http://nosobase.chulyon.fr/recommandations/cclin/cclinOuest/1998_maternite_CCLIN.pdf
- [6] Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV « Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale » du code de la santé publique (livre VII, titre Ier, chapitre II, section III, troisième partie : Décrets), NOR: MESH0021671A, Journal Officiel de la République Française n° 138 du 16 juin 2000, page 9068.
- [7] Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets), NOR: MESH9822606D, Journal Officiel de la République Française n° 235 du 10 octobre 1998, page 15344.
- [8] BETREMIEUX P. Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance. Synthèse, adaptation et commentaires pratiques des recommandations de l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), Médecine & Enfance, hors série, n° 27, avril 2007, 40 pages.
- [9] LAUGIER J., ROZE J.C., SIMEONI U., SALIBA E. Soins aux nouveau-nés – avant, pendant et après la naissance, 2^{ème} édition, Masson, Paris, mars 2006.
- [10] GOLD F., BLOND MH, LIONNET C., Pédiatrie en maternité – Réanimation en salle de naissance, 3^{ème} édition, Abrégés de périnatalité, Masson, Paris, octobre 2002.
- [11] LAVAUD J., AYACHI A., CHABERNAUD J.L., LODE N., Réanimation et transport pédiatriques, 5^{ème} édition, Masson, Paris, septembre 2004.
- [12] FRANCOUAL C., HURAU-RENDU C., BOUILLE J., Pédiatrie en maternité, 3^{ème} édition, Médecine - Sciences, Flammarion, Paris, 2008
- [13] PARICIO C., Réanimation du nouveau-né en salle de naissance, présentation de cours : <http://reameed.ujf-grenoble.fr/seminaires/archives/2005/mai05/etudiants/Mardi/paricio2.ppt>
- [14] GREMMO-FEGER.G. L'accueil du nouveau-né en salle de naissance Les dossiers de l'allaitement n° 51. Institut Co- Naitre Avril-Mai-Juin 2002
- [15] GREMMO-FEGER.G, LAPARRA.V, COLLET.M, SIZUN.J , De quoi le nouveau-né bien portant a-t-il besoin en salle de naissance ? XXXIX^{mes} Journées Nationales de Néonatalogie, Paris 12-13 Mars 2009
- [16] PEJOAN H., Mise au point sur les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance, La Revue Sage-Femme (2010) 9, 189-194, Ed Elsevier Masson SAS. Septembre 2010
- [17] ABALOS. E., Moment du clampage du cordon ombilical chez le nouveau-né à terme : effets sur les résultats maternels et néonataux, Commentaire de la BSG dernière révision 2 mars 2009, Bibliothèque de santé Génésique de l'OMS, Genève : Organisation mondiale de la santé
- [18] HUTTON E. HASSAN E, Clampage tardif versus précoce du cordon ombilical chez les nouveaux-nés à terme, Revue systématique et méta-analyse d'études contrôlées, JAMA- français Vol. 297 N° 11 21 Mars 2007
- [19] ANCEL, BONNIER, BURGUET, & al, Le score d'Apgar, Service des recommandations professionnelles, 2005 ; Vallée & Dellatolas, 2005
- [20] AFSSAPS, Prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né – Mise au point, 04 janvier 2011 - Publié dans la revue Profession sage-femme n° 173 Mars 2011, <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Prophylaxie-des-infections-conjonctivales-du-nouveau-ne-Mise-au-point>
- [21] ZIX-KIEFFER.I., Vitamine K orale chez les bébés allaités exclusivement : quelle dose, combien de temps ?, 0929-693X/S, Ed Elsevier Masson SAS. 2008
- [22] Code Civil Articles 55 à 59 Déclaration et certificat d'accouchement
- [23] Articles R4127-301 à R4127-367 du code de la santé publique, Code de déontologie des sages-femmes

C- Les bonnes pratiques au cours des premiers jours

1- La surveillance clinique du nouveau-né :

Elle comporte :

Un examen clinique complet dans les premières 24h suivant la naissance

Conditions et contenu : voir sites référencés [1]

L'arrêté du 18 Octobre 1994, stipule que tout nouveau-né doit bénéficier dans les 1^{ères} 24 heures de vie, d'un examen clinique détaillé. Cet examen, réalisé par le pédiatre, reprend et complète l'examen réalisé par la sage-femme en salle de naissance [2]. Il permet de vérifier la bonne adaptation, de diagnostiquer des anomalies fonctionnelles non repérées à la naissance ou d'apparition secondaire, des malformations, des troubles du comportement.

L'examen pourra être complété, ou renouvelé si certains éléments n'ont pu être appréciés (hanches, poulx fémoraux) et parce que l'état du nouveau-né est évolutif. Un nouvel examen sera réalisé par le pédiatre avant la sortie, pour qu'elle soit autorisée.

Une surveillance clinique [2]

Elle est justifiée par l'évolution de l'adaptation et la possibilité d'anomalies secondaires.

- **la température** : il y a instabilité thermique jusqu'à 1 semaine.

La T° normale (auriculaire /thermomètre tympanique) se situe entre 36,5° et 37,5°. Hypothermie comme hyperthermie peuvent traduire une infection néonatale.

- **l'alimentation et le poids** : une perte de 10% du poids de naissance reste le seuil physiologique (élimination du liquide alvéolaire, du méconium, pertes caloriques de l'adaptation). La pesée sera quotidienne tant que le poids de naissance n'est pas repris (J7), et reportée dans le carnet de santé sur la courbe de croissance, dont le profil est variable selon l'alimentation. Sa remontée franche vers le 4^{ème} jour est LE critère de l'adéquation nutritionnelle et du bon état général du nouveau-né. L'efficacité de l'alimentation sera appréciée cliniquement plutôt que sur les quantités absorbées.

- **l'émission du méconium** : dans les 36h, remplacé par les selles dont la quantité, consistance et odeur sont liées au type d'alimentation et aux apports en eau.

- **l'émission des urines** : dans les 24h, le volume urinaire est optimal à 48h et fonction du type d'alimentation.

- **le teint** : normalement rose, peut être cyanosé aux extrémités et en zone péri-buccale (circulation transitionnelle, réaction au froid), une cyanose généralisée évoque une pathologie cardio-respiratoire, il peut être pâle (anémie, infection) jaune (ictère) rouge (polyglobulie, hyperthermie), ou décrit comme gris, marbré (infection).

- **le tonus** : la norme est l'hypertonie segmentaire et l'hypotonie axiale. Toute anomalie du tonus de base nécessite : hypotonie totale ou partielle (membres), hypertonie de l'axe, trémulations, convulsions, nécessitent un examen pédiatrique.

- **la respiration** : est rapide, abdominale, irrégulière, avec pauses. Les voies aériennes doivent être libres car, en dehors des pleurs, l'enfant ne respire pas par la bouche.

- **la digestion** : peut être marquée par des régurgitations (noter quantité, aspect, couleur), un ballonnement abdominal (à relier au transit), des « coliques ».

- **le comportement** : le nouveau-né se manifeste peu, dort longtemps, s'éveille pour téter, est réactif aux échanges avec sa mère et aux manipulations lors des soins. Des pleurs fréquents, aigus, une apathie ou agitation, des séquences de

sommeil courtes ou très prolongées, des difficultés à téter (liste non exhaustive) sont à noter pour être appréciés dans leur évolution et leur retentissement.

2- La surveillance paraclinique

Le nouveau-né dont l'adaptation se déroule normalement, n'appelle pas de surveillance biologique. En dehors du TDMM (test de dépistage des maladies métaboliques), les examens paracliniques susceptibles d'être réalisés par la sage-femme en pratique courante, le sont dans un but diagnostique en 1^{ère} intention : prélèvements sanguins : glycémie, calcémie, NFS, CRP, bilirubinémie (après mesure cutanée), cutanéomuqueux (suspicion d'infection conjonctivale, funiculaire, cutanée), recueil d'urines ou de selles.

Ces examens requièrent les mesures d'hygiène et la sûreté technique nécessaires à la sécurité de l'enfant. Les prélèvements sanguins justifient une analgésie obtenue avec succès par l'administration de saccharose per os, une tétée au sein (moins pratique) ou l'utilisation au point de ponction d'un antalgique à base de Lidocaïne (type Emla ou Emlapatch) autorisé aux sages-femmes.

3- Les soins au nouveau-né et les apprentissages maternels [3]

Il n'existe pas de recommandations concernant les pratiques des soins courants au nouveau-né, qui doivent être efficaces, confortables, sans risque (traumatique, infectieux) pour l'enfant, et réalisables aisément par la mère en prévision du retour à domicile.

Les soins de puériculture sont détaillés sur www.cnsf.asso.fr
Nous en soulignerons l'aspect pédagogique et éducatif.

Généralement assurés par les soignants le 1^{er} jour, ces soins associés aux informations nécessaires doivent rapidement être proposés à la mère pour qu'elle se les approprie.

La pédagogie mise en œuvre s'appuiera sur les ressources spontanées de la mère, ce dont elle a besoin, ce qu'elle attend du soignant, et sera de type participatif ou démonstratif selon sa préférence et sa parité.

Plutôt que des directives infantilisantes et une modélisation à partir de techniques de soins hospitaliers, il s'agit d'aider la mère, le père, à s'approprier une gestuelle, une méthode et organisation de bon sens, adaptable à la maison, avec les repères de sécurité nécessaires, intégrant toujours la communication avec l'enfant

La cohérence des pratiques et des propos est indispensable, l'incohérence générant perturbation et insécurité. Certaines équipes ont ainsi créé une sorte de « carnet de bord », confié à la mère et partagé avec elle, auquel chaque intervenant se réfère pour s'articuler avec les propos, actions et résultats précédents complétant les transmissions d'équipe.

Parmi ces informations, il sera utile d'insister sur :

- **La qualité des produits de soins utilisés** qui doivent être à usage spécifique pour bébé, non colorés, non parfumés, hypoallergéniques, de pH neutre pour préserver le film protecteur de la peau, testés et contrôlés pour usage quotidien chez le nouveau-né.

- **La sécurité physique de l'enfant** : les parents doivent être prévenus de la fréquence des chutes chez les tout petits (cf 3^{ème} partie A), des recommandations de couchage, des risques de secouer un bébé (cf 3^{ème} partie B).

- **L'hygiène corporelle et environnementale** en lien avec l'immaturité immunologique.

- Le respect des rythmes et phases de sommeil du nouveau-né
- Ses ressources et limites sensorielles et les interactions qu'il peut développer.

En fin de séjour et en prévision de la sortie, l'équipe s'assure que ces informations sont efficacement perçues, par la mère/les parents/l'entourage, et les reprend si nécessaire.

4- Outils de transmissions

Traçabilité de la surveillance

Indispensable au suivi de l'enfant, elle a valeur médico-légale, et contribue à la cohérence des interventions.

Le carnet de santé [4]

La dernière version date du 1/01/2006. Il contient les informations médicales nécessaires au suivi de la santé de l'enfant jusqu'à 16 ans, est soumis au secret professionnel et utilisé comme certificat de vaccinations. Trois certificats de santé, relatifs aux trois examens médicaux obligatoires prévus dans les 8 premiers jours de vie, au 9^{ème} et 24^{ème} mois de l'enfant y figurent : ils ont également un intérêt épidémiologique.

Le carnet de santé est théoriquement délivré gratuitement au moment de la déclaration de naissance de l'enfant par l'officier d'état civil, mais plus souvent et par accord avec les mairies [8], les carnets de santé sont donnés directement aux maternités pour que le service qui a pratiqué l'accouchement en attribue un à chaque nouveau-né.

En suites de naissance, il faut s'assurer du report des éléments concernant la naissance, les examens pédiatriques, du poids (courbe), taille et périmètre crânien, des dépistages auditifs et métaboliques, des thérapeutiques préventives et curatives. Pour un nouveau-né sans pathologie, le carnet de santé est le seul document de liaison dont disposeront les professionnels assurant le suivi après la sortie de maternité.

5- Les dépistages

Le dépistage des maladies métaboliques [5-8]

L'association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (association loi 1901, créée en 1972) est en charge, sur l'ensemble du territoire (métropole et DOM-TOM) du dépistage néonatal systématique, mais non obligatoire de 5 maladies rares et graves sans signe clinique à la naissance : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, la drépanocytose, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la mucoviscidose.

Pour revoir tout ce qui concerne le dépistage de ces 5 maladies consulter www.cnsf.asso.fr

Nouveauté : Dans le cadre du Plan National 2010-2014 « Maladies rares », la Haute Autorité de Santé a été saisie afin de rendre un avis sur l'extension du dépistage néonatal au déficit en MCAD (Acyl-CoA-Déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne). Cette pathologie se traduit par une hypoglycémie sévère pouvant entraîner le décès, et survenant à l'issue d'un jeûne prolongé, par exemple en cas de maladie infectieuse. On estime qu'une mort subite sur 20 serait le fait d'une carence en MCAD. La prise en charge à long terme consiste à éviter les périodes de jeûne prolongé et à augmenter les apports en hydrates de carbone, quand les besoins énergétiques augmentent (sport). Les conclusions toutes récentes de la HAS (Juillet 2011) sont sans appel : le dépistage permettrait de diminuer de 75% la mortalité liée à cette affection, la HAS recommande donc d'élargir le dépistage actuel au déficit en MCAD.

Le dépistage de la surdité [9-11]

La totalité de ce sujet est sur le site www.cnsf.asso.fr

Le dépistage en maternité s'effectue par test auditif, selon la méthode des Potentiels Evoqués Auditifs automatisés (PEAa) ou à défaut, des Oto-Emissions Acoustiques automatisés (OEaA) suivis des PEAa, si le test OEaA n'est pas concluant. Quelle que soit la technique, le test peut se réaliser à compter du 2^{ème} ou 3^{ème} jour, chez un enfant calme ou endormi, dans une pièce silencieuse et avant le bain.

Le consentement éclairé des parents est requis.

En cas de test positif, le suivi est assuré par une équipe pluridisciplinaire, pour les parents et l'enfant. Un contrôle à distance est organisé. Les résultats obtenus sont notés dans le carnet de santé de l'enfant et font l'objet d'une transmission auprès de l'association régionale pour le dépistage des handicaps de l'enfant.

6- Les supplémentations vitaminiques

La totalité de ce sujet est sur le site www.cnsf.asso.fr

Rappelons que la prescription des vitamines aux nouveau-nés nous est autorisée.

Vitamine K1 : se reporter aux Bonnes pratiques en salle de naissance (2^{ème} partie- B).

Vitamine D : recommandations DGS 2003 et AFSSAPS 2011 [12]

En France, la DGS (2003) recommande une supplémentation de 400 à 1000UI/jour entre la naissance (3^{ème} jour) et l'âge de 3 ans, et pendant l'automne-hiver jusque 5 ans, ainsi que chez la femme enceinte au 3^{ème} trimestre.

Les médicaments utilisables chez le nouveau-né :

- Ergocalciférol

Sterogyl® contenant de l'alcool, est proscriit dans cette indication.
Uvesterol D® 1500 UI / ml ;

3dosages : Dose L=800UI - Dose n°1=1000UI - Dose n°2=1500U ;
Solution buvable en flacon et pipette adaptée graduée ;

- Cholecalciférol + fluor

Zyma D® 4 gttes = 1200UI Zyma Duo150® 4 gttes= 600UI
Zyma 300® 4 gttes= 1200UI
Fluostérol® 1 dose = 0,25 mg = 800UI

L'administration de la vitamine D requiert des précautions liées à 2 types de risque :

- **Risque de fausse route** lors de l'ingestion : chez le nouveau-né la déglutition est coordonnée à la succion, l'administration per os d'un médicament liquide doit respecter cette physiologie et être lente.

- **Risque de malaise** : malgré le rappel des recommandations d'administration en 2006, de nouveaux cas de malaise chez des nouveau-nés à terme et prématurés ont été rapportés, d'où de nouvelles recommandations de l'AFSSAPS, en date du 18 Mars 2011 qui valent pour tous les médicaments liquides, et rappellent que tout effet indésirable grave ou inattendu doit être déclaré au centre de pharmacovigilance.

- Tenir l'enfant au creux du bras en position demi assise, tête soutenue par le bras

- Administrer avec la pipette ou la seringue fournie avec le flacon, les autres seringues n'étant pas adaptées

- La pipette ou la seringue est placée sous la langue, Si l'enfant tête, appuyer lentement sur le piston pour accompagner l'ingestion du liquide.

S'il ne tète pas, positionner la seringue à l'intérieur de la joue, appuyer très lentement par fractions successives pour que le produit s'écoule goutte à goutte afin d'induire un réflexe régulier de déglutition.

7- La préparation du retour à domicile [13-23]

L'enquête menée auprès des usagers par la DREES en 2008 a montré que « des progrès peuvent encore être accomplis en matière de conseils et d'informations pour préparer la sortie de maternité, une femme sur cinq déplorant des carences dans ce domaine » [13].

C'est également ce que souligne l'évaluation du plan de périnatalité publiée en 2010, où l'accompagnement postnatal figure comme un des axes à renforcer pour le programme 2010-2013 [14].

Sur le plan médical

Qui valide la sortie de maternité du nouveau-né ?

- Selon l'article R.2132-1 du code de la santé publique, tout examen médical obligatoire, dont celui réalisé dans les 8 jours suivants la naissance doit être effectué par le médecin [15]. C'est le pédiatre de l'établissement qui est en charge de valider une sortie pédiatrique de maternité.
- Concernant la sage-femme et selon l'article L.4151-1 du code de la santé publique, elle est habilitée à assurer les soins aux nouveau-nés jusqu'à l'examen post-natal. En pratique, ces soins peuvent être dispensés durant la 1^{ère} année du nourrisson sous réserve que la sage-femme dispense des soins et des actes de prévention et ne soigne pas la pathologie. [16]

Quelles sont les contre-indications à la sortie de maternité ?

- Nouveau-né à risque médical :
 - Risque de développer une hyperbilirubinémie sévère et notamment dans les cas suivants : bilirubinémie prédictive d'ictère sévère selon les courbes de référence, ictère des 24 premières heures de vie, antécédent d'ictère grave dans la fratrie, incompatibilité rhésus ou ABO, prévention de l'immunisation anti-D non complètement gérée.
 - Risque d'infection néonatale
 - Risque de déshydratation
 - Toute autre situation médicale à risque de décompensation
- Difficultés relatives à l'établissement de la relation mère-enfant : Situations sociale, familiale ou environnementale défavorables, sans mise en place d'une organisation en aval.

Quelles sont les conditions requises pour une sortie précoce ou anticipée ?

- A titre de rappel, sont définies comme sortie :
 - Précoce : toute sortie survenant entre J0 et J2 inclus en cas de voie basse ; J0 et J4 inclus en cas de césarienne, J0 étant le jour de l'accouchement.
 - Anticipée : toute sortie survenant avant la sortie habituellement prévue par le service.

5 conditions générales doivent être respectées [17] :

- 1- Le consentement éclairé de la mère/des parents doit être obtenu au préalable.
- 2- Les critères d'éligibilité concernent le bas risque médico-psycho-social.
- 3- Le bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère et de son enfant et l'évaluation des conditions sociales sont satisfaisants à la date prévue de sortie. Les examens complémentaires éventuels sont réalisés et leurs résultats connus et satisfaisants avant la sortie.
- 4- La mère/les parents ont une compétence et une auto-

mie suffisante pour l'allaitement, les soins du bébé et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son bébé ou bien ces compétences sont assurées avec le soutien à domicile.

5- Le suivi est organisé avant la sortie de la maternité. Il est assuré à domicile par un ou des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical (dépistage, soins et prévention), psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement et des soins de puériculture.

5 conditions spécifiques doivent être respectées [17] :

- 1- Prise en compte de l'ictère et risque lié à l'hyperbilirubinémie.
 - Mesure transcutanée de la bilirubine à H24 et avant la sortie et prise en compte des facteurs de risque d'hyperbilirubinémie [17]
 - Selon les recommandations du Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale : information des parents sur le risque d'ictère et la conduite à tenir ; notification dans le carnet de santé (p 7) de l'hyperbilirubinémie, des valeurs, de l'étiologie et du traitement éventuel en maternité ; sécurisation de la sortie par un suivi externe à H48-72H du traitement [16]
- 2- Prise en compte du risque infectieux néonatal : En cas d'anamnèse à risque d'infection néonatale, la sortie précoce doit être différée à H 48 : examens complémentaires réalisés (bactériologiques, sanguins...) et aux résultats satisfaisants avant la sortie.
- 3- Dépistage des cardiopathies : absence de modification de la qualité des bruits du cœur et de la perception des poulx fémoraux entre l'examen initial et l'examen de sortie, pouvant faire évoquer le diagnostic de malformation cardiaque [17].
- 4- Prise en compte du risque de déshydratation.
 - Au minimum 2 prises alimentaires correctes avec transfert effectif de lait documentées avant la sortie.
 - Education des parents relative au risque de déshydratation avec des repères simples : au moins 3 mictions/jour les 2 premiers jours puis 6 mictions par jour, signes de déshydratation (perte de poids...) [17].
- 5- Réalisation des tests de dépistage : la maternité doit s'assurer de la réalisation des prélèvements après la sortie : organisation en externe et matériel nécessaire au prélèvement et à son envoi transmis [17] [19].

Prescriptions pédiatriques à la sortie et carnet de santé : quelles modalités ?

Les prescriptions pédiatriques

Portent sur la supplémentation en vitamines, l'alimentation, les soins courants, éventuellement vaccination et prescription(s) au regard d'une prise en charge spécifique.

Le carnet de santé (cf 4-2) (4)

Les informations médicales seront complétées et le 1^{er} certificat de santé, attestant d'un examen médical des 8 premiers jours sera rempli ; la partie médicale sera transmise aux services de PMI, et déclenchera le suivi ou la proposition de suivi PMI, la partie administrative sera transmise par la mère à la CAF et déclenchera l'attribution des prestations.

Sur le plan pédagogique (cf 3)

Une dernière mise au point est nécessaire essentiellement à partir des questions des parents.

Sur le plan psycho-social

Le repérage des facteurs de risque doit s'effectuer de

préférence dès la période anténatale, surtout au regard de la durée moyenne de séjour [20] et aussi à l'accouchement et en suites de naissance.

L'objectif est ici de pouvoir favoriser la mise en place du lien mère-enfant et le devenir parent : autonomie des parents et confiance en soi, sentiment de sécurité, cohérence et continuité dans les réponses à l'enfant, confiance dans le système de soins... [21] [22]. Pour ce faire, il est important de pouvoir s'appuyer sur des organisations de relais (détaillées au § 7.5).

Sur le plan institutionnel : obligations administratives

Déclaration de naissance La naissance doit être déclarée dans les 3 jours qui suivent le jour de la naissance, dimanche et jours fériés exclus, auprès de l'officier de l'état civil à la mairie du lieu de naissance. Elle doit être faite par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement.

Au-delà du délai légal, un recours devra être exercé auprès du procureur de la république, et la naissance ne pourra être inscrite sur les registres d'état civil que sur présentation d'un jugement rendu par le tribunal de grande instance du lieu où est né l'enfant. La déclaration de naissance s'appuie sur le certificat d'accouchement (2^{ème} partie B)

Autres formalités administratives : La mère/les parents enregistrent la sortie sur le plan administratif à la maternité et se chargeront de l'immatriculation du nouveau-né auprès de l'assurance-maladie.

Au-delà de la maternité : quel suivi pédiatrique ?

Du suivi médical pédiatrique identifié... :

En cas de sortie précoce, un examen médical est recommandé entre le 7^{ème} et le 10^{ème} jour de vie au regard notamment du dépistage des cardiopathies [17].

Sont prévus neuf examens médicaux obligatoires la 1^{ère} année de vie : un dans les huit jours de la naissance, 1 par mois

les 6 premiers mois, 1 à 9 mois, puis 1 à 12 mois. Ils doivent être réalisés par un médecin et ont pour objectif la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations [15].

...Vers un parcours de soins postnatal à formaliser :

Au-delà du suivi obligatoire, les durées moyennes de séjour de plus en plus courtes et les organisations sociétales, ont induit de nouveaux besoins en matière d'accompagnement postnatal, éducation pour la santé, soutien à la parentalité... Ce suivi postnatal se décline en fonction des besoins des parents et des ressources locales, valorisant ainsi la place des réseaux de périnatalité et l'articulation des organisations :

- **Les acteurs :** sage-femme, puéricultrice, infirmière, médecin, psychologue, psychiatre, associations d'aide aux mères, aides à domicile, assistante sociale....

- **Les organisations :** exercice libéral, sage-femme détachée d'un centre hospitalier, hospitalisation à domicile (centrée sur la prise en charge pathologique et sur prescription médicale), centre périnatal de proximité, réseaux de périnatalité, Protection Maternelle Infantile, véritable partenaire de proximité, unité mère bébé, unité de psychiatrie périnatale, centre médico- psychologique.

Ce parcours de soins postnatal, s'il se situe dans un cadre physiologique, s'inscrira généralement à la demande des parents, à condition que ces derniers soient informés au préalable des organisations existantes et des prises en charge possibles (consultations remboursées à 100 % jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement pour la mère et pour les examens obligatoires du nouveau-né). Ces informations relèvent de la responsabilité de chacun, et notamment de l'équipe de maternité lors de la préparation de la sortie [23].



Hors Bibliographie (cours de pédiatrie)

- [1] DEBUISSON.C : L'examen du nouveau-né en salle de travail
www.med.univ-rennes1.fr
- LA ROCCA M.C ; SCHWARTZ.I : Examen clinique du nouveau-né ; ifsitoulouse.free.fr
- RAMBAUD.P : Examen clinique du nouveau-né ;
www.sante-ujf-grenoble.fr

Références Bibliographiques

- [2] FRANCOUAL C., BOUILLE. J, PARAT-LESBROS.S ; Pédiatrie en maternité ; 3^{ème} édition Flammarion, Médecines – Sciences, 2008
- [3] GASSIER.G, DE SAINT SAUVEUR .C, ; Le guide de la puéricultrice, Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence ; 3^e édition, édition Masson, 2007, 500p
- [4] Le carnet de santé de l'enfant. Disponible sur : < <http://vosdroits.servicepublic.fr/F810.xhtml#N10073>> (consulté le 23/06/2011).
- [5] Le test de dépistage des maladies métaboliques : Annales de biologie clinique – la fabuleuse histoire du dépistage néonatal ; volume 58, N°3267-76, Mai -Juin 2000, Histoire de la biologie clinique.
- [6] HAS ; Maladies rares : la HAS recommande un dépistage systématique à la naissance du déficit en MCAD - Juillet 2011.
- [7] Dépistage néonatal : évolution, nouveautés ; La revue du praticien – médecine générale- tome 24, N°843. Juin 2010
- [8] C. SAVAGNER, M. LEBLANC-DESHAYES, C.BONNEMAIS ; Prélèvement veineux ou capillaire, influence sur les résultats du test de Guthrie : étude prospective chez 100 nouveau-nés ; Pédiatol - Février 2004
- [9] Le dépistage néonatal de la surdité : Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à généraliser le dépistage précoce des troubles de l'audition. J.P. DUPONT - 17 Novembre 2010
- [10] HAS – Evaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale - Janvier 2007
- [11] Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps chez l'Enfant - Généraliser le dépistage néonatal de la surdité : une mesure possible et souhaitable ; Septembre 2010
- [12] Afssaps ; Uvestérol vitaminé ADEC et Uvestérol D 1500UI/ml : rappel des recommandations d'administration ; Communiqué du 18 Mars 2011 ; www.afssaps.fr/infos-de-securite/Communiquees-Points-presse/Uvestérol-Vitamine-ADEC-et-Uvestérol-D-1500UI-mL-rappel-des-recommandations-d-administration-Communique.
- [13] DREES. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes et résultats, septembre 2008, 6 p
- [14] Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 : rapport final [en ligne], mai 2010, 140 p. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 11/07/2011).
- [15] CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE du 21/12/2001 relative à la protection et promotion de la santé maternelle et de l'enfant : article R.2132-1 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr>> (consulté le 12/07/2011).
- [16] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n°2004-806 du 9 août 004 relative à la politique de la santé publique : article L.4151-1 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr>> (consulté le 15/07/2011).
- [17] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique [en ligne], mai 2004, 137 p. Disponible sur : <<http://www.has.fr>> (consulté le 12/07/2011).
- [18] CORTEY, A. Prise en charge de l'ictère néonatal en maternité en 2008. Cours. Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale, Hôpital Saint Antoine, année 2009, 11 p.
- [19] Arrêté du 22 janvier 2010 fixant la liste des maladies donnant lieu à un dépistage néonatal [en ligne]. Journal Officiel n°25 du 30/01/2010. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr>> (consulté le 29/06/07).
- [20] GOLD, F., BLOND, MH., LIONNET, C., DE MONGOLFIER, I. Pédiatrie en maternité : réanimation en salle de naissance. 3^{ème} ed. Paris : Masson, 2009, 417 p.
- [21] HASCOET, JM., VERT, P. Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né. Paris : Masson, 2010, 239 p.
- [22] MOLENAT, F. Périnatalité et prévention en santé mentale : collaboration médico-psychologique en Périnatalité. Rapport de mission auprès de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, janvier 2004 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.psy-nem.necker.fr/waimh/francophone/groupestravail/premier-chapitre/documents/items/6.pdf>> (consulté le 22/06/2011).
- [23] ARTHUIS Michel, VERT Paul, Académie Nationale de Médecine. La première semaine de la vie. Rapport [en ligne], mai 2005, 6 p. Disponible sur : <<http://www.académie-de-médecine>> (consulté le 15/06/2011).



D- De la sortie de maternité à la fin de la période néonatale

1- Contexte actuel et enjeux

En post-partum, la sortie précoce ou anticipée de maternité est plus que jamais d'actualité, contribuant à alléger les coûts d'hospitalisation en répondant à la fois aux souhaits des mères et à l'incitation des caisses d'assurance maladie via le PRADO (programme de retour à domicile) qui s'étend sur le territoire. Cette nouvelle stratégie dans l'offre de soins qui confronte les sages-femmes au suivi du nouveau-né à domicile n'a pas encore fait l'objet d'évaluation.

2- Objectifs du suivi à domicile des nouveaux-nés

- Evaluer l'adaptation du nouveau-né, sa croissance et son développement.
- Reconnaître des anomalies qui ne pouvaient encore être dépistées en maternité, voire des pathologies ne se révélant que secondairement.
- Apprécier le lien mère-enfant, l'instauration de la parentalité, les relations familiales.
- Repérer d'éventuelles difficultés maternelles physique, et/ou psycho-sociales pour engager les relais nécessaires.

3- Où en est le nouveau-né dans son adaptation ?

La plupart des fonctions sont établies et appellent des précautions simples :

- la respiration ne doit poser aucun problème si les voies aériennes sont libres.
- la stabilité thermique est acquise à 1 semaine de vie, la régulation thermique est toujours fonction de l'équilibre entre ressources caloriques et pertes.

La vigilance portera sur 5 points :

- L'alimentation / la digestion / le poids,
- Le contrôle de l'ictère
- Le dépistage de l'infection
- La détection d'une cardiopathie
- Le développement neurosensoriel

ce qui justifie un suivi clinique associant les observations de la mère et l'examen complet de l'enfant, et l'appréciation des conditions de vie environnementales et psycho-sociales.

L'alimentation et la digestion conditionnent la croissance somatique.

a- Les rythmes alimentaires : l'enfant espace naturellement ses prises alimentaires, et instaure un délai de 3 à 5h entre les tétées, le seul rythme à observer n'est pas celui d'un horaire imposé mais celui de l'enfant. S'il réclame souvent, il faut penser à une erreur de reconstitution des biberons. En allaitement maternel, les tétées étant normalement plus fréquentes, seule la pesée peut faire repérer une diminution de lactation.

b- Le poids : la courbe pondérale doit être ascendante (+150 à 250 g/sem) le dépassement du poids de naissance vers J8 témoigne d'une hydratation et d'apports nutritifs suffisants pour couvrir les pertes énergétiques et assurer la croissance. Toute stagnation et/ou perte de poids doit d'abord évoquer un problème alimentaire (difficultés de prise alimentaire, insuffisance d'apports) une déshydratation, ou une infection, voire une pathologie des voies digestives.

c- Les régurgitations, émission passive d'une faible quantité de lait après la tétée lors d'un rot ou non, sont fréquentes et banales. Liées à l'insuffisance du cardia, à une tétée trop rapide sans interruption, elles se traitent par des pauses en

cours de biberon, en changeant la tétine si trop percée, et en gardant l'enfant en position verticale dans les bras, ou assis couche desserrée ou position proclive après le repas. En cas de persistance, l'adjonction d'épaississants dans le biberon reste une décision du médecin.

d- Les vomissements traduisent une anomalie anatomique ou une maladie métabolique et relèvent du médecin.

e- Les troubles du transit : le rythme d'émission des selles est très variable selon les enfants, d'une selle par repas à une tous les 10 j, et lié au type d'alimentation.

La constipation, émission peu fréquente de selles dures, est souvent liée à un déficit en eau par erreur dans la reconstitution des biberons.

En allaitement maternel, la biodisponibilité importante du lait maternel crée peu de résidus, les selles peuvent donc être moins fréquentes sans qu'il s'agisse de constipation ; si la prise de poids est correcte et régulière, il n'y a rien à faire. En aucun cas, la stimulation anale par le thermomètre ne doit être encouragée car traumatique, et l'usage de suppositoire est à éviter, la cause d'une constipation est à rechercher d'abord dans l'alimentation.

La diarrhée, émission très fréquente de selles liquides, au maximum sans matières, expose très vite à la déshydratation, la cause en est souvent infectieuse.

Les « coliques » : épisodes de pleurs intenses avec agitation et « tortillements », évocateurs pour les mères de douleurs abdominales, surviennent au décours des repas, plus souvent en début de soirée, et résistent à toute stratégie de consolation. Résumées par la règle des 3 : plus de 3 h par jour, plus de 3 jours par semaine, pendant plus de 3 semaines, les « coliques » qui débutent à la 2^{ème}, 3^{ème} semaine de vie, disparaîtront spontanément à 3 ou 4 mois. L'étiologie n'est pas connue, le diagnostic différentiel est à faire avec le reflux gastro-œsophagien, l'allergie aux protéines de lait de vache, et l'infection urinaire. Il n'y a pas de traitement. Il faut rassurer les parents, évaluer leur tolérance à cette situation, et les aider à patienter, conseiller le portage en posture apaisante et le massage abdominal.

L'acidité des selles ajoutée à celle des urines peuvent provoquer des irritations anales et péri anales, c'est l'érythème fessier, à traiter par les mesures habituelles. Une éventuelle candidose doit être repérée pour un traitement rapide.

L'ictère

Rappelons que l'ictère par accumulation de bilirubine non conjuguée peut être responsable d'ictère nucléaire gravissime (1^{ère} partie B-3). Lors de l'ictère physiologique du nouveau-né, le pic de bilirubine se situe à J3-J4.

Un nouveau-né ictérique ne peut sortir de maternité tant que l'ictère n'est pas en régression franche, attestée par une bilirubinémie acceptable pour son âge selon les courbes en vigueur. Si l'ictère persiste à domicile, et, a fortiori, s'il apparaît à domicile à l'issue d'une sortie précoce, une surveillance rigoureuse s'impose. Il a été relevé ces dernières années, une réapparition d'ictères nucléaires chez des nouveaux-nés à terme bien portants, dans le cadre de sorties précoces de maternité. Cette morbidité semble corrélée à une surveillance à distance réduite, et des courbes de référence de l'hyperbilirubinémie « larges ». Cliniquement, l'intensité, la localisation, et le gradient cranio caudal traduisent son importance : face seule = 30-80 mg/l, face + thorax = 90-190 mg/l, corps totalement jaune = 200mg/l voire plus, et la faible coloration des urines évoque l'absence de conjugaison hépatique.

L'ictère doit impérativement être objectivé biologiquement par

une évaluation de la bilirubinémie d'abord avec l'ictéromètre, puis par dosage sanguin, pour situer l'enfant sur une courbe de référence et orienter sans délai l'attitude thérapeutique.

Chez un nouveau-né à terme de poids normal, non malade, le seuil maximum de bilirubinémie à 72h de vie est de 170 mg/l

La sage-femme doit donc se donner les moyens d'obtenir une bilirubinémie fiable en cas d'ictère persistant et non régressif.

L'infection

Le nouveau-né dispose toujours des anticorps maternels, qui ne constituent pas une protection contre les infections bactériennes. Il est particulièrement exposé au plan respiratoire, digestif, cutané, méningé. Les germes fréquemment en cause sont le streptocoque B, l'Escherichia coli, le listéria monocytogenes.

La fonction cardiaque

Elle est à surveiller car des pathologies cyanogènes ou non, peuvent se révéler quand le canal artériel se ferme, à J3-J4 et J6-J7 : communication interventriculaire (CIV), sténose pulmonaire, sténose/coarctation aortique, hypoplasie du cœur gauche. Le tableau clinique est plus ou moins sévère, au maximum un tableau de décompensation cardiaque avec état de choc, c'est une urgence cardiologique.

Le développement neurosensoriel

- **Evolution motrice** : l'enfant alterne une gesticulation symétrique avec flexion et extension des membres, l'axe du corps reste hypotonique. L'examen neurologique met en évidence un gain du tonus actif des muscles de la nuque : en tiré assis l'enfant doit au minimum freiner le mouvement de sa tête, et de l'axe du corps avec redressement spontané en appui vertical soutenu.

Les réflexes archaïques sont toujours présents pendant les 3 à 5 premiers mois de vie, et laisseront place à la motricité volontaire au fur et à mesure de la myélinisation.

- **Evolution sensorielle** :

- L'odorat, le goût et la sensibilité cutanée ne connaissent pas d'évolution particulière.

- La vision : il est important de vérifier la symétrie des globes oculaires, la transparence de la cornée et la netteté de l'iris.

La qualité de l'attention visuelle est soulignée comme un des éléments les plus importants du développement neuro-psychique du nouveau-né. En phase d'éveil, l'enfant doit pouvoir garder les yeux ouverts, et accrocher le regard de façon de plus en plus soutenue. La cible privilégiée est le visage humain, surtout maternel, immobile puis en mouvement lent.

La poursuite oculaire d'objets de grande taille (visage ou objet coloré) et proche du visage doit être obtenue en fin de 1^{er} mois.

L'absence de contact visuel en conditions d'examen satisfaisantes (enfant calme, position ½ assise, nuque soutenue) impose une consultation spécialisée.

- L'audition : il faut vérifier si l'enfant réagit aux bruits, si des tests auditifs ont été réalisés en maternité dans le cadre du dépistage précoce de la surdité, et le cas échéant s'assurer du suivi auditif de l'enfant. La mère doit être informée de la fragilité auditive du nouveau-né et éviter de l'exposer aux voix et musiques fortes, au bruit d'aspirateur, de télévision.

- **Rythmes veille-sommeil**

L'enfant ne différencie pas le jour et la nuit avant au moins 6 semaines. Il dort d'autant plus le jour que sa mère lui apporte tous les apaisements souhaitables. Reposé, leur manque contribue à le maintenir éveillé et désorienté la nuit. Il est toujours conseillé de limiter les stimulations lors des tétées de nuit pour éviter un vrai réveil et aider au sommeil nocturne.

L'endormissement peut être facilité par une berceuse chantée par la mère (mémoire), ou en plaçant dans le berceau sous la

tête un linge porté par sa mère dont il reconnaîtra l'odeur spécifique, ou en le laissant dans les bras de la mère après la tétée en position fœtale jusqu'à la phase d'éveil calme suivante.

Les recommandations de couchage en prévention de la mort subite du nourrisson doivent être rappelées.

4- Le suivi du nouveau-né à domicile relaté par une sage-femme libérale (V.PINTE)

La totalité de l'article est disponible sur www.cnsf.asso.fr

Cadre et conditions d'intervention de la sage-femme libérale à domicile

La sage-femme libérale intervient en période postnatale, soit à la demande et en relais de la maternité lors des sorties anticipées ou précoces, soit à la demande de la patiente.

Contrairement au cadre de l'H.A.D., réservée aux situations pathologiques, aucune prescription médicale ne lui est nécessaire. Elle travaille en autonomie et, si besoin, fait appel au médecin (pédiatre de la maternité si prévu ainsi avec l'établissement lors de la sortie, ou médecin traitant, généraliste ou pédiatre de la patiente) et/ou à d'autres professionnels du secteur médico-social.

L'exercice à domicile est un choix, qui suppose une solide expérience professionnelle, le sens de l'organisation, de l'observation, de la disponibilité, sociabilité et empathie et surtout une forte motivation. Il comporte en effet des contraintes : les visites prévues dans les jours qui suivent l'appel, nécessitent de garder des créneaux horaires libres pour cette activité, leur nombre varie d'un jour à l'autre, et il faut les assurer aussi le week-end. Les domiciles ne sont pas toujours faciles à trouver et les temps de trajets plus ou moins longs.

L'équipement type de la SF comporte dans un sac, spacieux, multi-poches et léger, un stéthoscope, un tensiomètre, un thermomètre tympanique pour la mère, un thermomètre électronique pour l'enfant, le nécessaire pour TDM, des compresses et un désinfectant, un pèse-bébé électronique (100€) une solution hydro-alcoolique pour les mains (impératif avant chaque examen), des lingettes désinfectantes (utilisées à chaque fin de visite), un container DASRI (*Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux*), un ordonnancier avec N° RPPS.

L'ictéromètre est indispensable pour les sorties précoces, et reste très utile pour les sorties J3 et plus, l'investissement financier est important en libéral : 4200€. Le téléphone portable est indispensable pour joindre une patiente lorsque le domicile est difficile à trouver, quand l'interphone ne fonctionne pas, ou pour joindre un médecin pour avis médical.

Avec le dispositif de sorties précoces, la CPAM assure dans le cadre d'un « *Forfait suites de couches* » la prise en charge des visites à domicile des sages-femmes en période postnatale du jour de sortie de maternité jusqu'à J7 pour la mère, et jusqu'à 1 mois pour le nouveau-né (pour l'Assurance-Maladie le jour de naissance est J1 et non J0).

La tarification varie en fonction du jour du post-partum, du type et du nombre de visites qui n'est pas limité, et concerne logiquement mère et enfant de façon indissociable, soit selon la nomenclature en vigueur à ce jour (8 Juillet 2011 SF = 2,65 euros) .

Pour en savoir plus sur la nomenclature des actes en post partum à domicile, consulter www.cnsf.asso.fr

La surveillance du nouveau-né

La sage-femme consulte d'abord le carnet de santé et le courrier de sortie de la patiente où toutes les informations utiles devraient être consignées. L'interrogatoire de la mère permet de compléter, et porte ensuite sur l'état et le com-

portement de l'enfant depuis la sortie de maternité : teint, alimentation, élimination, sommeil, pleurs ... La sage-femme doit être à l'écoute des indications, en général très fiables, données par la mère, et lui faire confiance, car elle ne pourra elle-même observer l'enfant que sur un temps limité. L'observation de la mère qui déshabille son enfant peut être riche d'informations.

La sage-femme procède à un examen clinique complet avec une vigilance particulière sur l'auscultation cardiaque et la recherche des pouls fémoraux.

Elle complète par la prise de la température, la pesée et éventuellement l'évaluation d'un ictère avec l'ictéromètre (retenir que la bilirubine doit être $<170\text{mg/l}$ à 3 jours de vie). Si nécessaire, des soins de cordon, des yeux ou du nez peuvent être réalisés en les expliquant à la mère qui pourra se les approprier. En cas de sortie précoce, le TDMM est réalisé de préférence au cours d'une tétée (effet antalgique).

La traçabilité des données cliniques et des actes effectués est faite sur le carnet de santé.

Les points de vigilance pendant cette période

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés à domicile correspondent bien à ceux que décrit la littérature : l'alimentation, la digestion (régurgitations), l'élimination (constipation chez les enfants nourris au lait artificiel) la prise de poids (insuffisante, stagnante) l'ictère, les infections telles conjonctivite, omphalite le comportement de l'enfant, pleurs, agitation.

Il faut être particulièrement vigilant à la possibilité (rare mais dramatique) d'une décompensation cardiaque les jours suivant la sortie de maternité (1^{ère} partie B - 1), et penser à vérifier l'administration correcte de la vitamine D.

La sage-femme travaille en autonomie dans la limite de ses compétences et n'hésite pas à orienter vers le médecin lorsque la pathologie rencontrée le nécessite.

La surveillance de l'enfant ne peut être dissociée de celle de la mère. Le dialogue, l'observation, et l'appréciation de son état clinique peuvent expliquer l'état de l'enfant. La fatigue intense, les douleurs des seins ou du périnée, les difficultés d'allaitement, les difficultés sociales, le stress, sont les problèmes les plus fréquents pouvant influencer la relation mère-enfant et les soins, et générer découragement et état dépressif.

Le suivi par un médecin au cours du 1^{er} mois :

En cas de sortie précoce, l'examen obligatoire (art R 2132-1

du CSP) des 8 premiers jours est réalisé avant le départ de maternité et une visite chez le médecin est recommandée vers J8-J10. La visite du 1^{er} mois doit être réalisée par un médecin : pédiatre, généraliste, en cabinet de ville ou PMI.

Soutien et prévention

Le suivi à domicile suppose un esprit de tolérance et d'ouverture, discrétion et tact. Outre l'état de la mère, de nombreux éléments peuvent être observés :

- la place du père, les compétences des parents
- les relations entre les parents, les aînés, et le nouveau-né
- la charge domestique et familiale de l'accouchée, la proximité et la disponibilité de la famille, les conditions de logement, les ressources, la sécurité du nouveau-né,

Ces observations permettent d'ajuster la prévention et l'éducation à la santé, selon une pédagogie adaptée, en proposant si besoin des recours tels psychologue, assistante sociale etc..., via le réseau.

Travail en réseau

Outre les relais avec les acteurs du domaine psycho-social, le recours au médecin doit s'inscrire à bon escient et sans difficulté dans l'exercice à domicile.

La fièvre, les trémulations, les vomissements ne sont, en général, pas des motifs d'appel à la SF, les parents consultent directement le médecin. Dans l'ensemble, les pathologies du nouveau-né rencontrées à domicile sont assez rares puisque les enfants sortent en bonne santé de la maternité. Dans tous les cas, il est toujours possible d'appeler le pédiatre de la maternité ou de ville pour avoir un avis. La collaboration est essentielle pour assurer le suivi en toute sécurité.

Références bibliographiques

- RICHARD-GUERROUDJ N. ; Sorties précoces : le PRADO en catimini ; Profession sage-femme n° 176 - 38 Juin 2011
- JOURDAIN.C, BOITHIAS-GUEROT.C, CHABERNAUD.J-L
Prise en charge du nouveau-né normal (de la sortie de maternité à 1 mois) ; Traité de Médecine Akos, 8-0391, 2008 ; Editions ELSEVIER-MASSON SAS, Paris
- Recommandations pour la pratique clinique ; Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile ; ANAES- Mai 2004
- Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 Mars 2005. Actes réalisés par les sages-femmes. Chapitre II UNCAM. Site ameli.fr



3^{ème} partie : Sage-femme et santé de l'enfant : quelle contribution ?

Parce que la santé de l'enfant nous concerne bien au-delà de la période néonatale, que nous y contribuons via toutes les informations et l'action éducative dispensée aux futurs parents et aux parents, nous avons retenu 4 thèmes d'actualité : les accidents, la maltraitance, la mort inexpliquée, et la protection vaccinale.

A- Les accidents de la vie courante (AcVc)

Les données sont recensées en France depuis 2000 via l'utilisation de la 10^{ème} version de la Classification internationale des maladies (CIM10)

Les AcVc regroupent tous les accidents (chutes, noyades, brûlures, suffocations, intoxications) sauf ceux de la circulation, et représentent la 1^{ère} cause de décès accidentels chez les enfants de moins de 5 ans en France et en Europe, **dont 4,5% surviennent avant l'âge d'1 an, et parmi eux 75% à l'intérieur de la maison**. Les lieux à risque sont la cuisine (¼) et la salle de bains (baignoire). **Les causes sont dominées par les chutes : 1^{ère} cause d'accident chez les moins de 1 an (73%), puis les brûlures graves, et les suffocations (12%)**. Les articles de puériculture, soumis à des normes de sécurité depuis le décret du 20 décembre 1991, créent encore 0,7% de l'ensemble des accidents surtout par chutes.

La loi du 4 Mars 2002 a confié le rôle d'information et de prévention à l'**INPES** (Institut National de Prévention et d'Education pour la santé) qui élabore de nombreux supports.

Les professionnels de maternité entre autres, ont un rôle important pour sensibiliser les futurs parents et parents aux risques généraux d'accident et risques spécifiques liés à chaque étape et âge du développement psycho-moteur de leur enfant.

De plus il faut leur rappeler la surveillance permanente de l'enfant, et son éducation pour éviter les dangers, les punitions n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité !

B- La maltraitance à enfant

Ce terme désigne les violences physiques, psychologiques, sexuelles, et/ou les négligences graves ayant des conséquences sur le développement physique et psychologique de l'enfant ou susceptibles de les créer. En France, l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS) dénombre en 2006, 98000 enfants en danger, et ce, dans tous les milieux.

Les violences physiques sont les plus rapidement découvertes par les lésions apparentes et les consultations en urgence qu'elles provoquent. Plus difficiles à identifier et quantifier, les atteintes psychologiques isolées et celles qui accompagnent toujours les violences physiques et les violences sexuelles.

Si chaque situation familiale est singulière et à apprécier individuellement, les études épidémiologiques mettent en évidence des données récurrentes, pouvant être considérées comme facteurs de risque :

- tensions, rupture au sein de la famille
- isolement, déracinement de la famille, changement culturel important
- instabilité ou rupture professionnelle, précarité économique, logement insuffisant
- problème de santé des parents, de l'enfant

D'une manière générale, toute rupture brutale de l'équilibre social, physique et psychique, peut conduire au passage à l'acte. Il a été également montré que toute personne ayant autorité sur un enfant peut être maltraitant, et que la maltraitance concerne tous les milieux sociaux.

Chez le nouveau-né, la maltraitance physique se traduit particulièrement dans 2 syndromes :

1- Le syndrome du bébé secoué (SBS) :

Il existe un espace libre chez le nouveau-né et le nourrisson entre la paroi interne de la boîte crânienne et la masse cérébrale, d'autant plus important que l'enfant est petit. Le fait de secouer l'enfant violemment, projette le cerveau contre la paroi osseuse, occasionnant des lésions cérébrales traumatiques, associées ou non à des hémorragies intra-cérébrales, intra-rétiniennes, des hématomes sous-duraux, et éventuellement à des fractures de côtes là où l'enfant est saisi. Le SBS est très grave par ses conséquences vitales, ou ses séquelles irréversibles : cécité, épilepsie, troubles psycho-moteurs conduisant à une prise en charge spécifique en établissement spécialisé.

2- Le syndrome de Silvermann :

Il rassemble les signes radiologiques de fractures isolée ou multiples, de siège inhabituels, et d'âge différents, associées ou non à des lésions cutanées à différents stades de cicatrisation, et consécutifs à des traumatismes provoqués. Le diagnostic s'appuie sur la radiologie du squelette complet.

Le Code pénal fait obligation à tout citoyen d'informer les autorités judiciaires ou administratives de toute situation d'enfant en danger ou à risque de l'être, et réprime autant le silence que la non-assistance.

Un numéro vert 119 peut être utilisé par toute personne, adulte ou enfant, pour transmettre un signalement ou demander un conseil.

Notre Code de déontologie nous fait devoir de signaler à l'autorité judiciaire, les cas de maltraitance aux femmes et aux enfants rencontrés, et de mettre en oeuvre tous les moyens de les protéger. (Art R4127-315, R4127-316, et R4127-317)

Quand la situation est urgente, l'enfant est adressé en service hospitalier pour prise en charge avec bilan complet, et le Procureur de la République est saisi pour instaurer des mesures de protection urgentes (ordonnance de Placement Provisoire : OPP) dans l'attente des résultats de l'enquête.

C- La mort inexpliquée du nourrisson

Cette terminologie qui évolue, (en 2008 le terme médical français est MSIN pour mort subite inexpliquée du nourrisson, et en 2009 MIN pour mort inattendue du nourrisson) désigne tout décès subit et inattendu d'un nourrisson de moins de 1 an, en parfaite santé et dont la mort demeure inexplicable après investigations approfondies.

Dans 90% des cas, le décès survient entre 2 et 4 mois avec un sex ratio garçon/fille de 1,6. C'est un diagnostic d'exclusion qui répond à des critères stricts : absence de signes ou d'explication après investigation du lieu de décès et autopsie selon un protocole précis.

Suite à l'application des recommandations de prévention dont la principale est le couchage sur le dos, l'incidence de la MSN

a diminué de 83 % en France entre 1991 et 2005, passant de 1,9 à 0,6 pour mille. Toutefois, elle reste une cause importante de décès après la période périnatale : 250 à 300 cas par an en France, soit 0,5 à 0,7 pour mille nourrissons.

Les étiologies restent mal connues. Les recherches mettent en évidence une origine respiratoire par déficience des mécanismes et centres de régulation, une origine vagale par excès d'acétylcholine stimulant excessivement le nerf vague à l'origine de bradycardie mortelle, une anomalie des neurones sérotoninergiques, plus récemment les études sur le déficit en MCAD (2^{ème} P- C, 5-1) attribuent 20% des MSN à cette maladie métabolique.

Parmi les facteurs de risque rappelons le rôle du mode de couchage de l'enfant surtout ventral, du tabagisme maternel pendant la grossesse et du tabagisme passif du nouveau-né, d'une température trop élevée dans la pièce où dort l'enfant, du cosleeping. Les vaccinations ne seraient pas en cause, tandis que l'usage de la tétine pendant le sommeil serait un facteur de protection.

La mort subite d'un nouveau-né nécessite un accompagnement psychologique des parents. Leur accord permet d'engager les investigations médicales et anatomopathologiques, d'accompagner le deuil et un nouveau projet de grossesse. Dans ce dernier cas, en absence de cause organique et/ou de facteurs de risque identifiés, il n'y a pas lieu de prévoir une surveillance spécifique.

D- La protection vaccinale du nouveau-né

Selon l'arrêté du 10 Janvier 2011 modifiant celui du 22 mars 2005, la sage-femme peut pratiquer :

- chez le nouveau-né : la vaccination par le BCG, et celle contre l'hépatite B associée aux immunoglobulines anti HBs
- la plupart des vaccinations chez la femme à tous les stades de la vie génitale.

Elle doit se référer au calendrier vaccinal (article L3111-1 du CSP) tenir compte des contre-indications éventuelles, et procéder à l'information des patients en entretien individuel.

Bien qu'il soit recommandé de commencer les vaccinations après la période néonatale, certains contextes conduisent à vacciner le nouveau-né :

- Mères porteuses de l'antigène HBs : la vaccination doit impérativement être pratiquée dès la naissance, selon un schéma en 3 injections (1 dose à la naissance, à 1 et à 6 mois). La 1^{ère} dose est associée à l'injection d'immunoglobulines anti-HBs.
- Enfants exposés à un risque élevé de tuberculose : vaccination par le BCG dès la naissance, ou au cours des 2 premiers mois, 0,05ml de BCG par voie intradermique sans IDR préalable.
- La coqueluche : la persistance de cas graves, voire mortels de coqueluche chez des nouveaux-nés ou nourrissons avant que leur immunité vaccinale soit complète, a incité le Haut Comité De Santé Publique à préconiser la stratégie du cocooning. Il s'agit de protéger par le vaccin quadrivalent DTCaPolio en 1 seule dose, l'entourage des nourrissons qui constitue le réservoir de germes par manque ou insuffisance d'immunité :
- les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir.
- l'entourage familial d'une femme enceinte : enfant qui n'est pas à jour de cette vaccination, adulte qui n'a pas été vacciné contre cette maladie depuis 10 ans.

Le délai minimal entre une vaccination DTPolio antérieure, et le DTCaPolio est ramené à 2 ans, voire 1 mois en cas de coqueluche en collectivité.

Modalités :

- pendant la grossesse pour le père, la fratrie, les grands parents, et l'adulte en charge de la garde du nourrisson pendant ses 6 premiers mois de vie
- pour la mère, en post-partum immédiat (l'allaitement n'est pas une contre-indication), remise d'une ordonnance pour un vaccin tétravalent à la sortie de maternité.

Est également recommandé le rattrapage des professionnels en contact avec des nourrissons trop jeunes pour avoir reçu 3 doses de vaccin antioquelucheux, dont les professionnels des services de gynéco-obstétrique et néonatalogie, et de la petite enfance.

Références bibliographiques

Article A : L'état de santé de la population en France : Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, Rapport 2008-p236-237 ; **Livre Blanc «Prévenir les accidents de la vie courante»**, Eurosafe 9 et 10 octobre 2008 Paris, Evaluation à mi-parcours du PN-SE-Rapport du Comité d'évaluation-Juillet 2007 ; **Le guide qui protège les enfants et les nourrissons**, Ouvrage collectif, SAMU de Paris et Croix-Rouge Française ; RIGOU.A, THELOT.B, **Etude permanente sur les AcVc**, Institut de veille sanitaire 2005 ; **Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante**, partie française du système européen de surveillance EHLASS (acronyme pour European Home and Leisure Accident Surveillance System), Synthèse années 1999-2001 Réseau EPAC p1-12.

Article B : Ph. Labrune, D. Oriot, B. Labrune, G. Huault, Urgences pédiatriques – volume 1 **pathologies : clinique, examens, stratégies, gestes**, Editions Estem, 2004, 500p. ; J. Gassier, C. Saint-Sauveur de, **Le guide de la puéricultrice, Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence**, 3^e édition, édition Masson, 2007, 800p ;

Croix-rouge française, **Le guide qui protège les enfants et les nourrissons**, nouvelle édition, Edisanté 2009, 401p.,

Site Internet : www.protegersonenfant.com.

Article C : J. BLOCH, P. DENIS, D. JEZIEWSKI-SERRA, **Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans**. Enquête nationale, Institut de Veille Sanitaire 2007-2009 ; M. DESURMONT, C. SCHEPENS, **Liens entre la mort subite du nourrisson et l'exposition in utero au tabagisme**, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume34, Hors série n°1, 2005, 3S223-3S229 ; M. DELCROIX, **La grossesse et le tabac**, Edition Que sais-je ? 1^{ère} édition 2001, mai, 127p. ; J. GASSIER, C. SAINT SAUVEUR DE **Le guide de la puéricultrice. Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence** ; 3e édition Edition Masson 2007 800p ; Croix-rouge française, **Le guide qui protège les enfants et les nourrissons**, Nouvelle édition. Edisanté 2009 401p ; HAS Recommandations professionnelles, **Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson** (moins de 2 ans), Argumentaire. Février 2007

Article D : **Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011** selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique, BEH, n° 10-11 du 22 mars 2011 ; **Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2010**, BEH n°21-22 du 1^{er} juin 2010 ; **Arrêté du 10 janvier 2011** modifiant l'arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ; **Arrêté du 22 mars 2005** fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer.

11^{èmes} Journée du



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes

6 et 7 février 2012 - PARIS - PACI

Palais des Arts et des Congrès d'Issy-les-Moulineaux
25, avenue Victor Cresson - 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

A V A N T - P R O G R A M M E

LUNDI 6 FÉVRIER

- 8h30 **Accueil**
- 9h00 **OUVERTURE DE LA JOURNÉE**
- 9h30 **ACTUALITÉS SUR LA PROFESSION**
- R.P.C du C.N.G.O.F grossesse prolongée et terme dépassé
 - Le D.P.C : où en sommes-nous ?
- 10h30 **Pause et visite des stands**
- 11h00
- Peut-on encore réduire la mortalité maternelle dans le monde ?
 - Sécurité automobile : enfant, maman, à chacun sa cellule de vie
- 12h00 **REMISE DES DEUX PRIX C.N.S.F**
- 12h30 **Déjeuner libre**
- 14h00 **ACTUALITÉS EN OBSTÉTRIQUE**
- Dépistage et diagnostic de la trisomie 21 au 1^{er} trimestre
 - Hydratation orale pendant le travail d'accouchement
 - Dynamique de prise de poids pendant la grossesse
- 15h30 **Pause et visite des stands**
- 16h00 **GROSSESSES ET ADOLESCENCE**
- Grossesses chez les adolescentes dans le monde
 - Maternités à l'adolescence en France : quelle réalité ?
 - Le mineur en maternité
- 17h30 **Fin de la journée**

12 H 30 - 14 H 00
SYMPOSIUM ORGANISÉ PAR
M.S.D FRANCE

MARDI 7 FÉVRIER

- 9h00 **COQUELUCHE, ROUGEOLE..... EN MATERNITÉ**
- Epidémiologie de la coqueluche en 2012 : impact chez les adultes
 - Gestion d'une épidémie de rougeole en maternité
- 10h30 **Pause et visite des stands**
- 11h00 **PRISE EN CHARGE DE L'ALLERGIE DU NOURRISSON**
- Prévention de l'allergie chez le nourrisson à risque
- 12h30 **Déjeuner libre**
- 14h00 **ASSOCIATION INVITÉE : ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES**
- Nouveau regard sur les études de sages-femmes, évolutions et perspectives
 - Accès au Doctorat, avenir de la profession sage-femme
 - Etudiants et Professionnels : vers une unité au long terme
- 15h30 **Pause et visite des stands**
- 16h00 **ACTUALITÉS EN GYNÉCOLOGIE**
- La consultation gynécologique : Faites/Ne Faites pas
 - Recommandations sur le dépistage du cancer du col
 - Dépistage du cancer du sein
- 17h30 **Fin de la journée**

12 H 30 - 14 H 00
SYMPOSIUM ORGANISÉ PAR
DANONE EAUX FRANCE

6 - 7 février 2012 - ATELIERS

MATERNITÉ ET SEXUALITÉ - RÉÉDUCATION ET SEXUALITÉ - PÉRINÉE - POSITIONS D'ACCOUCHEMENT
LA CONSULTATION PRÉNATALE - CONTRACEPTION

Renseignements et inscriptions : C.E.R.C.

7, rue du Capitaine Dreyfus - 95130 FRANCONVILLE - Tél. : 01 34 15 56 75 - Fax : 01 34 13 59 76 - www.cerc-congres.com
Droit d'inscription 190 € - Droit d'inscription membre du Collège 120 € - N° de formation continue 11940627094



Family Service

Family Service- La Boîte Rose

FAVORISE L'INFORMATION CONCERNANT L'ALLAITEMENT MATERNEL AVEC

Le Présentoir Maternité



+ de 350 maternités équipées

- Une documentation promouvant l'**allaitement maternel**.
- Une documentation orientée sur la **prévention** : tabac, alcool, mort subite du nourrisson, pathologies de la femme enceinte.
- Une partie du dispositif réservée à la **documentation propre à votre service de maternité**.

Le réassort est effectué lors du passage
du Visiteur Maternité de Family Service.

Le Présentoir Maternité est un dispositif développé par la société CADEAUX NAISSANCE,
44 rue Condorcet, 95157 Taverny Cedex - tél : 01 39 32 73 00

Magazine gratuit offert par le **Collège National des Sages Femmes (CNSF)**
CNSF - 136 Avenue Emile Zola - 75015 PARIS
tel: + 33 6 16 56 22 82
www.cnsf.asso.fr
contact@cnsf.asso.fr

Réalisation graphique : Stéphane Cadé - stephane.cade@yahoo.fr

Régie Publicitaire : Bruno Moscatelli, Family Service - bmoscatelli@familyservice.fr
Impression à 36500 exemplaires.





Un service simple et gratuit
vous permettant de diffuser
votre chaîne personnalisée !

Des informations utiles et pratiques sur votre maternité

Des reportages de prévention pour les jeunes mamans
et les nouveaux-nés

Des courts-métrages
pédagogiques à destination
des jeunes familles

Du divertissement



Ce dispositif
est entièrement
gratuit pour votre
maternité grâce
à la présence
d'annonceurs
sélectionnés.

Vous souhaitez bénéficier de ce
nouveau dispositif, contactez
Bruno Moscatelli au **06 27 68 06 57**
ou **bmoscatelli@familyservice.fr**

Offre valable à la condition de
disposer d'un accès internet à
proximité et d'un canal libre
sur le réseau de téléviseurs.